Bioética teológica

Javier Gafo (†)

Edición a cargo de Julio L. Martínez

3ª edición

Cátedra de Bioética

Universidad Pontificia ICAI ICADE Comillas Madrid

Desclée De Brouwer

BIOÉTICA TEOLÓGICA

JAVIER GAFO (†)

BIOÉTICA TEOLÓGICA

Edición a cargo de Julio L. Martínez

3ª edición

http://booksmedicos.org

UNIVERSIDAD PONTIFICIA ICAI ICADE COMILLAS MADRID

Desclée De Brouwer

2003

ISBN: 978-84-8468-072-7

© 2003, Universidad Pontificia Comillas
© 2003, Editorial Desclée De Brouwer, S.A.
Henao, 6 - 48009
www.edesclee.com
info@edesclee.com

ISBN: 978-84-330-1762-8
Depósito Legal: SE-
Impresión: Publidisa, S.A. - Sevilla
Impreso en España - Printed in Spain

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.
Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ÍNDICE

PRÓLOGO 9

INTRODUCCIÓN 13

CAPÍTULO PRIMERO: BIOÉTICA 17

CAPÍTULO SEGUNDO: FUNDAMENTACIÓN DE LA BIOÉTICA . . 39

CAPÍTULO TERCERO: RELIGIONES Y BIOÉTICA 75

CAPÍTULO CUARTO: LA BIBLIA Y EL VALOR DE LA VIDA HUMANA 99

CAPÍTULO QUINTO: TRADICIÓN DE LA IGLESIA EN RELACIÓN CON EL VALOR DE LA VIDA HUMANA. 119

CAPÍTULO SEXTO: EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA Y LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS 141

CAPÍTULO SÉPTIMO: EL ABORTO. 179

CAPÍTULO OCTAVO: LA PROCREACIÓN HUMANA ASISTIDA . . 209

CAPÍTULO NOVENO: LA CLONACIÓN. 239

CAPÍTULO DÉCIMO: LA EUTANASIA Y LA MUERTE DIGNA 257

CAPÍTULO DECIMOPRIMERO: EL SUICIDIO 289

CAPÍTULO DECIMOSEGUNDO: LA PENA DE MUERTE 311

CAPÍTULO DECIMOTERCERO: ENSAYOS CLÍNICOS EN SERES HUMANOS 329

CAPÍTULO DECIMOCUARTO: LOS TRANSPLANTES DE ÓRGANOS 357

CAPÍTULO DECIMOQUINTO: LA MANIPULACIÓN GENÉTICA . . . 391

CAPÍTULO DECIMOSEXTO: EL SIDA. 425

CAPÍTULO DECIMOSÉPTIMO: LAS DROGAS 451

CAPÍTULO DECIMOCTAVO: ECOLOGÍA 481

PRÓLOGO

Me corresponde a mí presentar *Bioética teológica* como obra póstuma del Prof. Javier Gafo Fernández, S.J. Este libro es el séptimo de la colección que lleva por nombre "Cátedra de Bioética" y se suma a los dieciséis de "Dilemas éticos de la medicina actual" y a los seis de "Dilemas éticos de la deficiencia mental". Colecciones todas ellas puestas en marcha por el que fue fundador de la Cátedra que las cobija y autor de la obra que aquí presento. Los casi treinta libros publicados, a los que se unirán varios más a lo largo del año 2003, son una acreditación fehaciente de la labor realizada en torno al P. Gafo a lo largo de los últimos lustros.

La tarea de presentar un libro póstumo no está exenta de una mezcla de sentimientos, entre la dicha de su nacimiento a la luz pública y la tristeza de su orfandad natalicia; junto a la alegría de obra que nace, el dolor por la pérdida de la persona querida y recordada con quien ya no podemos comentar los avatares que rodean su libro. Con todo, la tarea es también grata porque la obra es una mediación para reconocer a la persona del autor, nos conecta con su talante relacional y vital, con sus dones innatos para tender puentes entre disciplinas, con su sentido crítico y su hondo amor a la tradición católica, con su capacidad de trabajo de la que tantos buenos frutos hemos recibido y de los cuales aquí tenemos la última muestra, la síntesis de su leal saber y entender sobre Bioética, y, por qué no decirlo, una aportación que hace las veces de "testamento".

Este libro es póstumo, pero no se publica por ser un homenaje a su autor. La Universidad Pontificia Comillas ya publicó *Bioética: Un diálogo plural* como homenaje al P. Gafo en el que participaron sesenta autores y

que tuve la fortuna de coordinar junto al Prof. Jorge Ferrer. Tampoco la publicación se justifica por el hecho bien conocido de que el presente haya sido un proyecto larga y cuidadosamente trabajado por Javier Gafo, en el que puso muchas horas y gastó buena dosis de energía. Incluso, cuando ya tenía poco tiempo por delante y las fuerzas le flaqueaban siguió corrigiendo, matizando y añadiendo cosas a algunos capítulos. Los que más convivieron con él durante sus últimos meses de vida saben que no dejó de preocuparse por el libro en el verano de 2000 y prácticamente hasta el día 5 de marzo de 2001 en que falleció.

Ciertamente no me cabe duda de que *Bioética teológica* honrará y actualizará su memoria, y desde luego no hemos podido menos que sopesar el hecho de que él trabajaba afanosamente en el libro con la expectativa y el deseo de su publicación. Pero las razones que nos llevan a editarlo hemos querido encontrarlas en el valor objetivo de la obra, en su utilidad real para los lectores que quieran acceder a un buen manual de Bioética hecho desde la perspectiva epistemológica de la Teología moral católica, ponderando por encima de razones del corazón –sin duda importantes y legítimas– lo que el libro puede aportar al panorama de la Bioética, sobre todo, de nuestro país y de su zona de influencia intelectual latinoamericana.

Por la brevedad de la presentación, los trazos que yo dé sobre *Bioética teológica* tendrán que ser muy generales y gruesos. Y quien quiera bajar al detalle no tendrá más remedio que introducirse en las páginas del libro, lo cual no le pesará. Ojalá que por lo menos les transmita el deseo de adentrarse en sus dieciocho capítulos, algunos como sinfonías inacabadas que será preciso ir completando toda vez que nos hallamos ante temas en los que la investigación avanza a ritmo vertiginoso. A esta categoría de sinfonía bien lograda, pero inconclusa, pertenecen buena parte de los capítulos de este libro. Menciono como muestra tres de los temas más candentes sobre los que se generan noticias de alcance general a ritmo frenético, incluso para los especialistas: el capítulo sobre la clonación (IX), el que trata sobre la manipulación genética (XV) o el que aborda la ecología (XVIII). Me impresiona pensar, por ejemplo, que la ingeniería genética empezó a ser posible gracias a la "Nueva Genética", basada en la tecnología de los ácidos nucleicos, y que ésta data de 1975, y que sólo a partir de 1990 nos arrolla todo un torrente de novedades –la transgénesis, la genómica, la clonación y más recientemente la experimentación con células troncales embrionarias–, antes exclusivo patrimonio de la ciencia ficción y hoy una porción de asuntos donde sentimos que nos

jugamos mucho del futuro de la humanidad. El avance trepidante de la Bioética requiere ágiles y resistentes cabalgaduras, pero no deja inservibles esfuerzos serios por la reflexión ética basada en los datos como la del profesor Gafo que me es tan grato presentar. No vayamos a este libro buscando el último dato sobre los temas que están en la opinión pública, pero sí recurramos a él con toda confianza para conocer cómo pensar desde la Ética teológica con claridad, rigor, sentido práctico, apertura, creatividad y diálogo entre Ciencia y Ética.

Al final Gafo se decidió por hacer constar en el título la palabra de cuño potteriano *Bioética* añadiéndole el apellido de *teológica* aunque, como relata en la introducción, en algún momento dudó entre ese título y el que podía encajar mejor con la tradición católica de "Moral de la vida humana". Creo que el título es un acierto, porque no sólo informa bien de lo que se ofrece en sus páginas y del enfoque epistemológico con que se afronta la ética de la vida, sino porque marca la realidad del diálogo entre la *Bioética y la Teología* de la que este libro es un fidedigno exponente. No podía ser menos toda vez que su autor, aunque era biólogo de carrera, se dedicaba a la Bioética en calidad de teólogo y creía –a veces no sin ciertos sinsabores– que la Teología Moral tiene algo importante que decir a la Bioética cívica y a su matriz, el diálogo plural e interdisciplinario. Nadie que haya conocido a Javier Gafo podrá negar su talante dialogante, a la vez, afincado e inspirado en su fe cristiana. Fue desde la luz del Evangelio desde donde estuvo siempre dispuesto a entrar en un diálogo comprometido y cordial con otras maneras de ver, vivir y articular la experiencia humana. Este rasgo fundamental de su carácter tiene enorme valor como legado suyo y es y será desafío y acicate continuos para todos los que con él y de él hemos aprendido a tratar las cuestiones de la Bioética. El lector se encontrará con esa actitud de creador de puentes entre disciplinas, entre religiones (el capítulo III lleva por título "Religiones y bioética") y entre visiones plurales dentro de una determinada tradición en todos y cada uno de los capítulos del libro. Con *Bioética teológica* ciertamente quedará defraudado quien necesite del sectarismo o de la unilateralidad para plantear y resolver los dilemas bioéticos.

Para que este libro esté hoy en nuestras manos han colaborado algunas personas de las que quiero hacer mención agradecida. Por supuesto que el agradecimiento principal va destinado al autor, y como ya vive la vida de Dios, la acción de gracias mira a todo lo bueno que con y por él se nos ha comunicado. Pero el agradecimiento no termina ahí. También

se dirige a varios expertos de primera línea en sus respectivas disciplinas que gustosamente aceptaron revisar parcialmente el libro: Concha Lora Tamayo, facultativa del Instituto Nacional de Toxicología, que revisó el capítulo sobre drogas, Inés Galende, Jefe de Servicio de Regulación Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que hizo lo propio con el capítulo de los ensayos clínicos en seres humanos, y Juan Ramón Lacadena, Catedrático de Genética de la Universidad Complutense y miembro del Consejo de nuestra Cátedra de Bioética, que aplicó su ciencia a los capítulos que tocan materias relacionadas con la Genética. Igualmente justa es la gratitud y el reconocimiento al trabajo realizado por la Dra. Juana Bellanato, fiel y eficaz colaboradora de Javier Gafo, que en la actualidad sigue cooperando generosa y calladamente con los que hoy trabajamos en la Cátedra de Bioética, en las ingratas tareas precisas para que un libro pueda publicarse, y más en el caso de un libro que queda huérfano antes de salir al público. Mi gratitud también para los tres eminentes teólogos moralistas Eduardo López Azpitarte, José Román Flecha y Marciano Vidal que leyeron exhaustivamente todo el manuscrito aportando valiosas sugerencias, así como al profesor José Ramón Busto, hoy Rector de la Universidad Comillas y hasta fechas recientes Decano de la Facultad de Teología, que ha apoyado la publicación de este libro, junto a todas las actividades relacionadas con la Cátedra de Bioética, que en realidad constituyen la base y el sustento para una obra así. Al Prof. Eusebio Gil, Director de Publicaciones, y a Dª Belén Recio, también del Servicio de Publicaciones de la UPCO, así como a la Editorial Desclée de Brouwer, agradezco todo su buen y eficaz hacer para que este libro haya llegado a feliz puerto.

La obra de Javier Gafo y la que se ha realizado gracias a su ascendiente hoy permanece viva, vinculándonos y comprometiéndonos a todos con ese diálogo plural que es ineludible para la Bioética y para el futuro de la misma humanidad. Este libro es como una bella y bien lograda sinfonía que ha quedado abierta y pide que la vayamos completando con la humildad del que sabe que, mientras exista el ser humano, en temas de ética de la vida –como sucede con toda empresa humana– es vano decir que hemos dado la definitiva respuesta o que se ha agotado la fuente de las preguntas.

Julio Luis Martínez, S.J.
Director de la Cátedra de Bioética
Universidad Pontificia Comillas

INTRODUCCIÓN

En 1971 apareció el libro de Rensselaer Van Potter, *Bioethics: Bridge to the Future*, en el que se usa, por vez primera, un neologismo que, durante estos años trascurridos, ha adquirido una amplia difusión y divulgación: el de Bioética. En el capítulo primero apuntamos las posibles razones del éxito del nuevo término que, sin embargo, responde en sus contenidos a una muy antigua tradición, tanto en la cultura occidental, como en la propia reflexión ética eclesial.

En efecto, el mensaje bíblico, aun dentro de unas coordenadas culturales e históricas bien distintas a las actuales, contiene una indiscutible aproximación ética sobre el valor de la vida humana y la necesidad de su protección, que va a ser continuada por la tradición cristiana. Cuando se va articulando esta tradición, aparece una reflexión sobre las actitudes éticas que la fe exige en el campo del respeto a la vida humana. Posteriormente, sea en torno a las exigencias éticas de la justicia, o alrededor del quinto mandamiento del Decálogo, se va a ir condensando una valoración ética en torno a determinadas situaciones en que está implicado el valor de la vida humana. A finales del siglo pasado, comienzan a aparecer las primeras obras de teología moral dedicadas monográficamente a la Moral Médica, en que se abordan los problemas planteados por el ejercicio de la profesión sanitaria. Los capítulos cuarto y quinto de este libro se dedican al estudio del mensaje bíblico y de la tradición eclesial.

Con la misma aparición del término "Bioética" se abre un intenso debate sobre una problemática que se hace crecientemente más candente, también como consecuencia del progreso de las ciencias biomé-

dicas. En este debate, junto a temas ya clásicos en la literatura precedente, como los del aborto, la eutanasia, la experimentación en seres humanos... entran una serie de temas nuevos surgidos del progreso científico, especialmente los de la procreación asistida, la manipulación genética... El actual debate bioético viene además condicionado por el nuevo marco en que se ejerce la praxis médica: su creciente socialización y, especialmente, el reconocimiento creciente de los derechos de los enfermos. Se ha articulado en los últimos 30 años una importantísima reflexión ética, que gira en torno a la común aceptación de unos principios éticos básicos que reciben hoy una unánime acogida. Los capítulos primero y segundo tratan de la evolución reciente y de la génesis de los principios de la Bioética, y se presenta también una serie de capítulos sobre los temas más importantes de esta disciplina: el aborto, la procreación asistida, los ensayos clínicos en seres humanos, los trasplantes, la manipulación genética, la eutanasia, el dramático problema de la droga y el no menos grave del SIDA, etc.

He escogido como título de este libro el de "Bioética teológica". Por una parte, creo que el término de Bioética es hoy ineludible, dada su gran difusión y su continua utilización en el campo católico. Por eso lo he acabado eligiendo, en lugar del que pensé, inicialmente, de "Moral de la vida humana", que hubiera estado más en línea con la tradición católica previa. De todas formas, este trasfondo sigue estando presente al incluirse en el libro dos temas, como los del suicidio y la pena de muerte, que no suelen formar parte de las publicaciones de Bioética. Por otra parte, este término, que es más amplio que el de Moral Médica, permite que tenga cabida en el presente libro uno de los más grandes retos que hoy se plantean ante la vida y la vida humana: el de la ecología y el deterioro medioambiental. El calificativo de "teológica" expresaría obviamente la especificidad de una reflexión que presta atención especial a las aportaciones de la fe cristiana en todos estos temas.

La actual bibliografía sobre Bioética es extraordinariamente abundante. La reflexión católica, junto a las de otras Iglesias cristianas, es también muy importante. Los distintos capítulos vienen seguidos de una bibliografía sumaria, generalmente en castellano. En las notas que acompañan el desarrollo de cada tema aparecen citadas una serie de pistas que pueden ayudar a una mayor profundización en los temas escogidos y que nos parecen más relevantes en las actuales discusiones sobre Bioética.

Para mí es como un axioma la frase de que "la buena ética, después de todo, comienza con buenos datos". Por ello he dedicado, en el desa-

rrollo de muchos temas, un primer apartado a la exposición, en un tono divulgativo, de los aspectos científicos implicados. Posteriormente, he recogido las aportaciones del mensaje bíblico, de la tradición eclesial, del Magisterio y la enseñanza eclesial y de la actual reflexión teológica. No puede negarse que, especialmente en algunos temas, algunos aspectos de la doctrina eclesial están hoy sometidos a cuestionamiento. No he rehuido este debate, desde actitudes de profundo respeto a la doctrina eclesial, pero también desde la convicción de que los estudiantes de Teología Moral deben conocer estas discusiones y los argumentos en que se basan los distintos puntos de vista.

Quiero agradecer la importantísima ayuda que me ha prestado en la elaboración de este libro a Juana Bellanato, Doctora vinculada *ad honorem* del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y licenciada en Teología. Deseo dedicar esta obra a dos personas que han sido fundamentales en el trabajo de años en la Cátedra de Bioética: los profesores Diego Gracia y Juan Ramón Lacadena. Su ayuda y competencia, junto a la de otros miembros de nuestro Seminario Interdisciplinar, han hecho posible la colección, que consta ya de quince volúmenes, de "Dilemas éticos de la Medicina actual".

Javier Gafo, S.J.

CAPÍTULO PRIMERO

BIOÉTICA

I. HISTORIA DE LA BIOÉTICA

1. El desarrollo de la Ética Médica

El término Bioética (del griego "*bíos*", vida y "*éthos*", ética) es un nombre nuevo, utilizado por vez primera por el cancerólogo estadounidense **Van Rensselaer Potter**, en su libro *Bioethics: Bridge to the Future* (1971), en el que propone la siguiente definición de su neologismo: "Una nueva disciplina que combina conocimiento biológico con un conocimiento de sistema de valores humanos"[1]. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estamos ante un término nuevo para afrontar una realidad ya antigua. Como ha afirmado **C. E. Taylor,** ninguna profesión ha sido consciente desde épocas tan antiguas, como la Medicina, de las dimensiones morales implicadas en su ejercicio[2].

En efecto, la cultura occidental puede presentar el famoso *Juramento de Hipócrates* (siglos III y IV a. C.), como el primer testimonio de esa conciencia de la Medicina sobre las implicaciones éticas de la profesión[3]. El Juramento forma parte del llamado *Corpus Hippocraticum* o conjunto de escritos atribuidos al que es calificado, con razón, padre de la Medicina. Se considera, sin embargo, que el Juramento no tiene como autor a

---

1. POTTER, V. R., **Bioethics: Bridge to the Future**, Englewood Cliffs (N. J.) 1971.
2. TAYLOR, C. E., *Ethics for an international health profession*, en **Science** 153 (1966) 716.
3. Cf. GAFO, J., *Los Códigos médicos*, en GAFO, J. (Ed.), **Dilemas éticos de la Medicina actual**, Madrid, 1986, 17-19.

Hipócrates –y ni siquiera representa la forma de entender la praxis médica en la Escuela Hipocrática– sino que procede muy probablemente de círculos neopitagóricos[4]. El Juramento tiene dos partes fundamentales: en la primera aborda las obligaciones éticas del médico hacia sus maestros y familiares, mientras que la segunda trata de sus relaciones con el enfermo. Este documento, puesto bajo la autoridad del "padre de la Medicina", será recogido por la tradición occidental, sustituyendo su invocación inicial dirigida a los dioses del Olimpo por una referencia al único Dios, y constituirá un documento venerable en que se condensan las obligaciones éticas básicas que el médico deberá observar en el ejercicio de su profesión[5].

Es importante subrayar que otras culturas, aunque no de forma tan precoz, poseen documentos similares, con importantes puntos de contacto con el contenido del Juramento hipocrático[6]. Habría que citar aquí el llamado *Juramento de Iniciación*, *Caraka Samhita*, del siglo I d. C., procedente de la India; igualmente, debe hacerse referencia a otros dos documentos, que tienen relación con la tradición hipocrática: el *Juramento de Asaph* dentro del mundo judío, que procede probablemente del s. III-IV d. C. y el *Consejo a un médico*, del s. X d. C., que procede de la medicina árabe. Dentro de la cultura china se citan *Los cinco mandamientos y las diez exigencias*, de **Chen Shih-Kung**, médico chino de comienzos del s. XVII, que constituye la mejor síntesis de ética médica de la cultura china[7]. Se ha afirmado que todos estos documentos tienen cuatro puntos coincidentes: En primer lugar, el *primum non nocere*, "ante todo, no hacer daño", al que más tarde nos referiremos; la afirmación de la santidad de la vida humana; la necesidad de que el médico alivie el sufrimiento y, finalmente, la santidad de la relación entre el médico y el enfermo (que se refleja, sobre todo, en que el médico no puede desvelar los secretos conocidos en su relación con el enfermo ni aprovecharse sexualmente de él)[8].

---

4. GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**, Madrid, 1989, 55 ss.; EDELSTEIN, L., *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation*, en **Bulletin of the History of Medicine** 1 (1943) 1, 64.

5. Nos referiremos a los contenidos del Juramento en el capítulo dedicado a la Fundamentación de la Bioética.

6. Para consultar estos documentos, cf. REICH, W. T. (Ed.), **Encyclopedia of Bioethics**, Nueva York/Londres, 1978, 1731 ss.

7. Cf. GAFO, J., *Los Códigos*... p. 19.

8. **Ib**., pp. 19-20; BIRD, L. P., *Two Principles of Medical Ethics*, en FRAZIER, C. A., **Is it Moral to Modify Man?**, Springfield, 1973.

La preocupación por los aspectos éticos de la Medicina fue objeto de atención por parte de la Moral Católica, que en torno, primero, a las virtudes y posteriormente al 5º mandamiento, abordó temas especialmente referidos al inicio y final de la vida. Al surgir en la Edad Media las primeras Escuelas de Medicina se adopta la costumbre, que permanece vigente especialmente en el mundo anglosajón, de que los alumnos, al finalizar los estudios de Medicina, profesen solemnemente versiones actualizadas del Juramento hipocrático, antes de iniciar el ejercicio de la profesión[9].

Se ha presentado al médico inglés, **Thomas Percival**, como padre de la "ética médica", ya que éstas son las dos primeras palabras del larguísimo título de su libro –al estilo de la época– dedicado a ciertos aspectos éticos del ejercicio de la Medicina[10]. La obra de **Percival**, de inicios del siglo XIX, responde, sobre todo, a una situación en que las tensiones entre los médicos, especialmente por motivos de competencia profesional, eran muy intensas. Este aspecto es muy abordado en su obra, por lo que se ha dicho que más que de un texto de ética, se trata de un libro sobre "etiqueta médica", que refleja las actitudes del *gentleman*, en lugar de las del médico sensible a la problemática ética.

Durante el siglo XIX comienzan a constituirse en distintos países las primeras Asociaciones o Colegios Médicos que dan relieve a los aspectos éticos de la Medicina. Surgen igualmente los primeros *Códigos Deontológicos* que sintetizan, desde los valores inspirados en la ética hipocrática, las obligaciones que los médicos deben observar[11]. Precisamente una de los funciones de los Colegios Médicos será la de evaluar la ética de los profesionales colegiados en dichas Asociaciones. Un punto crítico en esta historia será la época nazi, que llevará a que 23 médicos alemanes se sienten en el banquillo de los acusados del tribunal de Nuremberg, de los que 16 fueron declarados culpables y 7 condenados a muerte. Una consecuencia importante de la crisis de la II Guerra Mundial será también la *Declaración de Ginebra* (1948), en la 1ª

---

9. GAFO, J., *Los Códigos*... pp. 20-22.

10. El título completo del libro de Percival es: **Ética médica o un código de instituciones y preceptos adaptados a la conducta profesional de los médicos y cirujanos: 1) en la práctica hospitalaria; 2) en la práctica privada o general; 3) en relación con los farmacéuticos; 4) en los casos en que debe requerirse un conocimiento de la ley.** Cf. GAFO, J., *Los Códigos*... pp. 23-24.

11. Ver *Códigos Deontológicos y normativas ético-jurídicas recientes*, en **Labor Hospitalaria** 18 (1986) n.º 202 (n.º monográfico). El primer Código Deontológico de la *AMA*, Asociación Médica USA, data de 1847, habiendo sido revisado en 1903 y 1912.

Asamblea de la *Asociación Médica Mundial*, y que significa una actualización de la ética hipocrática después de las brutalidades de aquella conflagración bélica. En la 2ª Asamblea Mundial (1949) se adoptó un *Código Internacional de Ética Médica*, inspirado en la *Declaración de Ginebra* y en los Códigos Deontológicos de bastantes países[12].

Con posterioridad a esa fecha, deben señalarse dos líneas importantes. Por una parte y especialmente en el mundo anglosajón, comienzan a aparecer códigos deontológicos referidos a distintas especialidades médicas, en donde hay que situar los Códigos de Enfermería[13]. Por otra parte y ante determinados problemas concretos, la comunidad médica desarrolla sus propias directrices éticas: por ejemplo, a raíz de las experimentaciones nazis surgirá, inspirándose en la sentencia del tribunal, el *Código de Nuremberg* o, de forma similar, se definen directrices sobre muerte cerebral ante los primeros trasplantes cardíacos. Desde el campo religioso, específicamente el católico, a finales del siglo XIX comienzan a aparecer las primeras obras monográficas dedicadas a temas de Moral Médica[14].

2. El nacimiento de la Bioética

Como ha escrito **W. T. Reich**, existe una cierta discusión sobre la paternidad de la palabra Bioética. Después de un estudio pormenorizado, llega a la conclusión de que fue efectivamente **Potter** el que primero utilizó el nuevo término[15], pero que debe reconocerse también a **André Hellegers**, obstetra holandés que trabajaba en la Universidad de Georgetown, una forma de paternidad en la introducción del neologismo. Unos seis meses después de la aparición del libro de **Potter**, **Hellegers** utiliza ese término para dar nombre al centro *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* en la citada Universidad de Washington, D. C., que será el primer centro universitario dedicado a la Bioética existente en USA y que fue creado el 1 de julio de 1971. **Reich** afirma que se puede hablar de

12. Estos textos están recogidos en GAFO, J., **Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, 398-400.

13. Sobre los problemas éticos relacionados con la enfermería, puede consultarse: GAFO, J., *Ética y Enfermería*, en **Ética y Legislación**... pp. 27-44. Allí se incluyen los Códigos de esta profesión, pp. 407-447.

14. Cf. capítulo IV.

15. **Potter** ya utilizó el término de Bioética en dos artículos del año 1970: *Bioethics: The Science of Survival*, en **Perspectives in Biology and Medicine** 14 (1970) 120-153; *Biocybernetics and Survival*, en **Zygon** 5 (1970) 229-246.

un *bilocated birth*, de un nacimiento en dos lugares, de la Bioética, en Madison, Wisconsin, y en el centro universitario de los jesuitas en Georgetown[16].

Ese doble lugar del nacimiento de la Bioética tiene su especial relevancia por el hecho de que, aunque debe reconocerse a **Potter** el origen del término, sin embargo dio a aquélla un contenido distinto del que le ha correspondido en su desarrollo ulterior[17]. Para el cancerólogo de Madison, el término Bioética tenía un sentido ambiental y evolucionista: "Como una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con un conocimiento de los sistemas de valores humanos... Elegí *bio-* para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivos; y elegí *-ethics* para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos"[18]. **Potter** aspiraba a crear una disciplina que fuese como un puente –término del título de su libro– entre dos culturas, la de las ciencias y la de las humanidades, que aparecían en su tiempo ampliamente distanciadas. Su preocupación era la supervivencia, tanto de la especie humana como de las culturas creadas por el hombre. Su objetivo era crear un medio ambiente óptimo en el que pudiera realizarse una óptima adaptación del ser humano al mismo ambiente. Por eso afirmaba que el objetivo último de la nueva disciplina era "no sólo enriquecer las vidas humanas sino prolongar la supervivencia de la especie humana en una forma aceptable de sociedad"[19]. Fue gran mérito de **Potter** escribir su libro en 1971 –antes, por tanto, de esos dos grandes aldabonazos sobre la crisis medioambiental que fueron la *I Conferencia Mundial sobre Medioambiente*, Estocolmo 1972, y el famoso informe **Meadows** de 1972 sobre "los límites del crecimiento"[20]. La visión de la Bioética que imaginó **Potter** era antropocéntrica –centrada en la supervivencia humana– más que biocéntrica –en torno a la supervivencia de toda la biosfera. Éste es, según **Reich**, "el legado de **Potter**".

---

16. REICH, W. T., *The Word 'Bioethics': Its Birth and the Legacies of those Who Shaped It*, en **Kennedy Institute of Ethics Journal** 4 (1994) 319-335 (El estudio de Reich informa de una de las reuniones previas de Hellegers con la familia Kennedy, en la que Sargent Shriver utilizó también de forma espontánea esa nueva expresión. Cf. **Ib**., pp. 326-328).

17. Sobre la historia de la Bioética, puede consultarse también: REICH, W. T., *Il termine "Bioetica": nascita, provenienza e forza*, en RUSSO G. (Ed.), **Storia della bioetica**, Roma, 1995, 157-206; RUSSO, G., *Storia della bioetica dalle origini ad oggi*, en **Ib**., pp. 7-99; **Fondamenti di metabioetica cattolica**, Roma, 13-39.

18. REICH, W. T., *The Word 'Bioethics': Its Birth…* p. 321.

19. **Ib**., p. 328.

20. MEADOWS, D. H., MEADOWS D. L., RANDERS, J. y BEHRENS III, W. W., **Los límites del crecimiento**, México, 1982.

Sin embargo, el ulterior y floreciente desarrollo de la Bioética iba a seguir los cauces que provienen del "legado de **Hellegers**". El obstetra holandés entendió su papel como el de la partera que sacaba a luz la nueva disciplina, no tanto a través de grandes publicaciones, sino estimulando el diálogo mediante conversaciones y escritos. Entendió su misión también como un puente: "una persona puente entre la medicina y la filosofía y la ética"[21], suscitando el interés de los profesionales de la ética en los problemas biológicos. De esta forma creó el primer centro universitario dedicado a esta nueva disciplina. Este "legado de **Hellegers**" es el que se ha impuesto en los últimos 30 años viniendo a ser un revitalizado estudio de la ética médica. **Potter** expresó su decepción por el curso que ha seguido la Bioética; reconoció la importancia de la línea impuesta desde Georgetown, pero afirmó que "mi propia visión de la Bioética exige una visión mucho más amplia"[22]. Pretendía que la Bioética fuese una combinación de conocimiento científico y filosófico y no solamente una rama de la ética aplicada[23]. De hecho, **Potter** prefiere utilizar después el término de *ética global*[24] para referirse a la disciplina que calificó como *Bioética* en 1970-1971.

Para uno de los grandes especialistas estadounidenses en la nueva disciplina, **Albert R. Jonsen**, la historia de la Bioética, desde la perspectiva de su país, se centra en torno a los siguientes hitos –a los que aludiremos más ampliamente en ulteriores capítulos de este libro[25]:

1. Probablemente el primer hito para el desarrollo ulterior de la Bioética se retrasa hasta finales de 1962 cuando la revista *Life Magazin* publica un artículo sobre los criterios de selección de los candidatos a los recientemente descubiertos aparatos de hemodiálisis renal[26]. Surge así el *Kidney Center´s Admission and Policy*, en el Centro Médico de la

21. REICH, W. T., *The Word 'Bioethics': Its Birth...* p. 323.

22. REICH, W. T., *The Word 'Bioethics': The Struggle Over Its Earliest Meanings* en **Kennedy Institute of Ethics Journa**l 5 (1995) 20.

23. **Jonsen** sugiere que el término *ethics* era entendido de forma distinta por **Potter** y **Hellegers**. Para el primero se refería a los valores humanos en sentido amplio, mientras que el obstetra holandés, católico y educado por los jesuitas, lo entendía como "un examen riguroso de los fundamentos de las normas morales" (**The Birth of Bioethics**, Oxford/Nueva York, 1998, 27).

24. POTTER, V. R., **Global Bioethics**: **Building on the Leopold Legacy**, East Lansing, 1988.

25. JONSEN, A. R., *The Birth of Bioethics*, en **Hastings Center Report** 23 (1993) n.º 6, s. 1-4; Posteriormente ha escrito el excelente libro **The Birth of Bioethics**…

26. ALEXANDER, S., **Life Magazin**, 9 de diciembre de 1962.

Universidad de Seattle, para responder a la pregunta sobre la forma de distribuir ese recurso sanitario, creado un año antes, y para el que había muchos receptores potenciales. La decisión fue dirigirse a un pequeño grupo de personas, mayoritariamente no médicos, para revisar los *dossiers* de los posibles candidatos. Para esta toma de decisión se pensó que las personas que habían decidido en el pasado, sin duda los médicos, no eran las más idóneas. Se tuvo la conciencia de que la justicia en la selección no era una destreza médica y que personas profanas lo podían hacer, mejor o peor, pero sí más libremente y menos condicionadas por los intereses de los propios pacientes. De esta forma se llegó a una solución totalmente nueva: los médicos delegaron en los profanos para que tomasen la decisión: "Una prerrogativa que había sido hasta entonces exclusiva del médico fue delegada en representantes de la comunidad"[27].

2. Un segundo momento importante en la naciente historia de la Bioética fue la publicación en el *New England Journal of Medicine* (1966) de un trabajo, firmado por **Beecher**, en que se recogían 22 artículos publicados en revistas científicas, que eran objetables desde el punto de vista ético[28]. La historia de los experimentos humanos, realizados sin cumplir las más elementales exigencias éticas, tenía un precedente brutal: las experiencias realizadas por los médicos nazis en los campos de concentración alemanes. Sin embargo, lo que indicaba ahora el estudio de **Beecher** es que podía llegarse a abusos similares, no por la maldad que se enseñoreó de la época del nacionalsocialismo, sino por la misma naturaleza de la ciencia biomédica, que exige constantemente a los científicos eficacia, productividad y originalidad. Los internos de los campos de concentración eran ahora personas pertenecientes a los grupos vulnerables –uno de los ensayos, criticados por **Beecher**, consistió en la inoculación del virus de la hepatitis a niños afectados por deficiencia mental en Willowbrook... Cuatro años más tarde, salía a la luz el brutal experimento de Tuskegee, Alabama, en que se negó el tratamiento con antibióticos a individuos de raza negra afectados por la sífilis, para poder estudiar el curso de esta enfermedad. La opinión pública quedó profundamente afectada por estos hechos y se abrió

27. Esta pérdida del protagonismo de los médicos lo refleja el libro de ROTHMAN, D. J., **Strangers at the Bedside. A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making**, Nueva York, 1991, 150-151.

28. BEECHER, H. K., *Ethics and Clinical Research*, en **New England Journal of Medicine** 274 (1966) 1354-1360.

paso a la llamada *Comisión Nacional* (1974-1978)[29] que marcó las directrices que deben presidir la experimentación en seres humanos, con un especial énfasis en el respeto a los miembros de los grupos vulnerables. El *Informe Belmont*, que recoge las deliberaciones de la Comisión sobre este tema, tendrá una enorme importancia en el ulterior desarrollo de la Bioética, como subrayaremos más adelante[30].

3. El 3 de diciembre de 1967 el Dr. **Christian Barnard** realizaba en el hospital Groote Schur de Ciudad de El Cabo el primer trasplante cardíaco. Este hecho causó un enorme impacto mundial en una sociedad que se acercaba a los grandes cambios culturales que se avecinaban en los próximos meses. El trasplante de corazón no sólo suscitó la degradación a mero músculo cardíaco de un órgano al que se le había dado una gran importancia cultural, sino que suscitaba serios interrogantes éticos sobre el consentimiento del donante y, sobre todo, acerca de la determinación de su muerte. Precisamente la *Harvard Medical School*, presidida por el mismo **Beecher**, marcaba poco después unas directrices que iban a tener una gran relevancia en los años posteriores. La Comisión que propuso esas directrices contaba con la presencia de un teólogo: ya se percibió, por tanto, que se estaba ante una problemática que desbordaba a los propios especialistas médicos.

4. Otro nuevo paso en la historia de la Bioética tiene lugar en 1975 en torno al famoso caso de **Karen A. Quinlan**, la joven norteamericana en estado de coma, como consecuencia de la ingestión simultánea de alcohol y barbitúricos. Poco meses más tarde, sus padres adoptivos, católicos practicantes asesorados por su párroco, ante el pronóstico de irreversibilidad de su hija para una vida consciente, pidieron a la dirección del hospital que se le desconectase el respirador que la mantenía en vida. Esto dio origen a un polémico proceso legal en que, finalmente, el Tribunal Supremo del Estado de New Jersey, en una sentencia histórica de 1976, reconoció a la joven "el derecho a morir en paz y con dignidad"[31]. El caso **Quinlan** abrió una gran discusión en torno al final de la

29. NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 1977.

30. Para el estudio de las deliberaciones de la *Comisión Nacional* y de la elaboración del *Informe Belmont*, cf. JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**…pp. 90-122.

31. Como se sabe, le fue retirado el respirador, pero **Karen** continuó viviendo, inconsciente pero respirando autónomamente, hasta que murió en 1985. Cf. QUINLAN, J&J. y BATELLE, Ph, **La verdadera historia de Karen Ann Quinlan**, Grijalbo, Barcelona, 1978.

vida y comenzaron a difundirse los *testamentos vitales*, las llamadas *órdenes de no reanimar*, las primeras legislaciones sobre las *directrices previas*...

Todo ello hizo que comenzase a penetrar con fuerza en el discurso bioético el concepto de *calidad de* vida. Poco después, en 1981, surge el gran debate en torno a *Baby Doe*, un neonato afectado por el síndrome de Down y que padecía una atresia esofágica que exigía una urgente intervención quirúrgica que le fue denegada en un hospital de Bloomington, Indiana. Ante la gran polémica suscitada por este caso, surgen las llamadas *regulaciones Baby Doe*, que hoy exigirían, si se repitiese el caso de Bloomington, la necesidad de hacer al niño la operación quirúrgica.

Al comienzo de los años 80, la Bioética está fuertemente consolidada en USA y se extiende por otros muchos países. Un porcentaje importante de los hospitales estadounidenses tienen ya sus propios comités de ética asistencial –hoy es una exigencia ineludible para la acreditación de un hospital en USA. La enseñanza de la Bioética se extiende por las Escuelas de Medicina y se crea un gran número de centros especializados por todo el extenso territorio estadounidense; las publicaciones sobre esta disciplina se han hecho desbordantes y difícilmente abarcables.

5. A todo esto deben añadirse tres referencias adicionales muy importantes: la creación en 1969 del *Hastings Center*[32] y la posterior aparición de su revista en 1973, actualmente con un gran número de suscriptores, el *Hastings Center Report*. En el primer número de la revista *Hastings Center Studies* incluida en un ampliado *Hastings Center Report,* **D. Callahan**, uno de los mas prestigiosos bioeticistas de aquel país, publicó un artículo en que se recogía el término de Bioética[33]. En segundo lugar, la publicación en 1978 de la *Encyclopedia of Bioethics*[34], una obra monumental, de consulta básica para esta temática y en la que su editor, el antes citado **Reich,** optó finalmente por la utilización del término de Bioética en el título[35]. En esta obra, verdaderamente enciclopédica, se da la siguiente definición de la disciplina: "El estudio sistemático de las

32. El *Institute of Society, Ethics and the Life Sciences* fue fundado en Hastings on Hudson, en el Estado de Nueva York por **D. Callahan** y **W. Caylin.**

33. CALLAHAN, D., *Bioethics as a Discipline*, en **Hastings Center Studies** 1 (1973) n.º 1, 66-73. Sin embargo, a Callahan no le agrada el término Bioética y lo rehuye en sus escritos.

34. REICH, W. T. (Ed.), **Encyclopedia of Bioethics**…

35. REICH, W. T., *The Word 'Bioethics': Its Birth*... pp. 329-331.

dimensiones morales –incluyendo la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas– de las ciencias de la vida, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario"[36]. Y, finalmente, la decisión de la Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos de asumir en 1974 ese término como encabezamiento de toda esa amplia literatura que ya entonces se estaba difundiendo.

II. Las Cartas de los Derechos de los Enfermos

En los temas de Bioética, hay que hacer continua referencia a la situación estadounidense. No puede discutirse la relevancia fundamental que esa disciplina posee en ese país, en el que existe un gran número de centros dedicados a su estudio, prestigiosos especialistas y magníficas publicaciones[37].

Es precisamente en USA donde se aprueba por vez primera un documento, que va a tener una pronta e importante repercusión, tanto en la Bioética, como en la praxis sanitaria: la *Carta de los Derechos de los Enfermos* de los Hospitales privados estadounidenses, 1973. Este documento, que va a ser imitado por otros países –y que en el nuestro tendrá su repercusión en la propia *Ley de Sanidad* (artículos 10 y 11)– diseña un marco de relación entre los profesionales de la salud y los enfermos, que modifica de forma muy importante al que provenía de la ética hipocrática. Esta Carta afirma, especialmente, cuatro derechos fundamentales del enfermo: a la vida, a la asistencia sanitaria, a la información y a una muerte digna[38].

Como ha afirmado **D. Gracia**, las Cartas de los Derechos de los Enfermos constituyen algo tan trascendente –y al mismo tiempo tan obvio– como la introducción en el ejercicio de la profesión sanitaria de un tipo de relación más horizontal y paritaria entre los que tienen conocimientos médicos o de enfermería y el ser humano, afectado por el trance siempre difícil de la enfermedad. Significa algo tan evidente

---

36. REICH, W. T. (Ed.), **Encyclopedia of Bioethics**... xxi. Dada la importancia de esta definición, transcribimos el original en inglés: "The systematic study of the moral dimensions – including moral vision, decisions, conduct, and policies– of the life sciences and health care, employing a variety of ethical methodologies in an interdisciplinary setting".

37. Deben citarse, como los dos centros más importantes, el *Hastings Center* con su revista, **Hastings Center Report** y el *Kennedy Institute* de la Universidad de Georgetown con su revista **Kennedy Institute of Ethics Journal.**

38. Ambos documentos aparecen recogidos en GAFO, J., **Ética y Legislación**... pp. 404-406 y 458-460

como que el hospital funcione con las mismas leyes que el resto de la sociedad y que se concedan al paciente los mismos derechos, que nadie le discutiría en su vida normal[39]. El pilar básico de las Cartas es el concepto de *consentimiento informado*: el reconocimiento de que cuanto se haga con el enfermo debe realizarse después de que éste haya prestado su permiso o asentimiento[40]. No se trata, además, de cualquier tipo de consentimiento, sino que deberá preceder una información completa y comprensible del diagnóstico, pronóstico y tratamientos alternativos existentes, además de la constatación de la verdadera decisión libre del enfermo.

En realidad estas Cartas significan una modificación del marco de relación entre los profesionales de la salud y los enfermos. Como escribía el médico **E. Schwenninger**, al aludir a su relación con el enfermo, "soy un hombre que está a solas con otro hombre, como en una isla desierta"[41]. Así podía surgir una situación favorable para relaciones impositivas y autoritarias; la que medía entre el poderoso y el desposeído. La línea, inspirada en la ética hipocrática, tendía a convertir al enfermo en un menor de edad, al que se le mantenía al margen incluso de informaciones muy pequeñas. En el fondo se delineaba una "imagen-robot" del buen enfermo, como aquel que se ponía confiadamente en las manos bienhechoras del médico, que no pregunta ni protesta, en un *rol* pasivo y bastante infantil. Así se opera un fenómeno de regresión desde pautas adultas a otras infantiles, que conllevan la pérdida de la capacidad de decisión por parte del enfermo[42].

Se consideraba que los profesionales de la salud son los que poseen, tanto las virtudes éticas, como los conocimientos, que ayudarán al enfermo a superar la enfermedad[43]. Este marco tenía el grave peligro de quitar el protagonismo a aquel que está especialmente implicado por el desarrollo de la enfermedad, para convertirlo en una especie de "comparsa", de "menor de edad", dependiente de la poderosa medici-

---

39. GRACIA, D., *Los derechos de los enfermos*, en GAFO, J. (Ed.), **Dilemas éticos**... pp. 43-87.

40. FADEN, R. R. y BEAUCHAMP, T. L., **A History and Theory of Informed Consent**, Nueva York, 1986.

41. Citado por LAÍN ENTRALGO, P., **La relación médico-enfermo. Historia y teoría**, Madrid, 1983, 24.

42. GRACIA, D., *Principios y metodología de la Bioética*, en **Quadern Caps** n.º 19 (1991) 7-17.

43. Cf. SANJUANBENITO, L., *Carta de los derechos de los enfermos*, en GAFO, J. (Ed.), **Dilemos éticos de la Medicina actual**, Madrid, 1986, 89-100; DE AGUILERA, N., *La lesión de los derechos de los enfermos: una enfermedad crónica*, en **Ib**., pp. 101-114.

na que le llevaría a la curación. Precisamente y como subrayaremos en otro capítulo, la gran crítica hecha contra el marco de relación "hipocrático" es su *paternalismo* –que es correlativo al infantilismo que se ha inducido en el enfermo[44]. En efecto, la relación entre el profesional de la salud y el enfermo se convertía en una relación vertical, la de un padre poderoso y bondadoso hacia un hijo, menor de edad, que gozaba de la beneficencia paterna. Las líneas precedentes pueden suscitar una cierta impresión de caricatura, pero reflejan una forma de relación y una situación que siguen aún con fuerte vigencia en no pocos ámbitos sanitarios.

En USA se ha consolidado con fuerza un nuevo marco de relación, que viene además acentuado por un hecho que tiene en ese país una enorme importancia: el de la *malpractice*, la frecuencia con la que los profesionales de la salud son llevados a los tribunales, acusados de "mala práctica", de error o negligencia médica. Este hecho, que se da también en otros países, aunque de forma menos acusada, está teniendo como consecuencia un incremento muy importante de los costes médicos: se hacen pruebas que no serían en sí necesarias, pero a las que se recurre para evitar una posible acusación, además de las elevadas primas de los seguros, que los profesionales deben abonar, sobre todo en ciertas especialidades, para estar cubiertos ante una hipotética acusación de mala práctica. Pero, sobre todo, ha llevado a un importante deterioro de la relación con el enfermo, a una práctica sanitaria "a la defensiva", erosionando el clima de confianza –sobre la "amistad médica" ha escrito mucho **P. Laín Entralgo**– que debería ser la atmósfera adecuada para la relación entre los profesionales de la salud y los enfermos[45]. Nos parece que este grave hecho de la mala práctica guarda también relación con el gran desarrollo de la Bioética en USA.

Las Cartas han tenido, a pesar de que no se aplican en algunos países con toda su fuerza, un gran impacto. Es importante tener en cuenta que el médico tiene una normativa propia, la que proviene de los Códigos Deontológicos, que le son obligatorios, pudiéndosele imponer sanciones en caso de incumplimiento. Estos Códigos tienen un carácter corporativista y, por tanto, protegen más al médico que al paciente y están, además, impregnados de la mentalidad paternalista. En este contexto, las Cartas parecen equilibrar esa situación, marcando unos

44. Ver BEAUCHAMP, T. L. *Paternalism*, en **Encyclopedia of Bioethics**… pp. 1194-1200.

45. LAÍN ENTRALGO, P., *Técnica, ética y amistad médica*, en GAFO, J., (Ed.), **Fundamentación de la Bioética y manipulación genética**, Madrid, 1988, 107-118.

"derechos de los enfermos", y consiguen compensar el desequilibrio existente en el orden del derecho subjetivo y privado que se aplicaba a la relación médico-enfermo.

III. Razones de un cambio de nombre

Es interesante preguntarse el porqué del nuevo término de Bioética, en comparación con los ya preexistentes y habituales de Ética, Moral o Deontología Médicas. Desde nuestro punto de vista, no se trata de una mera moda, sino que responde a algunos cambios importantes operados en los últimos 30 años. En el apartado anterior, ya hemos indicado un factor significativo: el cambio de marco en la relación con el enfermo. Nos parece, además, que pueden citarse otros cuatro componentes importantes[46].

1. En primer lugar debe citarse la apertura de un número significativo de **temas nuevos**, que deben tratarse desde la ética y que desbordan de forma importante a los que eran tratados por los clásicos libros de Ética y Moral Médicas. En efecto, estas obras solían circunscribirse a una serie de tópicos clásicos, como los del aborto, la eutanasia, los ensayos clínicos en seres humanos, el secreto médico, los honorarios... Como afirmaba **D. Gracia**, "en los últimos 25 años la Medicina ha cambiado más que en los últimos 25 siglos"[47]. Desde hace unos treinta años, el gran desarrollo de las ciencias biomédicas introduce una serie de temas totalmente nuevos: piénsese en los trasplantes de órganos, la reproducción asistida, más recientemente la compleja problemática de la manipulación genética o el SIDA... Al mismo tiempo, el impresionante desarrollo de la Medicina confiere a las respuestas éticas concretas una especial complejidad: por ejemplo, el diagnóstico de muerte, el consejo genético, etc...[48] Si se comparan los actuales libros de Bioética con los de Moral Médica de hace 30 años, se percibe una clara diferencia de contenidos que puede justificar, por sí misma, el cambio terminológico[49].

---

46. Cf. GAFO, J. *Fundamentación de la Bioética*, en **Diez palabras clave en Bioética**, Estella (Navarra), 1993, 12-16.

47. GRACIA, D., *Principios y metodología de la Bioética*... p. 7.

48. Cf. GAFO, J., **Eugenesia: Una problemática moral reactualizada**, Madrid, 1985, 16-17.

49. Como han escrito **McGehee Garvey** y **James Bordley**, se dio entre 1946 y 1976 un "período de crecimiento explosivo de la medicina", en donde enumeran los antibióticos, el primer tratamiento de la leucemia, la vacuna de la polio, el tratamiento con litio de la

2. En segundo lugar, en estos últimos 30 años se da un **proceso de secularización** que afecta a muchos ámbitos de la sociedad occidental y que tiene también su repercusión en el campo de la Ética Médica[50]. Como subrayaremos en otro capítulo, se pasa de una situación en la que el tratamiento de nuestra temática era muy frecuentemente abordado desde las Iglesias o confesiones religiosas –en USA, tenían un gran peso algunos moralistas católicos como **Ford**, **Kelly**...[51]– a una situación nueva en que se instaura un debate secular sobre estos temas y donde surge la pregunta, abordada por **D. Callahan**, sobre qué papel conviene a las religiones en los debates sobre Bioética[52]. El gran avance de las ciencias biomédicas plantea serios dilemas que deben ser abordados en el ámbito de sociedades seculares y pluralistas y a los que es necesario dar una respuesta desde una ética común, en alguna manera consensuada y que refleje las convicciones éticas compartidas. Por otra parte, se ha pasado de una ética de *código único*, en que se pensaba que los valores morales eran cognoscibles y aceptables por todas las personas, a una situación de *código múltiple*, en que incluso se llega a afirmar que cada uno es dueño de sus actos y no pueden establecerse valores éticos objetivos y universales[53].

3. El tercer factor se refiere al proceso de **socialización de la Medicina**, que ha afectado de forma irreversible a muchos países. Las obras de Ética o Moral Médica respondían básicamente a una forma liberal de ejercicio de la profesión, en que la relación médico-enfermo discurría de forma predominantemente personalizada. En los países técnicamente desarrollados y desde hace bastantes años, un porcentaje muy elevado de ciudadanos muere en grandes hospitales, en un contexto muy distinto de la muerte "doméstica" del pasado. Los modelos de Seguridad Social del mundo desarrollado cubren los costes sanitarios de los ciu-

---

enfermedad maníaca, los fármacos antidepresivos, los marcapasos, la primera cirugía cardíaca y la implantación de las primeras válvulas, la reanimación cardiopulmonar, la hemodiálisis... (**Two Centuries of American Medicin**, Filadelfia, 1976). Otro hecho extraordinariamente relevante será, sin duda, la introducción de los anovulatorios durante los años 60.

50. En España sigue siendo muy importante la presencia de las publicaciones procedentes de la Iglesia Católica en el campo de la Bioética, como lo muestran las obras citadas en la bibliografía del capítulo V.

51. Cf. CURRAN, Ch. E., **Issues in Sexual and Medical Ethics**, Notre Dame, Indiana, 1978, 55-61.

52. CALLAHAN, D., *Religious and the Secularization of Bioethics*, en **Hastings Center Report** 20 (1990) n.º 4, A Special Supplement, 2-4; GUSTAFSON, J. M., **Can ethics be christian?**, Chicago, 1985.

53. GRACIA, D., *Principios y metodología de la Bioética*... pp. 8-9.

dadanos –con la conocida excepción de USA, pese a los esfuerzos realizados al comienzo de la Administración **Clinton**– y la importancia de los hospitales en la asistencia sanitaria ha crecido de una forma impresionante –un factor que ha sido potenciado por la creciente sofisticación de la propia Medicina. Evidentemente esta nueva situación plantea una serie de cuestiones insoslayables dentro de la medicina socializada, como es la de los criterios de distribución de unos recursos sanitarios, que siempre tienen que ser, por su propia naturaleza, limitados[54]. Todo ello significa que la dimensión social de la Medicina forma parte de los temas que hoy deben abordarse con urgencia.

4. Finalmente nos parece muy relevante tener en cuenta que la Bioética, desde su propia etimología, desborda la temática de las clásicas Ética o Moral Médica, ya que no sólo se refiere a los problemas que surgen en el ámbito sanitario, sino que incluye una **preocupación ética generalizada por toda vida –***bíos*–. Por ello, los problemas relacionados con los derechos de los animales y, sobre todo, la grave problemática suscitada por el deterioro ambiental, entran de lleno dentro de la temática bioética.

IV. El estudio de casos

Un aspecto muy importante en el reciente desarrollo de la Bioética es el del estudio y análisis de casos clínicos. Como se sabe, la Moral Católica dio una gran relevancia a ese estudio, convirtiéndose en una "Moral de casos", algo que precisamente se difuminó coincidiendo con el gran impulso de la Bioética.

En el desarrollo de la Bioética en Estados Unidos se ha dado un gran relieve al estudio de casos, desarrollándose incluso, por parte del citado **Jonsen**, un modelo ético calificado como *casuismo*, que presentaremos en otro capítulo. Se ha conferido especial valor a ciertos casos que poseen un valor paradigmático y que pueden marcar unas directrices éticas y jurídicas que sean aplicables a otras situaciones similares. Es una forma de proceder que guarda relación con el modelo jurídico de aquel país, muy dependiente de la jurisprudencia de los Tribunales, de las respuestas jurídicas ante situaciones concretas. Un ejemplo puede

54. Cf. GAFO, J. *El derecho a la asistencia y la distribución de recursos*, en **Ética y Legislación**..., pp. 79-92. Ver también: *Recursos limitados y valoración de la vida humana. Eficiencia y equidad: un equilibrio difícil en las políticas sanitarias*, en **Labor Hospitalaria** 26 (1994) n.º 233-234 (n.º monográfico).

ser el famoso caso de **Karen A. Quinlan**, antes citado, que no sólo ha sentado jurisprudencia sino que sirve de paradigma ético ante situaciones similares, en que se aplican terapias extraordinarias o desproporcionadas para mantener en vida a un paciente terminal. Así, la Bioética estadounidense ha desarrollado una serie de modelos para estudiar los casos clínicos que se plantean[55].

El análisis de casos forma parte muy importante en el desarrollo de la actual Bioética. Para ello, un aspecto previo básico es el conocimiento del mayor número de datos que afectan a cada situación concreta. Se ha afirmado que "Good Ethics, after all, begins with good facts"; "la buena ética, después de todo, comienza con buenos datos". Como consecuencia, el estudio de las historias clínicas juega un papel muy importante. Se han desarrollado diversas metodologías que ayudan a estudiar de forma pormenorizada las diferentes circunstancias presentes en cada situación, en dónde se sitúan los conflictos éticos y qué respuesta permite salvar mejor los principios éticos implicados, así como las opciones éticas de las personas afectadas. Este estudio de casos es también un cauce muy importante en las respuestas ante los dilemas bioéticos existentes.

V. La formación en Bioética

En el caso español y con anterioridad a la transición democrática, los estudios de Medicina abordaban diversos temas de Moral Médica, dentro de las disciplinas de *Medicina Legal* y *Deontología Médica*. Esta situación se desvaneció en los años 70, como veremos después[56].

En todas las Escuelas de Medicina de Estados Unidos y dentro de unas formas curriculares más amplias y menos rígidas, se ofrecen cursos sobre Bioética y existe una gran proliferación de Centros y de publicaciones. El número de especialistas es muy importante y hay que afirmar que hoy no es posible un trabajo serio en Bioética sin conocer la bibliografía existente en aquel país. En el caso español y salvo alguna excep-

55. Ver GRACIA, D., **Procedimientos de decisión en Ética clínica**, Madrid, 1991 Allí se recogen un gran número de modelos para el estudio de casos, procedentes especialmente de USA. Ver DRANE, F. J., **Clinic Bioethics**. **Theory and Practice in Medical Ethical Decision Making**, Kansas, 1944; JONSEN, A., SIEGLER, M. y WINSLADE, J., **Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine**, Nueva York, 1986.

56. Cf. GAFO, J., *Enseñanza de la Ética a los profesionales biomédicos*, en VILARDELL, F. (Coord.), **Ética y Medicina**, Madrid, 1988, 159-175.

ción, el mayor número de publicaciones sobre Bioética se ha hecho desde el campo de la teología moral católica; en alguna manera nuestro país está en una situación similar a la de Estados Unidos con anterioridad a los años 70, como subrayaremos posteriormente con mayor amplitud.

Otra realidad importante, surgida últimamente en torno al gran desarrollo de la Bioética, es la de los *Comités de Ética*. Ya hace años que existían en muchos países los Comités Éticos de Ensayos Clínicos, que tenían que supervisar la experimentación realizada en seres humanos, tanto en sus aspectos científicos como éticos. A partir de los años 80 comienzan a florecer en USA los *Comités Hospitalarios de Ética* o *Comités de Ética Asistencial*, que hoy existen en prácticamente todos los hospitales de importancia. En ese país para lograr actualmente la acreditación de un hospital se exige la existencia de dicho comité. Se trata de instituciones de reflexión, llamadas a establecer criterios éticos. Es positivo que funcionen aunque no abunden los casos; incluso algunos creen que su objetivo primario no es la solución de casos y que lo más importante es percibir dónde están los puntos del conflicto ético del hospital. Una consecuencia muy importante de la labor de estos Comités es marcar *Guidelines*, directivas... de actuación ante situaciones que se presentan en la praxis hospitalaria[57].

Su composición es variable, pero suelen formar parte de los Comités, además de médicos –preferentemente de distintas especialidades– y enfermeras, también otras personas, como representantes de la administración del hospital, asistentes sociales y capellanes, que puedan reflejar el punto de vista de los enfermos. También participan, lógicamente, especialistas en el campo de la Bioética y juristas. Algunos consideran que debe formar también parte alguien que represente la opinión de los ciudadanos. Tienen reuniones periódicas, o en casos especiales, y sus decisiones no tienen estricto valor jurídico –aunque ciertamente tienen su peso en un proceso por mala práctica. En casos urgentes suelen actuar a través de una comisión permanente, que deberá dar parte a los otros miembros de las decisiones tomadas[58].

---

57. Ver el número dedicado a estos Comités: *Comités de Bioética: necesidad, estructura y funcionamiento*, en **Labor Hospitalaria** 25 (1993) n.º 229 (n.º monográfico).

58. Sobre los Comités de Ética, cf. AA. VV., **Dalla bioetica ai comitati etici**, Milano, 1988; PRIVITERA, S., **L'Etica nei comitati di bioetica**, Palermo, 1991; SPAGNOLO, A., *I comitati etici negli ospedali: sintesi e considerazioni a margine di un recente simposio*, en **Medicina e Morale** (1986-3) 571-572; MARINELLI, M., **Etiche e Comitati di Bioetica**, Brezzo de Bedero, 1991.

Los Comités tienen una función consultiva, no de control o castigo, y un objetivo primario de los mismos es mejorar la calidad de la función sanitaria. En ese sentido y como afirma **D. Gracia**, es un verdadero "*comité de calidad*". Es importante resaltar que la ética tiene la función de aprender a manejar los valores y de incluirlos en los procesos de decisión, ya que esta ponderación de los valores favorece la calidad de la atención sanitaria. La diversidad de los miembros que le componen sirve para la percepción de los matices que son muy importantes en la ponderación de los valores. El estudio de los casos debe partir del análisis, lo más preciso posible, de los hechos clínicos. De ahí la gran importancia de la historia clínica, que debería presentarse con la mejor elaboración posible.

Son bastantes los países que poseen los llamados *Comités Nacionales de Ética*. Con frecuencia dependen de la Jefatura del Estado de la nación y sus directrices no tienen un valor jurídico estrictamente vinculante, pero sus decisiones poseen una gran relevancia. Creemos que es una figura muy válida en el marco de una temática cambiante y en continuo progreso, por lo que no es fácil marcar leyes concluyentes. Estos Comités, a un nivel distinto, tienen una composición multidisciplinar, similar a la de los Comités Hospitalarios. En España no existe un Comité Nacional de Ética, aunque recientemente se ha creado un Comité Asesor del Ministerio de Sanidad, entre cuyas funciones incluye la respuesta a la problemática ética. Nuestro punto de vista personal es que también nuestro país debería tener un Comité Nacional.

VI. La Bioética en España

Como hemos dicho antes, en los estudios de Medicina y dentro de la asignatura de Medicina Legal, se daba un relieve a los temas de Moral o Deontología médicas que, en la España de la postguerra, se impartían con un carácter claramente confesional católico. De esta época existen una serie de publicaciones, entre las que podríamos destacar las del Obispo **Luis Alonso Muñoyerro** y del jesuita **Francisco J. Peiró**[59]. En los años 70 y salvo alguna excepción, la existencia de esa asignatura tenía un relieve muy escaso en las Facultades de Medicina. En las Escuelas de

59. ALONSO MUÑOYERRO, L., **Moral médica de los sacramentos de la Iglesia**, Madrid, 1955; PEIRÓ, F., **Manual de Deontología Médica**, Publicaciones de la Universidad de Madrid, Madrid, 1944.

Enfermería –entonces de ATS y, bastantes de ellas, católicas– sí se desarrollaba el estudio de la Ética Profesional, aunque siempre con un carácter secundario. A partir de la transición democrática, la asignatura de Deontología Médica prácticamente se extinguió. Actualmente se ha introducido en el nuevo plan de estudios de las facultades de Medicina la asignatura optativa de Bioética –con el nuevo nombre. Al mismo tiempo y dentro del *curriculum* de las Escuelas de Enfermería existe la asignatura, con un carácter secundario, de *Ética y Legislación en Enfermería*.

Los centros españoles de Bioética más importantes son los siguientes:

1. **Máster de Bioética**: El Prof. **Diego Gracía**, catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense, inició en 1990 un máster, *magister en Bioética*, por el que han pasado ya un número importante de alumnos. **Gracia** ha continuado en su reflexión dos tradiciones españolas tan importantes como las de **Xavier Zubiri** y **Pedro Laín Entralgo** y, entre sus numerosas publicaciones, debe destacarse su gran libro *Fundamentos de Bioética*, que constituye, a nuestro entender, una de las obras más importantes escritas en el mundo sobre esta temática[60]. Los graduados del Máster han creado su propia asociación y están jugando un papel muy importante en el desarrollo de los Comités de Ética hospitalarios o Asistenciales. La Universidad Autónoma de Barcelona imparte también otro máster, con una especial referencia a los temas jurídicos conexos con la Bioética y en el curso 1996-97 se inició otro más en la Universidad Central de Barcelona. La Universidad Pontificia Comillas de Madrid ha creado su propio máster a partir del curso 1997.

2. **Instituto Borja de Bioética**: fundado por el Dr. **Francesc Abel, sj**, dirigido actualmente por la **Dra. Nueria Terribas**. El Instituto, que constituye el primer centro europeo dedicado a la Bioética, tiene la mejor biblioteca y centro de documentación existente en España y, sin duda, una de las mejores de Europa. Desde hace varios años colabora con la revista de los Hermanos de San Juan de Dios, *Labor Hospitalaria*, habiendo publicado excelentes números monográficos que incluyen con frecuencia la traducción de colaboraciones de autores especialmente estadounidenses. **Abel** ha sido pionero en la creación del primer Comité de Ética Asistencial en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, cuyos orígenes se remontan hasta 1976[61]. Nos parece

60. GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**…
61. Cf. *Comités de Bioética: necesidad, estructura y funcionamiento*…

importante resaltar aquí la importancia de la Orden Hospitalaria en la génesis de los citados Comités y de la revista *Labor Hospitalaria*.

3. **Cátedra de Bioética** de la Universidad Pontificia Comillas Madrid, que dirigimos[62] desde su fundación en 1987. La biblioteca de la Universidad tiene un buen fondo de publicaciones de Bioética. La Cátedra ha publicado ya el décimocuarto volumen de su colección *Dilemas Éticos de la Medicina actual* en la que ha tratado muchos de los más importantes tópicos de Bioética. También y en colaboración con PROMI[63], ha comenzado una nueva colección con el título *Dilemas éticos de la deficiencia mental*. La Cátedra tiene, finalmente, una tercera colección de obras monográficas dedicadas a esta misma temática.

4. **Cátedra de Genoma y Derecho Humano** de la Universidad de Deusto: ha surgido como consecuencia de cuatro grandes simposios, ya publicados, sobre ese gran proyecto de la Genética, financiados por la Fundación BBV. Está al frente el Prof**. Carlos Romeo Casabona**, uno de los mejores especialistas españoles en temas de Bioderecho. Publica una revista, *Revista de Derecho y Genoma Humano,* en castellano, con contribuciones también en inglés.

5. **Centro de Bioética de Galicia**: también ha iniciado en 1995 un máster en Bioética y publica la revista *Cuadernos de Bioética*. Junto a este centro, deben citarse otros, igualmente vinculados al Opus Dei, como el de Andalucía.

6. Finalmente debe citarse el relevante número de publicaciones sobre Bioética proveniente de instancias católicas, entre las que deben citarse las obras de **M. Vidal, F. J. Elizari, E. López Azpitarte, N. Blázquez**[64]...También debe mencionarse la revista *Humanizar* de los Padres Camilos y otras revistas teológicas como *Moralia, Razón y Fe, Proyección*... en las que son frecuentes colaboraciones sobre esta temática. A diferencia de lo que acontece en USA, en donde a partir de los

62. Dirigido desde 2002 por el **Prof**. **Julio Luis Martínez, s.j**. y desde 2004 por el **Prof. Juan Masiá, s.j**. (Nota del ed.)

63. PROMI (Promoción de Minusválidos) es una obra pionera en España en el tema de la atención a las personas con deficiencia mental, que acoge a más de 800 y que se distingue por la normalización de estas personas y por su incorporación a una actividad laboral.

64. Véase, p. ej. VIDAL, M., **Bioética. Estudios de bioética racional**, Madrid, 1989; **Moral de la persona y bioética teológica (Moral de actitudes, II – 1ª parte)**, Madrid, 1991. ELIZARI, F. J., **Bioética**, Madrid, 1991. BLÁZQUEZ, N. y PASTOR, L. M., **Bioética fundamental**, Madrid, 1996; BLÁZQUEZ, N., **Bioética: la nueva ciencia de la vida**, Madrid, 2000.

años 70 se produce un proceso de secularización de la Bioética, anteriormente muy marcada por la obra de teólogos de dicho país, en España la presencia eclesial sigue siendo muy importante en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., *Códigos Deontológicos y normativas ético-jurídicas recientes*, en **Labor Hospitalaria** 18 (1986) n.º 202 (n.º monográfico).

AA. VV., en GAFO, J. (Ed.), **Dilemas éticos de la Medicina actual**, Madrid, 1986.

AA. VV., en GAFO, J. (Ed.), **Fundamentación de la Bioética y manipulación genética**, Madrid, 1988.

AA. VV., *Comités de Bioética: necesidad, estructura y funcionamiento*, en **Labor Hospitalaria** 25 (1993) n.º 229 (n.º monográfico).

AA. VV., **Dalla bioetica ai comitati etici**, Milano, 1988.

AA. VV., en KUHSE, H. y SINGER, P. (Eds.), **Bioethics. An Anthology**, Oxford, 1999.

ABEL, F., *Historia y funciones de los comités de ética asistencial*, en **Labor Hospitalaria** 29 (1997) n.º 244, 110-118.

ABEL, F., **Bioética: orígenes, presente y futuro**, Madrid, 2001.

BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**, Oxford Universiy Press, Nueva York, 1994 (4ª ed.). Traducción española: **Principios de Ética Biomédica**, Madrid, 1987; Barcelona, 1999.

CHADWICK, R. (Ed.), **Encyclopedia of Applied Ethics**, San Diego, Londres…,1998.

DRANE, F. J., **Clinic Bioethics. Theory and Practice in Medical Ethical Decision Making**, Kansas, 1944.

ENGELHARDT, H. T., Jr., **Los fundamentos de la Bioética**, Barcelona, 1995.

ENGELHARDT, H. T., Jr., **The foundations of Christian Bioethics**, Lisse, Abingdon…, 2000.

FERRER, J. J., *Treinta años de bioética en el centenario de "Razón y Fe"*, en **Razón y Fe** 243 (2001) 591-606.

GAFO, J., *Enseñanza de la Ética a los profesionales biomédicos*, en VILARDELL, F. (Coord.).**Ética y Medicina**, Madrid, 1988, 159-175.

GAFO, J., **Diez Palabras clave en Bioética**, Estella (Navarra), 1997.

GAFO, J., **Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994.

GAFO, J., *Veinticinco años de bioética*, en **Razón y Fe** 234 (1996) 401-414.

GAFO, J., *El Convenio Europeo de Bioética*, en **Razón y Fe** 237 (1998) 79-91.

GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**, Madrid, 1989.

GRACIA, D., **Procedimientos de decisión en Ética Clínica**, Madrid, 1991.

GRACIA, D., *Fundamentos de la Ética Clínica*, en **Labor Hospitalaria** 29 (1997) n.º 244, 119-127.

JONSEN, A. R., *The Birth of Bioethics*, en **Hastings Center Report** 23 (1993) n.º 6, s. 1-4.

JONSEN A. R., **The Birth of Bioethics**, Oxford/NewYork, 1998.

JONSEN, A., SIEGLER, M. y WINSLADE, J., **Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine**, Nueva York, 1986.

LAÍN ENTRALGO, P., **La relación médico-enfermo. Historia y teoría**, Madrid, 1983.

MARINELLI, M., **Etiche e Comitati di Bioetica**, Brezzo de Bedero, 1991.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 1977.

POTTER, V. R., **Global Bioethics**: **Building on the Leopold Legacy**, East Lansing, 1988.

POTTER, V. R., **Bioethics: Bridge to the Future**, Englewood Cliffs (N. J.), 1971.

PRIVITERA, S., **L'Etica nei comitati di bioetica**, Palermo, 1991.

REICH, W. T. (Ed.), **Encyclopedia of Bioethics**, Nueva York-Londres, 1978 (revisada y reeditada con mayor amplitud, por el mismo Reich, en 1995).

REICH, W. T., *The Word Bioethics: Its Birth and the Legacies of Those Who Shaped It*, en **Kennedy Institute of Ethics Journal** 4 (1994) n.º 4, 319-335.

REICH, W. T., *The Word 'Bioethics': The Struggle Over Its Earliest Meanings* en **Kennedy Institute of Ethics Journa**l 5 (1995) n.º 1, 20.

REICH, W. T., *Il termine "Bioetica": nascita, provenienza e forza*, en RUSSO G. (Ed.), **Storia della bioetica**, **Le origini, il significato, le istituzioni**, Roma, 1995, 157-206.

RUSSO, G., **Fondamenti di metabioetica cattolica**, Roma, 1993, 13-39.

RUSSO, G., **Bioetica fondamentale e generale**, Torino, 1995

RUSSO, G., *Storia della bioetica dalle origini ad oggi*, en RUSSO G. (Ed.), **Storia della Bioetica**. **Le origini**, **il significato**, **le istituzioni**, Roma, 1995, 7-99

SGRECCIA, E., **Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica**, Milano, 1994**; II. Aspetti medico-sociali**, Milano,1991.

SPAGNOLO, A., *I comitati etici negli ospedali: sintesi e considerazioni a margine di un recente simposio*, en **Medicina e Morale** (1986-3) 571-572.

CAPÍTULO SEGUNDO

FUNDAMENTACIÓN DE LA BIOÉTICA[1]

I. LA GÉNESIS DE LOS PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

En 1974 se crea en USA la llamada *Comisión Nacional*[2] para el estudio de los dilemas éticos relacionados con la experimentación en seres humanos. El nacimiento de esta Comisión respondía a la urgente necesidad de dar una respuesta ética ante el escándalo originado por el conocimiento de la realización de experimentos en humanos que eran éticamente objetables, al mismo tiempo que se pretendía abordar los dilemas suscitados como consecuencia de los grandes avances biomédicos. En el fondo, como afirma **D. Gracia,** se buscaba un equilibrio entre el código único y el múltiple, "intentando respetar las conciencias individuales y a la vez estableciendo algunos principios o criterios objetivos"[3] respetables en una sociedad plural. Al crearse esta Comisión no sólo se intentó que tuviese un carácter interdisciplinar –o mejor transdisciplinar– sino que estuviesen representadas personas

1. Para la elaboración de este capítulo me han servido de extraordinaria ayuda las aportaciones de JORGE JOSÉ FERRER en el Máster de Bioética de la Universidad Pontificia Comillas, que han sido publicadas en forma de apuntes: **Introducción a los paradigmas teóricos en Bioética**, Madrid, 1999. Cf. FERRER, J. J. y ÁLVAREZ, J. C., **Para fundamentar la Bioética**, Madrid, 2003. En prensa.

2. NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 1979.

3. GRACIA, D., *Principios y metodología de la Bioética*, en **Quaderns Caps** nº 19 (1991) 9.

procedentes de distintos credos o cosmovisiones dentro de una sociedad tan plural como la estadounidense.

Surgió así el *Informe Belmont*[4], que afirmó unas directrices éticas para el tema concreto de los ensayos clínicos en seres humanos, pero que, al mismo tiempo, delineó unos principios éticos operativos para abordar otros temas concretos de Bioética. En efecto, se constató que, en la base de las respuestas éticas, subyacían tres principios éticos, que forman parte de nuestra herencia cultural y que tienen su aplicación en otros ámbitos de la vida social: los principios de beneficencia, autonomía y justicia. Hoy ya es un tópico en las publicaciones de Bioética hacer referencia a los principios fundamentales de esta disciplina.

El *Informe Belmont* significó un verdadero espaldarazo a la incipiente Bioética y marcó un nuevo estilo en los enfoques metodológicos de esta disciplina. Los problemas de Bioética ya no se analizan de acuerdo con los códigos deontológicos, sino en torno a esos principios y a partir de procedimientos derivados de ellos. Se había llegado a la aceptación de tres principios éticos y a la convicción de que "unos principios éticos más amplios deberían proveer las bases sobre las que formular, criticar e interpretar algunas reglas específicas"[5]. La función de tales principios era la de "servir de ayuda a científicos, sujetos de experimentación, evaluadores y ciudadanos interesados en comprender los conceptos éticos inherentes a la investigación con seres humanos"[6].

La *Comisión Nacional* identificó tres principios generales fundamentales: respeto por las personas, beneficencia y justicia[7]. Según el *Informe Belmont*, el principio de respeto a las personas se apoya en dos convicciones morales fundamentales: 1) Se debe tratar a las personas como agentes autónomos y 2) se deben tutelar los derechos de las personas cuya autonomía está disminuida o comprometida. De estas convicciones se desprendería, siempre según el *Informe*, dos obligaciones morales: a) el reconocimiento de la autonomía ajena y b) la protección de las personas cuya autonomía está comprometida. Este reconocimiento del principio de autonomía ajena implica que las opciones de las personas autónomas sean respetadas, siempre y cuando no lesionen la autono-

4. Cf. Informe Belmont, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el volumen **Ensayos Clínicos en España (1982-1988**), Madrid, 1990, Anexo 4.

5. GRACIA, D., **Procedimientos de decisión en Ética Clínica**, Madrid, 1991, 31-33.

6. **Ib**., pp. 31-32.

7. Es interesante el relato de **Jonsen** sobre cómo se llegó a los tres principios. Cf. JONSEN A. R., **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford, 1998, pp. 103-104.

mía y los derechos de terceras personas. El segundo principio, el de beneficencia, incluye también la obligación de no hacer el mal (la no-maleficencia). Finalmente, el tercer principio, el de justicia, se entiende desde la perspectiva de la justicia distributiva.

El *Informe Belmont* fue aprobado en 1978 y publicado en 1979. En este año 1979 surge una obra en que se van a articular esos principios enunciados por la *Comisión Nacional* y que será extraordinariamente importante en el ulterior desarrollo de la Bioética: la de **Tom L. Beauchamp** y **James F. Childress**, *Principles of Biomedical Ethics*[8] Se ha dicho que sin esta obra, y el modelo que en ella se propone, no se puede entender la historia de la reciente bioética. De esta obra ha surgido una primera teoría ética, cuyos máximos representantes son los autores citados, aunque no los únicos. Se trata del *principialismo* (en inglés, *principlism*) que confiere a unos principios generales un lugar central en la aproximación a los problemas bioéticos y que constituyen como la fuente y fundamento de otras normas más específicas[9].

II. El principialismo

Como acabamos de indicar, la propuesta filosófica de **Beauchamp** y **Childress** se inspira en el *Informe Belmont*, desarrollando y profundizando su intuición fundamental y ampliando el campo de acción de los principios, que ya no se limitan al ámbito de la investigación en humanos, que era el objetivo de la *Comisión Nacional*, sino a toda la actividad biomédica. De estos autores procede la articulación de los ya famosos principios de Bioética que pasamos a estudiar de forma pormenorizada.

---

8. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., **Principles of Biomedical Ethics**, Nueva York/Oxford, 1994, 4.ª ed. (Debe subrayarse que las sucesivas ediciones, 1979, 1983, 1989, 1994 son ediciones nuevas, en las que se toman en cuenta las críticas planteadas al modelo, y no son, por tanto, meras reimpresiones). La traducción española de la 4.ª edición de 1994 se titula **Principios de Ética Biomédica**, Barcelona, 1999 (2.ª ed.).

9. Sobre el principialismo existe una abundante bibliografía crítica: DUBOSE, E. R., HAMEL, R. y O'CONNELL, L. J. (Eds.), **A Matter of Principles? Ferment in U. S. Bioethics**, Valley Farge (PA), 1994. También es útil el fascículo de septiembre de 1995 (Vol. 5, nº 3) del **Kennedy Institute of Ethics Journal**, que lleva por título: *Theories and Methods in Bioethics: Principlism and Its Critics*. Veáse también los artículos de CLOUSER, K. D. y GERT, B., *A Critique of Priciplism*, en **The Journal of Medicine and Philosophy** 15 (1990) 219-236; GREEN, R., *Methods in Bioethics*, en **Ib**., pp. 179-197; JONSEN, A. R., *Of Balloons and Bicycles, or the Relationship Between Ethical Theory and Practical Judgment*, en **Hastings Center Report** 21 (1991) nº 5, 14-16.

1. Principio de autonomía

El *Informe Belmont* parte de una concepción del ser humano como ente autónomo: "individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación". Por ello, añadirá que "respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para ello". Por tanto, entiende la autonomía en su sentido concreto: como la "capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa"[10], y no se trata del concepto kantiano, el hombre como autolegislador, sino en su sentido más empírico: lo que se haga con el paciente deberá pasar siempre por el trámite del respeto de su decisión. El respeto por la autonomía juega un papel central en la teoría de **Beauchamp** y **Childress**, así como en la bioética contemporánea en el contexto de la toma de decisiones en el ámbito biomédico.

Para que una persona pueda actuar de forma autónoma, se exigen tres condiciones básicas: que el agente moral actúe a) intencionalmente; b) con comprensión del significado de su acción; y c) sin influencias externas que determinen o controlen su acción. Mientras que la intencionalidad no admite grados, la comprensión y la libertad de controles externos sí los admiten. Por tanto, podemos afirmar que existen diversos grados de autonomía en las acciones humanas. Éstas pueden ser más o menos autónomas. Ciertamente, no es fácil determinar en qué consiste una "comprensión substancial" o una "libertad substancial de controles externos", pero es posible establecer ciertos "umbrales" (*thresholds*) razonables que permitan hablar de autonomía en las decisiones.

Por otra parte, no es lo mismo ser autónomo que ser respetado como un sujeto autónomo –que es lo que está especialmente en juego en el principio bioético de autonomía. El respeto por la autonomía exige que se reconozca: a) el derecho de la persona que es capaz de decidir autónomamente a tener sus propios puntos de vista; b) a hacer sus propias opciones y c) a obrar en conformidad con sus valores y creencias.

---

10. Cf. GRACIA, D., **Procedimientos de decisión en Ética**... p. 32.

Expresado negativamente, el principio de respeto por las personas y su autonomía exige que las acciones autónomas de las personas no sean sometidas por otras a controles externos que las limiten o las impidan. Se trata de un principio *prima facie*, es decir, que obliga "en principio" o "en igualdad de condiciones", pero que puede ser limitado por otras consideraciones morales en situaciones de conflicto. Es claro que se puede limitar la autonomía, cuando entra en conflicto con otros valores éticos o con la autonomía de otras personas, ya que aquélla no constituye el único valor o principio a tener en cuenta.

Este principio es el que está en la base del nuevo marco de relación entre los profesionales de la salud y los pacientes en las *Cartas de Derechos de los Enfermo*s, a las que ya hemos aludido anteriormente en el capítulo dedicado a la historia de la Bioética. Por debajo del concepto de *consentimiento informado*, central en estas *Cartas*, está el reconocimiento de la autonomía, de la capacidad de decisión del paciente[11]. Últimamente lo que subraya el principio de autonomía es el respeto a la persona, a sus propias convicciones, opciones y elecciones, que deben ser protegidas, incluso de forma especial, por el hecho de estar enferma. Significa la superación de esa inclinación a convertir al paciente en un menor de edad, al que se tendía a mantener sistemáticamente al margen de algo que a nadie afecta más que a él mismo.

Podemos decir que el *consentimiento informado* es la primera concreción del respeto hacia la autonomía y la capacidad de decisión de toda persona autónoma. En la Bioética estadounidense se da un fortísimo relieve a este principio ético, sin duda como consecuencia de las características de la cultura de aquel país y, así, en las inevitables tensiones con el principio de beneficencia, se tiende a dar más relieve a la autonomía del enfermo. Un ejemplo paradigmático de esta tensión sería el conflicto entre la tendencia de los profesionales sanitarios a hacer una transfusión sanguínea a un testigo de Jehová –principio de beneficencia– y el respeto a la persona cuyas convicciones religiosas le impiden aceptar dicha transfusión –principio de autonomía[12].

El principio de autonomía no aparecía de ninguna forma en el *Juramento de Hipócrates* y apenas fue recogido en los *Códigos Deontológicos*, salvo en los recientes. Tampoco hay nada en la *Declaración de Ginebra* que refleje la consideración de este principio. Por ello es evidente que la

11. Cf. GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética, Madrid, 1989,** 121-197.

12. GRACIA, D., *Los derechos de los enfermos*, en GAFO, J. (Ed.), **Dilemas éticos de la Medicina actual**, Madrid, 1986, 66-69.

línea ética hipocrática tenía una mínima sensibilidad hacia la autonomía del enfermo. Se centraba en las exigencias éticas que el médico estaba llamado a realizar, pero sin subrayar, como contrapartida, la existencia de unos derechos por parte del enfermo que los profesionales de la salud debían respetar. Precisamente, la primera *Carta de Derechos de los Enfermos* repite continuamente, como expresión de un nuevo marco de relación sanitaria, la frase: "El enfermo tiene derecho...". Se trata de unos derechos que reflejan y expresan la autonomía del enfermo y el respeto debido a sus opciones.

El pensamiento filosófico moderno ha incorporado la autonomía como una noción fundamental en la antropología y en la ética. De ahí surge el principio de autonomía que puede formularse como "todo hombre merece ser respetado en las decisiones no perjudiciales a otros". **H. T. Engelhardt** afirma que el principio de autonomía considera que la autoridad para las acciones que implican a otros se deriva del mutuo consentimiento que involucra a los implicados. Como consecuencia de ello, sin ese consentimiento no hay autoridad para hacer algo sin tener en cuenta al otro. Las acciones que se hacen en contra de tal autoridad son culpables ya que violan la decisión del otro y, por tanto, son punibles. **Engelhardt** llega a la formulación: "no hagas a otros lo que ellos no harían a sí mismos y haz por ellos lo que te has puesto de acuerdo mutuamente en hacer"[13]. De este principio surge la obligación social de proteger a los individuos para que puedan expresar su consentimiento, antes de que se tomen acciones contra ellos, y de proteger a los débiles, a los que no pueden consentir por ellos mismos.

2. Principios de no-maleficencia y beneficencia

Tanto el principio de no-maleficencia, como el de beneficencia, sí están presentes en el *Juramento de Hipócrates* y han sido centrales en la Ética Médica clásica. El *Juramento* contiene, por una parte, el llamado principio de no-maleficencia, que empalma con un principio ético, enunciado en latín y cuyo origen no es claro, el *primum non nocere*, "ante todo, no hacer daño"[14]. **Beauchamp** y **Childress**[15], matizando al *Informe*

13. ENGELHARDT, H. T., Jr., **Los fundamentos de la Bioética**, Barcelona, 1995, 138.
14. Ver GRACIA, D., **Primum non nocere: El principio de no-maleficencia como fundamento de la Ética médica** (Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina), Madrid, 1990.
15. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., **Principios de Ética**…p. 180.

Belmont, consideran que el principio de no-maleficencia es un principio independiente del de beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio e imperativo que el que exige promover el bien del enfermo –y lo formulan como "no se debe causar daño o mal"[16]. El *Informe Belmont* no distinguía claramente entre beneficencia y no-maleficencia y se concretaba en dos normas: la de no hacer daño y la de extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

El principio de no-maleficencia es la exigencia ética primaria de que el médico no utilice sus conocimientos o su situación privilegiada en relación con el enfermo para infligirle daño. Lo expresa el *Juramento de Hipócrates*, al afirmar: "Del daño y la injusticia le preservaré. No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia"; "absteniéndome de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres, ya mujeres, esclavos o libres"; "lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callará teniéndolo por secreto". El *Juramento* recoge la obligación de no hacer daño, junto a la de hacer el bien: "Haré uso del régimen de vida para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender. Del daño y de la injusticia le preservaré"[17].

El principio de no-maleficencia es más general y obligatorio que el de beneficencia: pueden darse situaciones en que un médico no esté obligado a tratar a un enfermo, pero sí lo estará a no causarle positivamente daño alguno. De este principio se derivan para el médico normas como "no matar", "no causar dolor", "no incapacitar (ni física, ni mentalmente)", "no impedir placer". Afirma *la obligación de no hacer daño intencionalmente*. Este principio es, sin duda, básico en la vida moral y ya lo recogía la tradición cristiana medieval en su "haz el bien y evita el mal", como principio básico o primario de la ley natural.

Beauchamp y **Childress** distinguen, por tanto, el principio de no-maleficencia del principio de beneficencia. Las obligaciones negativas del principio de no-maleficencia, que nos prohíbe hacer daño, son claramente distintas de las obligaciones positivas que nos impone el principio de beneficencia (por ejemplo, comparte tus bienes con el necesitado). Estos autores sostienen que las obligaciones de no-maleficencia

16. **Ib**., p. 181.
17. La traducción citada del Juramento de Hipócrates está tomada de GRACIA, D., **Fundamentos**…p. 46.

vinculan con mayor fuerza que las obligaciones de beneficencia. La forma lógica de las obligaciones de no-maleficencia sería: *"No hagas X"*. Se trataría siempre de prescripciones negativas, que prohíben una determinada acción o conducta.

El principio de beneficencia –en su sentido etimológico de "hacer el bien"– está incluido en el *Juramento de Hipócrates*, tanto en las obligaciones del médico hacia sus maestros y familiares, como, sobre todo, en su exigencia de que "al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos". La antes citada *Declaración de Ginebra* (1948) sintetiza de forma lapidaria este principio tradicional de la praxis médica al afirmar que "la salud de mi paciente será mi primera preocupación".

La vida moral va ciertamente más allá de las exigencias del respeto a la autonomía ajena y de la no-maleficencia. En efecto, además de respetar a los demás en sus decisiones autónomas y de abstenernos de hacerles daño, la moralidad también postula que contribuyamos a su bienestar. En ese sentido, el principio de beneficencia exige que realicemos actos positivos para promover el bien y la realización de los demás.

Sin embargo, la vida moral es compleja, ya que los beneficios no suelen darse en forma "químicamente pura". Generalmente la acción beneficente conlleva también costes y riesgos. Por eso, **Beauchamp** y **Childress** opinan que es indispensable tener, junto al principio de beneficencia positiva, otro principio que nos ayude a la hora de poner en la balanza los costes y los beneficios: el principio de utilidad, no entendido en el sentido de la tradición utilitarista, sino como la ponderación de los beneficios e inconvenientes que surgen de una determinada acción.

Algunos autores sostienen que no existen obligaciones de beneficencia en sentido estricto, por lo que la beneficencia sería un ideal moral, pero nunca una genuina obligación. **Beauchamp** y **Childress** señalan, en primer lugar, que, aunque no hubiese acciones beneficentes obligatorias, la beneficencia ocuparía un puesto de honor en la vida moral. Sin embargo, salta a la vista que normalmente no estamos obligados a realizar actos heroicos, aunque sean muy beneficiosos para los demás, y que no se puede actuar continuamente haciendo el bien. En todo caso, afirman la obligatoriedad de algunas acciones de beneficencia. Citan en concreto[18]:

18. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J., **Principios de Ética**... p. 248.

1. Proteger y defender los derechos de otros;
2. Prevenir que suceda algún daño a otros;
3. Suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros;
4. Ayudar a las personas con discapacidades;
5. Rescatar a las personas en peligro.

En una comparación entre los dos principios, debe subrayarse que las normas morales basadas en el principio de no-maleficencia: a) son prohibiciones negativas; b) se deben obedecer imparcialmente; c) pueden dar pie para establecer prohibiciones sancionadas por la ley. Por el contrario, las obligaciones de beneficencia: a) imponen acciones positivas; b) no siempre exigen una obediencia imparcial; c) en pocas ocasiones dan pie para el establecimiento de obligaciones sancionadas por la ley. Las obligaciones de no-maleficencia prohíben hacer el mal universalmente, no podemos dañar a nadie. Se trata de obligaciones perfectas, que exigen un cumplimiento imparcial y que obliga con respecto a cualquier persona. Sin embargo, la beneficencia permite que se favorezca a las personas con las que se tiene una relación especial. Expresado de otra forma, las obligaciones de beneficencia son *imperfectas* –las que uno se puede exigir a sí mismo, sin que los demás me las puedan reclamar– mientras que las de no-maleficencia son *perfectas*, ya que son estrictamente exigibles.

Por otra parte, el que las obligaciones de beneficencia sean imperfectas y usualmente no tengan suficiente fuerza para dar fundamento a una exigencia legal, no significa que sean meros ideales morales: son verdaderas obligaciones morales, que podrían llegar a sobrepasar obligaciones basadas en el principio de no maleficencia. Por ejemplo, si el infligir un pequeño mal a un número reducido de personas es el coste para la consecución de un gran bien social, tal como ocurren en algunas campañas de vacunación obligatoria de niños.

El principio de beneficencia puede concretarse de la siguiente forma: Cuando no existen relaciones particulares (contratos, deberes profesionales, amistad, relaciones familiares...), una persona (**X**) tiene una obligación determinada de beneficencia hacia una persona (**Y**) si y sólo si se cumplen cada una de las siguientes condiciones (admitiendo que **X** es consciente de los hechos relevantes)[19]:

19. **Ib**., pp. 251-252.

- **Y** está expuesto al riesgo de una pérdida significativa o de un perjuicio para su vida o su salud o para algún otro interés principal.
- La acción de **X** es necesaria (sola o junto a otras) para prevenir esta pérdida o perjuicio.
- La acción de **X** (sola o junto a otras) tiene una alta probabilidad de prevenirlo.
- La acción de **X** no representará riesgos, costes o cargas significativas para **X**.
- El beneficio que **Y** puede esperar obtener supera cualquier perjuicio, coste o carga en la que es probable que incurra **X**.

Beauchamp y **Childress** sostienen que cuando se dan estas cinco condiciones, todas y cada una de ellas, existe una obligación de beneficencia, aun en ausencia de relaciones particulares (es decir, aun cuando no existan obligaciones de *beneficencia específica*, como acontece, por ejemplo, en los entornos familiares). En consecuencia, más allá de los riesgos considerados mínimos para **X**, se tratará de una acción virtuosa, que supera el campo de la obligación. Se trataría de ser "samaritano mínimamente decente", y no "el buen samaritano"[20]. Por tanto, para que el principio de beneficencia sea obligatorio debe haber un cálculo de costes y beneficios. Ciertamente este cálculo es sumamente complejo y no es fácil evaluar y diversificar esa ponderación.

Por otra parte, el principio de beneficencia ha jugado un papel fundamental en el rol del médico dentro de nuestra cultura. Se ha asociado tradicionalmente la figura del médico a la del sacerdote[21]. Se ha exigido del médico que ponga sus conocimientos, la ciencia adquirida, sus valores éticos y su dedicación al servicio del enfermo. Ésa es su misión en la sociedad: la de "hacer el bien" al enfermo por medio de la ciencia médica. Ése es el *ethos* de una profesión, a la que se le ha dado con mucha frecuencia un fuerte componente vocacional[22]. Incluso el profesional de la salud debe estar dispuesto a asumir riesgos para luchar contra la enfermedad –un tema que ha adquirido una gran actualidad en relación con la irrupción del virus del SIDA y que abordaremos más adelante en el capítulo dedicado a este tema.

---

20. **Ib.**, p. 257.
21. GRACIA, D., **Fundamentos** ... pp. 41-45.
22. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **For the Patient`s Good: The Restoration of Beneficence in Health Care**, Nueva York/Oxford, 1988; PELLEGRINO, E. D., *Toward an Expanded Medical Ethics: The Hippocratic Ethics Revisited*, en BULGER, R. J. (Ed.), **Hippocrates Revisited: A Search for Meaning**, Nueva York, 1973.

Sin embargo y especialmente en el ámbito estadounidense, pesa hoy una especial sospecha sobre el principio de beneficencia por su inherente componente de "paternalismo", que lleva a convertir al enfermo en un menor de edad. La gran crítica contra el principio de beneficencia es ese peligro de paternalismo: que se aplique sin consentimiento del enfermo, sin que éste decida aceptar el bien que se le quiere hacer como bien suyo, que se actúe incluso en contra de su voluntad. Por eso se habla hoy del principio de beneficencia de nivel 2, es decir, que tenga en cuenta la autonomía del enfermo, ya que actuar "beneficentemente", sin tener en cuenta cuál es la opción del paciente, es verdaderamente realizar una acción maleficente para éste.

Pero también es claro que en los dilemas médicos está siempre implicado este principio básico: la exigencia ética de hacer el bien y de que los profesionales de la salud pongan sus conocimientos, su capacidad de relación humana, su humanidad, al servicio de la persona que vive el trance siempre doloroso y angustioso de la enfermedad.

Algunos autores consideran, no obstante y como indicamos anteriormente, que este principio es, ante todo, una actitud ideal, de perfección. Afirman que no es obligatorio hacer el bien y que no es lo mismo justificar que hacer el bien es moralmente correcto que afirmar que es obligatorio.

3. El principio de justicia[23]

Es el tercer principio formulado por el *Informe Belmont*, que lo entiende desde la *justicia distributiva*. En el ámbito biomédico la dimensión –o "especie"– de la justicia que nos interesa más es la *justicia distributiva*, que se refiere, en sentido amplio, a la distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades o cargas entre los miembros de la sociedad. Para determinar si la distribución de cargas y beneficios es justa, es preciso recurrir a criterios de justicia que nos puedan guiar en esa distribución. Los criterios de justicia pueden ser formales o materiales.

El concepto de justicia, tradicionalmente atribuido a Aristóteles, se formula así: *casos iguales se deben tratar igualmente y* casos *desiguales se deben tratar desigualmente*. Para definir este principio de la Bioética se ha acudido también a la vieja definición del jurista romano **Ulpiano** del siglo III, recogida por Justiniano: *Justitia est constans et perpetua voluntas*

23. Cf. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J., **Principios de Ética**... pp. 311-378.

ius suum cuique tribuens, "dar a cada uno su derecho"[24]. Estamos ante un principio formal ya que carece de contenidos concretos. No nos indica desde qué punto de vista los casos son o deben ser iguales, ni nos da criterios para determinar la igualdad. Simplemente nos dice que las personas que sean iguales en cuanto a las características o circunstancias relevantes en la situación, deben recibir un trato igual. El problema obvio con este criterio es su falta de contenido concreto. Por eso. es insuficiente por sí solo. Para poder asegurarnos que estamos obrando en conformidad con las exigencias de la justicia distributiva necesitamos contar con *principios materiales de justicia distributiva.*

Beauchamp y **Childress** citan algunos principios materiales de justicia distributiva que se encuentran en la literatura ética[25]:

- A cada persona una parte igual.
- A cada persona de acuerdo con la necesidad.
- A cada persona de acuerdo con el esfuerzo.
- A cada persona de acuerdo con la contribución.
- A cada persona de acuerdo con el mérito.
- A cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado.

Beauchamp y **Childress** piensan que sería plausible defender que cada uno de estos principios materiales recoge una obligación *prima facie,* cuya fuerza vinculante no puede valorarse adecuadamente sin tomar en cuenta las circunstancias particulares o la esfera de la vida en la que el principio se va a aplicar.

Los criterios materiales son necesarios porque identifican las propiedades o características relevantes para tener derecho a participar en una determinada distribución de beneficios o de responsabilidades (o cargas). Al menos, está claro que cualquier distribución de beneficios o de cargas sería injusta si hace distinciones entre personas o clases de personas que son iguales en cuanto a las características que se han determinado como relevantes para la situación en cuestión. También sería injusto dejar de hacer las distinciones de rigor cuando se presenta la desigualdad respecto a las propiedades relevantes, es decir cuando casos desiguales no reciben un trato desigual.

En una formulación especialmente significativa en el ámbito biomédico, se ha definido el principio de justicia como: "casos iguales requie-

24. Cf. GRACIA, D., **Fundamentos**… p. 285.
25. Cf. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J., **Principios de Ética**… p. 315.

ren tratamientos iguales", sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la asistencia sanitaria, basadas en criterios económicos, sociales, raciales, religiosos...[26] Se ha propuesto, como modelo de aplicación del principio de justicia, la teoría sobre "el observador ideal": se trataría de un personaje imaginario que, ante un caso concreto, por ejemplo, a quién se debe elegir dentro de dos potenciales candidatos a un trasplante cardíaco, fuese *omnisciente* –que conociese todos los datos; *omnipercipiente*– capaz de percibir todos los aspectos personales implicados; *desinteresado* –que no actuase por móviles egoístas o interesados; y *desapasionado* (*imparcial*)– que aunque empatice con la situación de las personas afectadas, sin embargo esta implicación no le debe condicionar[27]. Es una figura que puede ser válida en casos como en el ejemplo antes citado. Salta a la vista la importante relación del principio de justicia con la problemática que surge de la distribución de los recursos sanitarios: por ejemplo, ¿qué preferencia debe darse a los afectados por el SIDA, cuando el tratamiento, primero con *AZT* y posteriormente con la llamada *terapia triple*, es sumamente costoso?

El principio de justicia está en alguna forma insinuado en el *Juramento de Hipócrates* al rechazar la seducción de "libres y esclavos" y sí se encuentra claramente presente en la *Declaración de Ginebra* al afirmar: "No permitiré consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o categoría social para mediar entre mi deber y mi paciente".

El *Informe Belmont*, como ya vimos, definía este principio como "imparcialidad en la distribución" de los riesgos y beneficios. El problema surge de la consideración sobre "quiénes son iguales", ya que entre los hombres hay diferencias de todo tipo. Sin embargo, existen unos niveles en que todos deben ser considerados iguales, de tal forma que las diferencias son injustas. Al mismo tiempo, de los tres principios siguen procedimientos prácticos: la beneficencia lleva a una evaluación de los beneficios y riesgos; la autonomía conduce a la percepción de si existe un verdadero consentimiento informado; la justicia lleva a una selección equitativa de los sujetos.

Indiscutiblemente, la aceptación común de estos principios éticos –algunos añaden además los de honestidad y eficiencia– no significa

26. Cf. GRACIA, D., **Fundamentos** ... pp. 285-293.

27. Ver FIRTH, R., *Ethical Absolutism and Ideal Observer*, en **Philosophy and Phenomenological Research** 12 (1952) 331-341; BRANDT, R. B., **A theory of the Good and the Right**, Oxford, 1979; RAWLS, J. A., **Teoría de la justicia**, México D.F./ Madrid/ Buenos Aires, 1979, 214-217.

que las respuestas éticas ante la problemática bioética sean coincidentes. Lógicamente, los citados principios, como ya hemos indicado, entran en conflicto y siempre surgirá el interrogante de cuál de ellos debe ser privilegiado –en donde va a tener un influjo significativo la propia cultura. La Bioética estadounidense tiende a dar un mayor relieve al principio de autonomía sobre el de beneficencia, al revés de lo que puede suceder en el mundo latino, menos sensible hacia la libertad, la privacidad y la confidencialidad de las personas afectadas. Pero, en todo caso, se ha adquirido la convicción, basada en la experiencia de los últimos 30 años, de que es posible el diálogo y hablar un lenguaje común al abordar la compleja problemática de la Bioética, y que se puede percibir en dónde se sitúan los puntos de discrepancia.

4. Valoración del principialismo

1. Al finalizar sus sesiones la *Comisión Nacional*, fue creada una nueva Comisión, la *Presidencial*, cuyos miembros intentaron inicialmente ponerse de acuerdo sobre los principios éticos que iban a aplicarse para responder a los dilemas concretos y en cómo fundamentar esos mismos principios. Este intento llevó a un *impasse*, a una imposibilidad de encontrar un acuerdo. El buen sentido pragmático estadounidense impulsó a los miembros de la Comisión Presidencial a dejar de lado esta problemática básica para centrarse en los temas concretos para los que se les pedía una respuesta[28]. Esta forma de actuar se mostró operativa y permitió marcar una serie de directrices éticas que eran aplicables y daban respuesta a los complejos problemas que debía abordar la Comisión.

Más aún, el bioeticista americano **J. Drane** ha llegado a afirmar que "la Bioética salvó a la Ética" en USA, ya que los especialistas estaban implicados en el estudio de las características formales de los principios éticos, sin dar respuesta a los problemas candentes que urgían a la sociedad estadounidense (la guerra del Vietnam, los conflictos raciales, los movimientos contraculturales de los *campus* universitarios...). En ese sentido, la Bioética hizo que la reflexión ética tuviese que descender al terreno concreto de una problemática que no permitía dilaciones y a la que debía darse una respuesta concreta[29].

---

28. Cf. DRANE, J. F., *La Bioética en una sociedad pluralista. La experiencia americana y su influjo en España*, en GAFO, J. (Ed.), **Fundamentación de la Bioética y manipulación genética**, Madrid, 1988, 96-98.

29. DRANE, J. F., *La Bioética en una sociedad pluralista*... pp. 88-89.

2. ¿Es posible una jerarquización entre estos cuatro principios? Coincidiendo con **D. Gracia**[30] consideramos que los de justicia y no maleficencia tienen un rango superior, ya que el primero exige que todo ser humano sea tratado en su dignidad personal, como fin y no como mero medio, de tal forma que no sea discriminado por razones como las económicas, raciales, religiosas... Y el de no-maleficencia exige un respeto a los bienes y valores de la persona, a la que no se le puede infligir daño. En un segundo nivel habría que situar los de autonomía y beneficencia, como subordinados, en un cierto grado, a los anteriores. Los dos primeros principios se sitúan al nivel de una "ética de mínimos" que debe respetar toda sociedad y que tienen siempre sus repercusiones jurídicas[31].

3. Ciertamente sigue en pie el tema de cómo se fundamentan en último término estos principios básicos de la Bioética. La tradición filosófica y jurídica estadounidense ha sido más pragmática, mientras que la europea ha sido más sensible a la fundamentación de los principios éticos y a la reflexión sobre la jerarquía existente entre los mismos. Probablemente nunca habrá unanimidad en los intentos de fundamentación desde las diferentes teorías o modelos éticos. Es importante subrayar que, si se analizan los contenidos de la *Declaración de los Derechos Humanos*, se percibe cómo en el fondo de los derechos, reconocidos a toda persona, subyacen el citado principio de beneficencia y, sobre todo, los de no-maleficencia, autonomía y justicia. Son los mismos principios éticos que rigen la vida social y sobre los que se considera que únicamente puede construirse una sociedad humana y armónica. Son también los mismos principios que sirven de guía y de faro ante la muy compleja problemática suscitada por el impresionante desarrollo de las ciencias biomédicas.

4. Coincidimos con **J. Ferrer** al afirmar que "los principios enunciados por estos autores son irrenunciables, hoy por hoy, para la reflexión bioética"[32]. Lo que han hecho **Beauchamp** y **Childress** ha sido recoger en una propuesta coherente los principios reconocidos y formulados desde antiguo por las tradiciones filosófica y teológica de Occidente. La afirmación de los cuatro principios es, hoy por hoy, irrenunciable porque son los valores más sólidos y generales, con un amplio consenso social, para fundar el edificio de una teoría ética. Por otra parte, el principialismo no excluye, sino que incluso exige, que se complemente con

30. Cf. GRACIA, D., **Primum non nocere**…pp. 81-82.
31. GRACIA, D., *Principios y metodología*... pp. 15-16.
32. FERRER, J., **Introducción a los paradigmas**...

otras teorías éticas de las que hablaremos enseguida. Se trata de una posición que puede calificarse como "deontologismo moderado" o una mezcla de deontologismo y utilitarismo, o un "utilitarismo mitigado".

III. Otras teorías éticas

El tema que estamos desarrollando es extraordinariamente amplio y complejo. Presentarlo en toda su complejidad desborda los límites de esta publicación. Nos hemos centrado en el principialismo, por ser la teoría ética que posee una mayor aceptación y cuya aportación se ha hecho imprescindible en los actuales debates de Bioética. Además, es compatible con otras teorías que han surgido en estos años y que pueden complementar las limitaciones inherentes a la postura de **Beauchamp** y **Childress**. Lo que nos proponemos en este apartado es hacer una breve síntesis de las más importantes.

1. El casuismo

Esta teoría ética[33], que ha sido propuesta dentro de la Bioética, cuenta con una amplia historia dentro de la tradición católica. El casuismo ha surgido, paradójicamente y como ya dijimos, cuando esa tradición estaba siendo abandonada en los estudios de teología. La casuística, como paradigma o modelo de razonamiento moral, floreció a partir del siglo XVI, en una época de cambios radicales, en que se descubren mundos y pueblos nuevos, la economía evoluciona de forma muy importante y se rompe la unidad religiosa de la sociedad medieval... Aunque el fuerte énfasis en el estudio de casos tuvo consecuencias negativas sobre la teología moral, sin embargo aportó, como subraya **Keenan**, un elemento positivo: *la atención al caso particular* y a las circunstancias concretas de cada situación[34].

---

33. La teoría ética del casuismo la exponen JONSEN A. R. y TOULMIN S., **The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning**, Berkeley, 1988. Ver también FLETCHER, J. C., MILLER, F. G. y SPENCER, E. M., *A Case Method in Planning for the Care of Patients*, en FLETCHER, J. C. et al. (Eds.), **Introduction to Clinical Ethics**, Frederick (Md.), 1995, 19-36; JONSEN, A. R., *An Alternative or Complement to Principles?*, en **Kennedy Institute of Ethics Journal** 5 (1995) 237-251; KEENAN, J. F., *The Return of Casuistry*, en **Theological Studies** 57 (1996) 123-139; TOULMIN S., *Casuistry and Clinical Ethics*, en DUBOSE, E. R., HAMEL, R. y O'CONNELL, L. J. (Eds.), **A Matter of Principles? Ferment**... pp. 310-318. Cf. además KEENAN, J. F. y SHANNON, T. (Eds.), **The Context of Casuistry**, Washington, D.C., 1995.

34. KEENAN, J. F., *The Return of Casuistry*... pp. 126-127.

El casuismo tiene sus raíces en la vieja ética aristotélica. **Aristóteles** consideraba que no tenemos un conocimiento general o "teórico", ciencia o *episteme*, en todos los campos. Cuando se trata de las acciones humanas captamos con mayor precisión los datos particulares que los datos generales que podríamos usar para fundamentarlos. La ética y la política son, para Aristóteles, campos prácticos y no teóricos, en los que se debe proceder bajo la guía de la prudencia sin aspirar al conocimiento teórico propio de la ciencia. **Jonsen** y **Toulmin** reasumen esta distinción entre teoría y práctica –conocimiento teórico y conocimiento práctico– afirmando que, mientras el conocimiento teórico, que se da en geometría, es *ideal, atemporal y necesario*, el conocimiento práctico es *concreto, temporal y probable* y a lo que se puede aspirar es a respuestas guiadas por la prudencia, la *frónesis* aristotélica.

La ulterior reflexión filosófica occidental, fascinada con el conocimiento teórico –ideal, atemporal y necesario– infravaloró el conocimiento práctico, incluso en el caso de la ética. Hoy existe, por el contrario, una actitud mucho más humilde sobre las posibilidades del conocimiento teórico. Incluso las teorías científicas no pretenden tener hoy la absoluta certeza a la que aspiraban los filósofos griegos y en la que creían los ilustrados desde el siglo XVIII. La misma medicina ya no aparece como un conocimiento teórico, sino que tiene que recurrir a la misma virtud de la prudencia, *frónesis*, con la que Aristóteles se aproximaba a la ética, ya que el juicio clínico es siempre práctico, prudencial, como lo es el juicio moral. Y debe proceder por *analogía*, comparando cada caso clínico con un caso paradigmático o con casos precedentes similares.

Precisamente, la teoría ética de **Jonsen** y **Toulmin**, va a subrayar la gran importancia de los *casos paradigmáticos*, que se toman como punto de partida, ya que la solución ética que se ha conseguido se aplica con posterioridad a situaciones similares, siempre teniendo en cuenta la diversidad de cada caso. Es muy importante subrayar que el método casuístico no niega el valor de los principios y de las normas morales, sino que procura aplicar con discernimiento los principios a la nueva situación, es decir, tomando en serio las circunstancias concretas del caso nuevo y la evaluación ponderada de las posibles soluciones.

La teología casuista había enumerado un análisis de las circunstancias que especificaban cada caso[35]. **Jonsen** las resume más sucintamen-

35. MERKELBACH, B. H., **Summa theologiae moralis…**, t.1, París, 1942, 102.

te en cinco: *quién, qué, por qué, cuándo y dónde*[36]. De esta forma, la teoría ética del casuismo recupera la atención a lo particular, a las circunstancias, que tienen tan gran importancia para el análisis moral de los casos clínicos, aplicando la misma metodología a los dilemas bioéticos.

El procedimiento previsto por **Jonsen** y **Toulmin** se basa en la convicción de que ningún dilema ético es tan nuevo que no tenga términos de comparación con otra situación para la que se ha encontrado una respuesta moral. Ciertamente reconocen el valor de los principios o normas morales, pero se centran en la valoración de cada caso en toda su complejidad, subrayando las semejanzas y divergencias respecto del caso paradigmático.

Por eso y para los dos autores que estamos estudiando, la casuística no es una alternativa a la teoría de los principios. Éstos constituyen como el armazón o la estructura del edificio moral: la beneficencia, la veracidad, el respeto a las personas y la justicia son inevitables en todo discurso moral. Pero, sin la casuística queda vacía la substancia concreta de la vida moral. También debe tenerse en cuenta y como ha escrito **L. Feito**, "la aproximación casuista ha tenido un gran éxito debido a la fuerte raigambre de los modelos de corte consecuencialista en el mundo anglosajón"[37].

Ciertamente el análisis de los casos particulares es uno de los elementos esenciales de la reflexión ética, ya que los casos ponen a prueba los principios y las normas morales, obligándonos a refinar nuestros análisis morales. En todo caso, parece que hay que reconocer una prioridad a los principios, pero el verdadero análisis moral debe ir en la doble dirección: de los principios a los casos y de éstos a aquéllos. Por lo tanto, es preciso decir que principialismo y casuística no son aproximaciones alternativas a los dilemas morales. Son, más bien, complementarias. Ilustran aspectos diversos, pero no opuestos, de la vida moral. Según **L. Feito** se trata de una bioética secular compuesta de "dos momentos: uno principialista, de corte deontológico, y otro consecuencialista, de corte teleológico. Pero, además, trabaja en dos perspectivas: la de fundamentación, que intenta buscar mínimos universalizables, y la aplicación, que exige un procedimiento"[38].

Beauchamp y **Childress**, así como otros autores, han criticado al casuismo su pretensión de que existen casos que hablan por sí mismos.

36. JONSEN, A. R., *Casuistry: An alternative or…?*, p. 243.
37. FEITO, L., *Panorama histórico de la Bioética*, en **Moralia** 20 (1997) 478-479.
38. **Ib.**, p. 480.

No existen casos que, considerados en sí mismos, nos proporcionen los criterios o principios morales que sirvan de guía para la ponderación de las situaciones. Van a ser precisamente las normas generales las que nos permiten, al menos en parte, una aproximación significativa para el análisis moral.

Por otra parte, surge la pregunta sobre cómo se resuelven las divergencias existentes entre los casos. Para ello se hace necesario el recurso a los principios y normas morales generales. Sin embargo debe reconocerse, como lo ha mostrado de forma paradigmática, el reciente desarrollo de la Bioética, la gran importancia de la aproximación del casuismo, por lo que esta metodología juega un papel privilegiado en esta disciplina.

2. La teoría ética de la virtud

Ante todo y como dijimos respecto del casuismo, se trata de una teoría ética que es complementaria de las anteriores[39]. Los representantes más destacados de la ética de la virtud en Bioética –el llamado *paradigma areteico*[40]– son **Edmund Pellegrino**, de la Universidad de Georgetown y **David C. Thomasma**, de la Universidad Loyola de Chicago.

La reflexión de estos autores se inscribe en un movimiento más amplio de recuperación de las virtudes en el pensamiento ético reciente, volviendo a ocupar el papel importante que tuvieron en la tradición moral **Sócrates, Platón, Aristóteles, Tomás de Aquino**... En el planteamiento del último autor, con su gran repercusión en la ulterior tradición cristiana, las virtudes son disposiciones habituales que inclinan a la persona a llevar a cabo las acciones que la orientan hacia el fin último de la vida humana. Las virtudes no sólo hacen buenas las obras, sino que, más importante aún, hacen buena a la misma persona. Las virtudes morales naturales se adquieren por la práctica –por el ejercicio repetido de actos conforme a la virtud.

Este planteamiento de la ética, centrado en las virtudes y característico de la ética mediterránea, va a desaparecer en el pensamiento moral

39. Sobre este modelo de teoría ética, cf. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **The Virtues in Medical Practice**, Nueva York/Oxford, 1993; PELLEGRINO, E. D., *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*, en **Kennedy Institute of Ethics Journal** 5 (1995) 253-277; PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy of the Healing Professions**, Nueva York, 1981; **For the Patient's Good**…

40. *Areté* significa en griego virtud.

postmedieval, incluso en la teología. Un papel importante en este desvanecimiento van a jugarlo las críticas de **Maquiavelo** y **Hobbes**. Sin embargo, la ética contemporánea ha conocido un renacer de la ética de las virtudes, donde la aportación de **Alasdair MacIntyre** tiene un papel fundamental[41]. Se ha iniciado una línea de pensamiento en torno a la virtud que aparece en otros autores, como **Philippa Foot** y **Stanley Hauerwas**.

Dentro de esta línea de recuperación de las virtudes y del pensamiento de **Aristóteles** y **Tomás de Aquino,** se encuentra la propuesta de **Pellegrino** y **Thomasma**: "Por lo general adoptaremos la posición realista tomista en la presentación detallada de las virtudes, aunque también adoptamos selectivamente puntos de vista de otros pensadores, como lo hemos hecho en nuestros trabajos previos sobre la filosofía de la medicina"[42]. Esta opción por la filosofía tomista refleja también las raíces católicas de los dos autores.

Su punto de partida es la naturaleza humana común. como el fundamento que nos permite avanzar afirmaciones generales acerca del ser humano, tanto en medicina como en ética. Es esa humanidad la que posibilita el diálogo racional en una sociedad plural. Es importante subrayar que **Pellegrino** y **Thomasma** no hacen una fundamentación filosófica de su presupuesto, sino que se limitan a explicitarlo, ya que consideran que esto es suficiente para elaborar una ética de las virtudes en el campo biomédico –que es en el que únicamente centran su reflexión. En alguna forma reflejan un planteamiento similar al que estuvo en la base del *Informe Belmont* que, como antes dijimos, no pretendía dar una fundamentación metafísica o metaética.

La gran dificultad actual para una ética de la virtud es que exige, como presupuesto, una común comprensión del bien humano, del *telos* o fin de la vida humana, en una situación plural bien distinta de la del mundo griego o del cristianismo medieval. Cuando nuestros autores afirman que "las virtudes son rasgos que hacen a la persona buena y que la capacitan para hacer su trabajo bien"[43], lo están afirmando en una situación en donde no existe un consenso ni sobre la "persona buena", ni sobre el bien hacer, ni cuál es el ideal de vida buena para el

41. MACINTYRE, A., **Tras la virtud**, Barcelona, 1994. Ver también **Justicia y racionalidad**, Barcelona, 1994; **Tres versiones rivales de la ética**, Madrid, 1992. Para una introducción general al pensamiento de **MacIntyre**, cf. MATTEINI, M., **MacIntyre e la rifondazione dell'etica**, Roma, 1995.

42. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C. **The virtues**... XIII.

43. **Ib.**, p. 5.

hombre. Incluso **Pellegrino** y **Thomasma** se hacen eco de esta dificultad, a la que reconocen no poder responder.

Sin embargo, consideran que la formulación de una ética de las virtudes en el ámbito de la ética profesional parece ser una empresa alcanzable. La razón más importante para ello es su convicción de que, en el campo de la ética médica, sí es posible alcanzar un *consenso,* un acuerdo acerca del bien o de la finalidad que persigue la profesión sanitaria. Por ello, se van a limitar a elaborar exclusivamente una ética médica.

Afirman que existen tres factores constitutivos de la medicina que hacen de ella necesariamente una empresa moral, que impone graves responsabilidades colectivas sobre los hombros de quienes la practican: a) la naturaleza de la enfermedad; b) la índole comunitaria de los conocimientos médicos (éstos no constituyen jamás una propiedad privada, son patrimonio de la humanidad); c) el juramento profesional[44].

Respecto del primer punto, subrayan que el enfermo se encuentra en una situación peculiar de dependencia, angustia y vulnerabilidad, que le lleva a revelar sus debilidades y a abrir su intimidad, física y mental, a quien se presenta como alguien que le puede ayudar a encontrar alivio en el trance de la enfermedad. En ese estado, el paciente debe poner su confianza en el médico y entrar en una relación que no puede evitar y en la que se encuentra en desventaja y dependencia. Además, la existencia de necesidades médicas constituye una demanda o una exigencia para los profesionales de la salud que tengan la capacidad para atenderlas.

En segundo lugar, los conocimientos médicos no son propiedad privada, ya que la sociedad ha concedido al futuro médico en el curso de su formación una serie de privilegios: ha permitido ciertas invasiones de la intimidad, tales como la disección de cadáveres humanos y la participación en la asistencia a los enfermos o la experimentación con sujetos humanos. Además, la educación médica recibe, en todas partes, importantes subsidios económicos. Por último, el ejercicio de la medicina es, en todos los países civilizados, un monopolio de la clase médica, legalmente protegido por la sociedad. Todo esto se hace con un solo fin: garantizar que la sociedad cuente con personas dotadas de formación médica para el servicio de los enfermos. Por eso, los conocimientos médicos no son propiedad privada del médico y no deben usarse principalmente para obtener lucro personal, prestigio o poder.

---

44. **Ib**., pp. 34-47.

Y, en tercer lugar, el médico ha hecho un acto de profesión pública de estar al servicio de los enfermos al entrar en la profesión. **Pellegrino** y **Thomasma** confieren un gran valor a la práctica, tradicional en USA, de que los alumnos que han finalizado sus estudios de Medicina, hagan públicamente un acto de profesión, inspirado en el *Juramento de Hipócrates*. Para **Pellegrino** y **Thomasma**, el juramento, no el título universitario, simboliza el ingreso formal en la profesión médica, porque al pronunciarlo se hace la promesa pública –*la profesión*– de poner la propia competencia profesional al servicio de los enfermos[45]. Ello lleva a que, en la habitual relación entre el médico y el paciente, se establezca una alianza de mutua confianza instigada por la promesa del médico (o de los otros profesionales de la salud), que impone obligaciones morales al profesional sanitario.

Estos tres elementos son constitutivos del acto médico, al que definen como una acción orientada a un *telos*, a un objetivo claro y preciso: el bien del paciente, comprendido de una manera integral. Ello incluye el bien médico, la restauración de la salud y el bien del paciente, lo que él percibe como su bien y lo que es bueno para los seres humanos

Pellegrino y **Thomasma** formulan de esta forma una ética médica cuyo principio principal es la beneficencia sin incurrir en el paternalismo, ya que la autonomía del paciente se debe respetar porque forma parte del bien mismo del enfermo. Es una ética a la que califican *beneficence in trust –beneficencia fiducial* o *beneficencia en la confianza*– ya que la relación entre médico y paciente se comprende como una alianza, fundamentada en la mutua confianza, al servicio del bien del paciente[46]. Este modelo exige que el médico sea una persona virtuosa, digna de la confianza del paciente, dispuesta a usar sus conocimientos médicos en primer lugar para el bien del enfermo y no para el propio lucro, prestigio o poder, y que no explote al enfermo en su situación de debilidad y dependencia. De esta forma intentan paliar la relación asimétrica, entre desiguales, propia de la praxis médica.

A partir de esta reflexión filosófica sobre la naturaleza de la medicina, es posible llegar a una definición de las virtudes, apta para la ética profesional que los autores pretenden construir. Para **Pellegrino** y **Thomasma**, la virtud es "un rasgo de carácter que dispone habitualmente a la persona que lo posee a la excelencia, tanto en la intención como en la ejecución, en relación con el *telos* propio de una actividad

45. Cf GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**… pp. 56-58.
46. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **The virtues**... pp. 40-44.46.

humana"[47]. En Medicina, la virtud consiste en poner los propios conocimientos y habilidades médicas al servicio del bien integral del paciente.

Con estos presupuestos, los autores explicitan una tabla de virtudes propias del acto médico[48]. Las que citan son las siguientes: fidelidad a la promesa, benevolencia, abnegación, compasión, humildad intelectual, justicia y prudencia.

Pellegrino y **Thomasma** admiten que las virtudes, por sí solas, no bastan para la elaboración de una teoría ética suficientemente abarcadora. Por ello afirman que "la ética basada en las virtudes no provee, por sí sola, un fundamento suficiente para la ética médica, dada la complejidad de esta materia hoy. Pero tampoco se puede prescindir de ella, ya que el carácter del médico (y, por supuesto, también del paciente) está todavía en el corazón de la acción y de la elección morales. Es el sujeto moral quien interpreta los principios, elige los que va a aplicar o los ignora, los ordena y les da contenido, a partir de su historia y las situaciones actuales de su vida. Esta realidad ha sido ignorada frecuentemente en la ética biomédica y clínica en el pasado. Es preciso establecer un balance entre la ética basada en las normas y la ética basada en la virtud, para el bien de ambas orientaciones"[49].

Ciertamente las virtudes son indispensables para la vida moral y su recuperación en el discurso ético ha sido un logro de singular importancia. No obstante, la ética de las virtudes es, por sí sola, insuficiente. Como sugieren los mismos autores, debe aceptarse unos principios fundamentales objetivos, con los que se debe conformar la acción humana, si ha de ser auténticamente virtuosa y pretende evitar el peligro de un subjetivismo emotivista. Por otra parte, debe reconocerse que una ética de los principios, divorciada de las virtudes, puede servir para determinar la rectitud o corrección de las acciones, pero prescinde de la formación del carácter de las personas, y la ética debe promover la bondad de las personas. Como dice acertadamente **Ferrer**, "las virtudes son los principios personalizados, convertidos en realidades vivientes"[50]. **Pellegrino** y **Thomasma** reconocen la necesidad de unir la ética de las virtudes con la de los principios[51].

---

47. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **A Philosophical Basis**... p. 268.
48. La exposición de estas virtudes se encuentra de forma pormenorizada en PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **The Virtues**... Ver también PELLEGRINO, E. D., *Toward a Virtue-Based Normative Ethics*…pp. 253-277.
49. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **The virtues**... p. 19.
50. FERRER, J., **Introducción a los paradigmas**...
51. PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **The virtues**... pp. 19-20.

A ello debe añadirse la importancia de la metodología para abordar los casos concretos. Ahí se sitúa la aportación del casuismo. Todo ello está significando que los distintos paradigmas no se contraponen, sino que son complementarios y se enriquecen mutuamente.

Se puede añadir otra objeción al modelo propuesto. **Pellegrino** y **Thomasma** son conscientes de la dificultad de delimitar la bondad en una sociedad plural. Por eso, su proposición es más modesta, referida sólo al ámbito médico. Ciertamente proponen una visión de la praxis médica atractiva y profundamente humana, pero ¿obtendría un consenso en la actual situación, cuando los médicos son cada vez menos profesionales libres y más empresarios o meros asalariados? Otra dificultad que se podría señalar es la concepción teleológica o finalista de la medicina que este paradigma presupone.

Los autores reconocen esta dificultad, pero consideran que sólo la preservación del ideal de la medicina, como profesión dedicada al bien del enfermo, puede salvaguardar suficientemente los intereses de las personas en la posición de debilidad que conlleva la enfermedad. De ahí la importancia de mantener vivo este ideal de la medicina –y de la enfermería– poco contemplada por la propuesta de **Pellegrino** y **Thomasma**. Son profesiones que encuentran su razón de ser en el servicio virtuoso de los enfermos.

3. La ética del cuidado

Para situar la ética del cuidado, hay que hacer referencia a los estudios de **Kohlberg** sobre el desarrollo de la conciencia moral en el ser humano[52]. Sólo estudió varones y llegó a la conclusión de que las mujeres poseen distintos niveles de razonamiento moral, siendo menos maduras que los varones desde el punto de vista moral. Este planteamiento fue cuestionado por **Carol Gilligan**, asistente de **Kohlberg**. Su punto de vista es que las mujeres no son menos maduras, sino que hablan *in a different voice* (ése es el título de su libro que tendrá un gran éxito)[53], algo que no tuvo en cuenta su maestro.

La madurez moral definida por **Kohlberg** consiste en la capacidad para formular juicios racionales universales e imparciales, válidos para cualquier situación. Sin embargo, las mujeres no razonan moralmente

52. KOHLBERG, L., **Psicología del desarrollo moral**, Bilbao, 1999.

53. GILLIGAN, C., **In a Different Voice**: **Psychological Theory and Women's Development**, Cambridge, Mass, 1982 (**La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino**, México, 1982).

de esa manera. Sus juicios son contextuales y narrativos, no abstractos y formales. El mundo femenino, decía, no está compuesto por individuos solitarios que siguen normas generales, sino por personas ligadas entre sí por vínculos relacionales. Los desacuerdos no se resuelven por el razonamiento lógico impersonal, sino a través de la comunicación personal en la relación contextualizada, presuponiendo la sensibilidad a las necesidades particulares de las personas concretas. Las mujeres articulan su sensibilidad moral en una voz diferente, pero no inferior a la de los hombres, sino que es igualmente válida. De manera sumaria podríamos decir que mientras los hombres hablan en el lenguaje impersonal de la justicia, las mujeres hablan en el idioma personal del cuidado (*care*) en el contexto de las relaciones.

Obviamente, el planteamiento de **Gilligan** suscita el interrogante de si es verdad que las mujeres hablan un lenguaje moral distinto y que sea un lenguaje relacional y dirigido al cuidado. Si esto es verdad, ¿se debe a factores biológicos, en concreto, las experiencias femeninas relacionadas con la reproducción? Sin negar el valor de dichos factores, todo parece indicar que los procesos de socialización han sido bien distintos en varones y mujeres, lo que podría estar en la base de sus distintas aproximaciones al hecho moral, en el supuesto de que realmente existan. Los varones han sido educados para actuar en la esfera pública, mientras que se ha educado a las mujeres pensando en la esfera privada, marcada por relaciones de afecto, en la línea del cuidado –a diferencia de en los varones que lo han sido más en la línea de la justicia.

Sin embargo, es importante señalar que los datos de **Gilligan** no sostienen que todas las mujeres aborden los problemas éticos desde la perspectiva del cuidado. En su comentario a la obra de **Gilligan**, **Helga Kuhse** afirma: "Tanto la perspectiva de la justicia como la del cuidado... son posibles para hombres y mujeres y ambas son válidas. No obstante, **Gilligan** sostiene que sus investigaciones han demostrado que la inmensa mayoría de los varones dependen, principalmente, de la perspectiva de la justicia. En el caso de las mujeres, alrededor de la tercera parte aborda los problemas éticos principalmente desde la perspectiva del cuidado, mientras que otro tercio depende, en primer lugar, de una moral basada en la justicia. En otras palabras, mientras una parte considerable de las mujeres aborda los problemas morales desde la perspectiva de la justicia, casi ningún hombre los aborda desde la perspectiva del cuidado"[54]. Esto indica, escribe **Kuhse**, que las

54. KUHSE, H., **Caring: Nurses, Women and Ethics**, Oxford, 1997, 99-100.

investigaciones de **Gilligan** han demostrado una asociación entre la condición de ser mujer y la perspectiva moral, no un vínculo absoluto y no nos permite sacar consecuencias sobre todas las mujeres y todos los hombres[55].

Desde este contexto podemos ya entrar en las éticas del cuidado[56]. Ante todo, debe subrayarse que esta aproximación ética se ha originado con una impronta feminista y, como afirma **J. Ferrer**, en polémica contra el modelo ético basado en los principios universales y en la justicia imparcial. Al mismo tiempo se inscribe "en la transición desde una ética basada en el ideal ilustrado de la universalidad a una ética basada en la tradición y en la particularidad; de una ética basada en los principios a una ética centrada en las virtudes; de una ética centrada en el individuo a una ética basada en las relaciones, afincada en la comunidad y en la preservación de los vínculos concretos nacidos de las relaciones"[57].

Por otra parte, cada ser humano realiza su existencia en un entramado de fuertes relaciones familiares y en estrecho diálogo con las necesidades de las personas que nos rodean. Así, la pregunta fundamental no es tanto la de cómo ser justo, sino la de cómo responder a las necesidades de las personas con las que se entra en relación. Por ello, las éticas del cuidado "rechazan un modelo de deliberación moral que exija que se adopte una perspectiva racional objetiva e imparcial para resolver los dilemas morales, bajo la dirección de principios y normas universales"[58]. Por el contrario, hay que estar atento a las relaciones humanas, a las necesidades que su suscitan, a las emociones que se movilizan... en las situaciones únicas que cada individuo debe vivir.

Desde estos presupuestos se desciende a la relación entre los profesionales de la salud y la situación existencial única que vive el paciente en el trance de la enfermedad, algo que puede perderse de vista en las éticas de los principios. Expresándolo desde las categorías feministas, predominantes en las éticas del cuidado, mientras las éticas tradicionales han representado la actitud del padre (*the approach of the father*), las éticas del cuidado representan la actitud de la madre (*the approach of the mother*), que tiene su fuente en el afecto y la emoción. Por

55. **Ib.**, pp. 105-106.
56. Para ello, cf. NEL NODDINGS, **Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education**, Berkeley, 1984; **Women and Evil**, Berkeley, 1989.
57. FERRER, J., **Introducción a los paradigmas** …
58. **Ib**.

ello, las acciones serán moralmente buenas si están arraigadas fielmente en el deseo de responder con cuidado a las necesidades de la otra persona con la que se ha entrado en relación.

Sin duda, la ética del cuidado subraya aspectos muy importantes en la vida moral, que empalman con la teoría de la virtud, ya que toma, como punto de partida, la existencia de la vulnerabilidad y de las importantes necesidades del paciente. También subraya la importancia de valores como el afecto y la fidelidad en la praxis ética. Es también importante el énfasis en la existencia de relaciones especiales como fuente de obligaciones morales particulares y la atención a los rasgos, culturalmente vinculados con la mujer, como son la compasión, la fidelidad, la responsabilidad ante las necesidades de la otra persona con la que se entra en relación.

Sin embargo y como subraya la australiana **Helga Kuhse**, el concepto de cuidado que utilizan es demasiado impreciso: ¿cómo se responde a las preguntas sobre acerca de qué debe versar ese cuidado? Hay cuidados que pueden resultar muy negativos: piénsese en el "cuidado" de una madre que castra las posibilidades de realización de su hijo. Y es que no se puede prescindir, una vez más, de los valores que deben ser respetados y promovidos.

Pero, además, existe el peligro de poner las relaciones y los sentimientos por encima de las normas morales imparciales, dejándose mover por el emotivismo, creando así relevantes distinciones en el trato a los enfermos. Si no se confiere el necesario relieve a los principios generales de moralidad, se puede incidir en la pura arbitrariedad y, en el fondo, en el solipsismo moral.

Sin duda, debe reconocerse la existencia de obligaciones particulares, por ejemplo las que surgen en el ámbito familiar, pero siempre debe afirmarse que se trata de obligaciones de beneficencia que nunca pueden lesionar las de justicia, que exigen que casos iguales reciban tratamientos iguales. Sin embargo y como subraya **Ferrer**, la postura de **Noddings** "es la negación misma de la vida moral y de la posibilidad de tener una ética de mínimos que nos permita vivir en la comunidad de los "extraños morales" de la que nos habla Engelhardt"[59]. Sin negar el valor de las éticas del cuidado, deben compatibilizarse con los principios generales e imparciales y garantizar las relaciones entre los citados "extraños".

59. **Ib**.

También es cuestionable la propuesta de la ética del cuidado como propia de la enfermería[60]. Nos parece que el ámbito de esta profesión se mueve igualmente entre personas que deben ser tratadas de forma imparcial, garantizando los intereses de todos los pacientes. Es positivo todo lo que se subraye, desde cualquier modelo de ética, la importancia de una aproximación personalizada y afectiva a todo enfermo. Pero no puede nunca olvidarse, como afirma **Gracia**, que en la relación entre los profesionales de la salud y el paciente, hay un tercero, la sociedad, lo que lleva a abrir aquella relación al principio de justicia[61].

Por todo ello, **Ferrer** llega a la conclusión de que "las éticas del cuidado han destacado elementos valiosos para la vida moral, pero los intentos de formular "una ética del cuidado" para el ámbito biomédico se han mostrado radicalmente insuficientes"[62].

4. La ética de la responsabilidad de D. Gracia

El gran bioeticista español toma, como punto de partida de su reflexión, la crisis de la razón que comienza a eclosionar desde la muerte de **Hegel**. Desde entonces comienza a cuestionarse la capacidad de la razón para conocer la realidad que, a su vez, había sido cuestionada en su teleología interna que consideraba, desde los griegos, que las cosas tienen un programa interno, una especie de *software*, un logos interno. De ahí, la convicción de que la naturaleza no hace nada en vano. Ese telos era la idea generatriz del pensamiento griego. Es la ética naturalista, que dura desde los presocráticos hasta el siglo XVII, aunque ya la habían cuestionado los nominalistas en el siglo XIV, quienes comienzan a negar la teleología de una naturaleza que podemos conocer fácilmente. Un rasgo común del cristianismo, el islam y el judaísmo es la convicción de que es Dios el que ha puesto el *telos*, el orden prefijado de la naturaleza. Al mismo tiempo, se tiene una concepción estática de la realidad. Dios la ha ido creando pieza por pieza, cada cosa en su sitio.

Toda esta visión comienza a desmoronarse con **Hume** y el desenmascaramiento de la *falacia naturalista*. Se comienza a discutir que las cosas tengan un telos tan claro, según muestran hechos como los terremotos, enfermedades... Al mismo tiempo, el hombre comienza a preguntarse por qué tiene que subordinarse a la naturaleza: incluso cree

60. Una excelente aproximación al tema del cuidado es el libro de TORRALBA, F., **Antropología del Cuidar**, Madrid, 1998.

61. GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**… pp. 200-202.

62. FERRER, J., **Introducción a los paradigmas** …

que debe repararla. Surge la soberbia del hombre moderno, el mito de Fausto... El hombre comienza a entenderse como ser autónomo, que se da sus propias leyes. Por otra parte y aunque la naturaleza tenga su propio telos, no es tan claro que el hombre la pueda conocer: ¿Conocemos las cosas tal cual son? **Copérnico** había cuestionado la centralidad del hombre; ahora comienza la desconfianza hacia los sentidos y la mente humana.

Como consecuencia de ello, el hombre moderno queda como "tocado": ya no es el centro y, además, empieza a hacerse consciente de que nuestros sentidos nos engañan. Por ello comienza la *fuite en arrière*: huye al hombre interior para buscar un punto de apoyo firme, en lo interno, en la mente, Es el *cogito, ergo sum* de **Descartes**, No me puedo equivocar en el acto de pensar. De ahí surge el intento de fundar la ética, no en las leyes que están fuera, sino dentro del hombre, en la razón.

Ante esta crisis, surgen dos caminos para poder anclar la búsqueda de lo correcto, de la verdad:

1. Emotivismo: Se trata del emotivismo moral de la cultura anglosajona, para el que la "brújula moral" más precisa son los sentimientos, ya sea lo que sentimos de forma espontánea ante una barbarie o la ternura ante un recién nacido. El emotivismo considera que el sentimiento es nuestra "gran alarma moral" más eficaz, a diferencia de la lentitud de la razón, que tiene que ir ponderando. Sin embargo, aunque la razón sea más lenta, es más segura; es más fina en los análisis. Por el contrario, la emoción suele tener sólo extremos, funciona polarmente, mientras que la razón suele ir al término medio: no suele considerar óptimas o pésimas las posturas extremas.

En cualquier caso, debe reconocerse la gran importancia de la poco atendida "educación sentimental" y admitir que no basta con la sola razón en el mundo de la ética. No en vano **Adam Smith** escribe *Historia de los sentimiento morales.*

2. La segunda vía es la de la razón, el intelectualismo moral, que va a dominar en Europa Continental, donde surge la gran tarea de la ética moderna: cómo fundamentar la ética en la razón a través de los juicios. Toda esta reflexión toma como punto de partida la distinción entre los juicios sintéticos y los analíticos. Los primeros son los que se basan en la experiencia –tales son los juicios morales, juicios sintéticos o de experiencia y los juicios analíticos que son los propios de las matemáticas o geometría. Los juicios sintéticos, de experiencia, nunca son ciertos, sino probables. Pueden generar *Begriffe*, convicciones (conceptos),

pero en ellos no se pueden fundar los juicios morales, ya que no dan seguridad plena y total.

Los grandes filósofos del XVII y XVIII van a intentar fundar la ética en los juicios analíticos. Así lo hace **Spinoza** en su *Ethica more geometrica demonstrata*. Es un racionalismo teológico, que reflexiona sobre Dios desde la razón, no desde la Biblia. Pretende descubrir la "ética de Dios": ponerse en la perspectiva de Dios. Igualmente un rasgo de la ética racionalista es el de que hay que acallar las pasiones, las cuestiones empíricas. Lo refleja **Descartes** en su *Tratado de las pasiones* –que revela una gran exigencia ascética, para superar la experiencia, una moral verdaderamente espartana, de **Descartes**. Es un intento de reconstruir todo desde Dios; cómo ver todo a vista de pájaro.

Bertrand Russell continúa este proceso en su intento de matematizar la razón analítica. Sin embargo, surgen paradojas o contradicciones internas. **Kurt Gödel**: descubre el porqué de esas paradojas en los sistemas analíticos. Es el *teorema de Gödel*. Todo ello significa, por tanto, el fracaso del intento de construir una lógica analítica, algo que se percibe a fines del XIX y comienzo del XX, que significa la crisis de la razón, no sólo de la sintética, también de la analítica. Este es el humus del postmodernismo: ¿cómo se hace filosofía o ética ante el fracaso de la razón? Y es que desde la muerte de **Hegel**, el mundo moderno se hace consciente de la fragilidad de la razón.

En todo este contexto, ¿cómo fundamentar la ética tras la crisis de la razón? Ahí va a situarse la gran aportación de **Kant**, de cuya herencia sigue viviendo la ética actual. Su punto de partida era el de una formación racionalista, compartiendo una concepción de una ética segura. Conoce a **Leibniz** a través de **Wolf**. No había leído a Hume, pero sí su resumen, que le lleva a afirmar que los juicios morales son sintéticos. Los juicios sintéticos son probables, no ciertos. El reto de **Kant** era hacer en filosofía lo mismo que **Newton** en Mecánica: encontrar leyes últimas de la realidad ética, no sólo de la realidad física. Como **Newton**, pretendía descubrir leyes que podrán ampliarse, pero nunca derogarse

El error, según **Kant**, fue creer que sólo hay juicios sintéticos *a posteriori*. Sin embargo, para el filósofo alemán, puede haber juicios sintéticos que son ciertos. **Kant** aplica todo esto a la ética: toma como punto de partida el hecho de que todo ser humano tiene experiencia del deber y que se trata de una experiencia primaria. Así mismo, toma como punto de partida el análisis de esa experiencia: algo se me impone como obligatorio: "no mientas", "sé agradecido", "no mates"... Son

juicios que "mandan", *imperativos*. Es verdad, sin embargo, que no todos los imperativos son morales: por ejemplo, "toma esa medicina", que es imperativo técnico. Son condicionados: si quieres recuperar la salud. Son los más frecuentes en la vida. La condición es empírica. Son imperativos "hipotéticos".

Por el contrario, los imperativos morales no son hipotéticos: hay que cumplir las promesas en todo caso. Son los imperativos "categóricos", un imperativo que manda sin restricciones, ya que ninguna condición empírica puede cambiar el mandato. Son sintéticos, pero su categoricidad no viene de la experiencia. ¿Qué es, pues, lo no-sintético?: El carácter puramente no restrictivo del mandato, su *universalidad*.

De esta forma, **Kant** llega al *canon* de la universalidad. Esta universalidad no es sintética, es *a priori*: "Actúa de tal forma que las máximas de tu voluntad las puedas convertir en ley universal". La intención es la máxima de la voluntad. Pero la buena voluntad subjetiva no basta para ser objetiva: es necesario un criterio objetivo, la ley. Ahí se sitúan los ejemplos típicos de **Kant** sobre las normas absolutas que no admiten excepción, tales como el suicidio, la mentira... Si se hiciese universal, es decir, si viviéramos en un mundo en donde se admitiese el suicidio o la mentira, llegaríamos a un mundo que "ni se puede pensar". Así surgen los deberes perfectos, ya que su violación destruye el orden humano (no el de la naturaleza, que ya no le interesa a **Kant**). Otro ejemplo de **Kant** sería la obligación de cumplir las promesas. Otra exigencia ética que él plantea es la de la falta de diligencia. Si se convirtiese en ley universal, nos llevaría a un mundo que no se puede querer, pero no a uno que no se puede pensar: es deber imperfecto.

Por tanto, los deberes perfectos no pueden admitir excepción: no mentir, no matar... Así **Kant** defiende la ética tradicional. Sin embargo, ésta es la parte más floja de **Kant**: ¿no se puede pensar en un mundo en que se admitiese la mentira piadosa o determinadas formas de suicidio?

Las éticas del siglo XX han mantenido el canon de **Kant**, la universalidad, al que se llega no sólo por **Kant**, sino porque todos los seres humanos son morales y tienen dignidad. **Kant**, además del canon o ley universal, incluye principios deontológicos: No robes... Las éticas del XX han criticado a **Kant**. Están más en la línea de **Hume**. Los criterios éticos son probables, no absolutos.

En este contexto deben situarse las éticas actuales de la responsabilidad, que surgen ante la crisis de la razón. Sus rasgos más significativos serían los siguientes:

1. Los juicios analíticos no pueden fundar la ética.
2. Tampoco los sintéticos *a priori* que, probablemente, no existen.
3. Los juicios morales son probablemente sintéticos.

Para la ética de la responsabilidad, no hay ningún juicio ético que sea absoluto, Sin embargo, en el ser humano, no todo son juicios, ni éstos son lo más importantes. La tradición habló siempre de intuiciones, que no se pueden reducir a cosas. La intuición es algo primario (por ejemplo, el color amarillo, que no puede explicarse a un ciego). Nuestro contacto con la realidad es previo a los juicios. El pecado de la filosofía ha sido su excesivo racionalismo.

Aquí se sitúa la fenomenología: volvamos al dato primero. También la "aprehensión racional de la realidad" de **Zubiri**. La razón no es facultad segura; hay que ser humildes; hay que tener sólo una metafísica elemental de la realidad. Vienen delimitadas por tres rasgos:

1. Hay algo firme, pero no son los juicios: es el acto de aprehensión.
2. Actitud de cautela en los juicios morales.
3. Aprehensión primordial.

El "de suyo": era "en sí" para el realismo; "en mí" para el racionalismo.

"Ser suyo": conciencia de uno mismo: ése es ser persona.

En resumen, los tres rasgos de la ética de la responsabilidad, propuesta por **Gracia**, son los siguientes:

1. Tiene que poseer un canon, una "vara de medida": "La racionalidad humana no es perfecta, no tiene todas las perspectivas, es una racionalidad débil, pero eso no quiere decir que no consiga llegar a cosas importantes, como por ejemplo a establecer cánones morales"[63]. Un canon en que coinciden casi todas las éticas es el principio kantiano de que los seres humanos son fines y no meros medios; están dotados de dignidad y no tienen precio. Por eso cada ser humano merece un respeto absoluto, por el hecho de poseer una condición moral, una conciencia moral. Éste es el canon. Todos los seres morales deben ser respetados. Es el principio de universalización de **Kant** en el siglo XX. Problema actual: ¿Quiénes son seres morales? Es el canon del respeto a los seres humanos. **Appel** lo refiere también a los seres virtuales, a las futuras generaciones.

63. GRACIA, D., *Fundamentos de la ética clínica*, en **Labor Hospitalaria** 29 (1997) nº 244, 124-125.

2. Hay que establecer, además, unos principios deontológicos: criterios universales sobre cómo proceder. Los hay en toda cultura: "no matar", "no mentir"... Son muy importantes y hay que cuidarlos mucho. Sin embargo y para **Gracia**, son fórmulas universales, pero que admiten excepciones. Son juicios sintéticos, en que hay que moverse en el plano de la probabilidad. Se trata de principios formales, carentes de contenidos materiales. ¿Cuáles son éstos? Son los deberes concretos, las normas morales. Existe hoy un consenso en que estas normas no poseen un carácter absoluto. **Gracia** propone "elaborar un conjunto de normas, de principios que, sin intentar ser absolutos porque, probablemente, no lo van a ser nunca, expresen del mejor modo posible, aquí y ahora, el canon de respeto a los seres humanos, que ése sí es absoluto"[64].
3. Debe procederse a una evaluación de las circunstancias y consecuencias. Para llegar a esa determinación material se propone lo que el mismo **Gracia** califica como *la vía regia de la deliberación*. Evidentemente no se puede deliberar sobre el respeto a los seres humanos, pero sí acerca de cómo se concreta ese respeto aquí y ahora. Ello exige "ponderar las circunstancias y las consecuencias que concurren en un caso concreto para ver si hay que aplicar el principio según está formulado o se puede justificar una excepción al principio"[65].

Por tanto, las éticas de la responsabilidad tienen un canon, unos principios deontológicos y ponderan las circunstancias y consecuencias.

Finalmente y dada la importancia de **Diego Gracia** en la actual reflexión bioética española, quiero finalizar este capítulo presentando su visión sobre las características de la Bioética[66]:

1. "La Bioética ha de ser, en primer término, una ética civil o secular, no directamente religiosa".
2. "Ha de ser una ética pluralista, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en una unidad superior".
3. "La Bioética actual ha de ser autónoma y no heterónoma".
4. "La Bioética tiene que ser racional".
5. "Aspira a ser universal, y por tanto ir más allá de los convencionalismos morales".
6. "Debe tener una 'actitud crítica' frente a la realidad plural ".

---

64. **Ib**., p. 126.
65. **Ib**.
66. GRACIA, D., *Planteamiento general de la Bioética*, en VIDAL, M. (Ed.), **Conceptos fundamentales de ética teológica**, Madrid, 1992, 429-430.

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., *Informe Belmont* (publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el volumen **Ensayos Clínicos en España (1982-1988**), Madrid, 1990, Anexo 4.

BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., **Principios de Ética Biomédica**, Barcelona, 1999.

BEAUCHAMP, T. L. y WALTERS, L. R. (Eds.), **Contemporary Issues in Bioethics**, Belmont, 1994, 1-41.

CLOUSER, K. D. y GERT, B., *A Critique of Principlism*, en **The Journal of Medicine and Philosophy** 15 (1990) 219-236.

DRANE, J. F., *La Bioética en una sociedad pluralista. La experiencia americana y su influjo en España*, en GAFO, J. (Ed.), **Fundamentación de la Bioética y manipulación genética**, Madrid, 1988, 96-98.

ENGELHARDT, H. T., Jr., **Los fundamentos de la Bioética**, Barcelona, 1995.

ENGELHARDT, H. T., Jr., **The foundations of Christian Bioethics**, Lisse, Abingdon…, 2000.

FERRER, J. J. y ÁLVAREZ, J. C., **Para fundamentar la Bioética**, Madrid, 2003. En prensa.

FLETCHER, J. C., MILLER, F. G. y SPENCER, E. M., *A Case Method in Planning for the Care of Patients*, en FLETCHER J. C. et al. (Eds.), **Introduction to Clinical Ethics**, University Publishing Group, Frederick (Md.), 1995.

GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**, Madrid, 1989.

GRACIA, D., *Planteamiento general de la Bioética*, en VIDAL, M. (Ed.), **Conceptos fundamentales de la ética teológica**, Madrid, 1992, 429-430.

GRACIA, D., **Primum non nocere: El principio de no maleficencia como fundamento de la Ética médica** (Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina) Madrid, 1990.

GRACIA, D., **Procedimientos de decisión en Ética Clínica**, Madrid, 1991.

JONSEN, A. R. y TOULMIN, S., **The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning**, Berkeley, 1988.

JONSEN, A. R., *An Alternative or Complement to Principles*?: **Kennedy Institute of Ethics Journal** 5 (1995) 237-251.

KEENAN, J. F. y SHANNON, T. (Eds.), **The Context of Casuistry**, Washington, D.C., 1995

KEENAN, J. F., *The Return of Casuistry*, en **Theological Studies** 57 (1996) 123-139.

LÓPEZ AZPITARTE, E., *Fundamentación de la ética cristiana*, en RINCÓN, R., MORA, G. y LÓPEZ AZPITARTE, E. (Dirs.), **Praxis cristiana**, t. 1, Madrid, 1980.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 197.

NEL NODDINGS, **Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education**, Berkeley, 1984; **Women and Evil**, Berkeley, 1989.

PELLEGRINO, E. D., *Toward an Expanded Medical Ethics: The Hippocratic Ethics Revisited*, en BULGER, R. J. (Ed.), **Hippocrates Revisited: A Search for Meaning**, Nueva York, 1973.

PELLEGRINO, E. D., *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*, en **Kennedy Institute of Ethics Journal** 5 (1995) 253-277.

PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy of the Healing Professions**, New York, 1981; **For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care**, New York, 1988.

PELLEGRINO, E. D. y THOMASMA, D. C., **The Virtues in Medical Practice**, Nueva York/Oxford, 1993.

Capítulo tercero

RELIGIONES Y BIOÉTICA

I. Secularización de la Bioética

D. Callahan, al que ya hemos aludido varias veces, ha escrito que "el cambio más llamativo de las dos décadas pasadas ha sido la secularización de la Bioética"[1]. Como ya indicamos en el capítulo dedicado a la historia de la Bioética, una temática que anteriormente estaba dominada por la medicina[2] y la tradición religiosa, aparece ahora dominada por conceptos filosóficos y legales. La consecuencia ha sido que el discurso público sobre estos temas suele enfatizar temas seculares: los derechos humanos, la autonomía, la justicia, al mismo tiempo que predomina la negación sistemática de la existencia de un bien trascendental individual.

En este punto es significativa la confesión del mismo **Callahan,** que en los años 70 abandona sus fuertes convicciones religiosas católicas: "De la misma forma que encontré que no necesitaba la religión para mi vida personal, ¿por qué lo necesita la biomedicina para la vida moral colectiva?". Sin embargo, enseguida añade que "ni se puede decir que

1. CALLAHAN, D., *Religion and the Secularization of Bioethics*, en **Hastings Center Report** 20 (1990) nº 4, A Special Supplement, p. 2.

2. ROTHMAN, D. J., **Strangers at the Bedside. A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making**, Nueva York, 1991, 150-151.

la ética biomédica es demostrablemente más robusta y satisfactoria como resultado de su abandono de la religión"[3].

Debe recordarse que hubo pensadores del siglo XIX que afirmaban que, aunque la religión no fuese verdadera, sin embargo, era socialmente útil como fuente de disciplina y estabilidad política. **Callahan** se interroga sobre la validez de este planteamiento para la Bioética actual. En todo caso, considera que, cualquiera sea el status de las religiones, éstas "han proporcionado una forma de mirar al mundo y comprender la propia vida que tiene una fecundidad y unicidad no alcanzada por la filosofía, la ley o el derecho político" y que "hemos perdido también algo de gran valor: la fe, la visión, las intuiciones y la experiencia de pueblos y tradiciones enteras que, no menos que las de los no-creyentes, luchaban para dar sentido a las cosas"[4].

Ante todo, debe reconocerse la gran relevancia de la tradición religiosa en la que todavía era *Ética Médica*. Puede aludirse a la aportación de **J. Fletcher**, que suele citarse como manifestación primera del interés por la Ética médica en la posguerra[5]: El autor era teólogo episcopaliano, si bien su obra no era teológica: más bien y defendiendo la *ética de la situación*, subrayaba su fe en la ciencia y la importancia de la autonomía en la ética. Es una obra significativa por mostrar la brecha que ya se estaba abriendo entre religión y ética, que tuvo un gran impacto en ambientes médicos, cuya experiencia clínica asumía con dificultad las normas morales y rechazaba las normas generales. Los títulos de los capítulos del libro de **Fletcher** son bien significativos, ya que trata del derecho a conocer la verdad, a controlar la paternidad y la maternidad, a vencer la esterilidad, a impedir la paternidad y la maternidad y a morir. Es pues una obra que aplica a la Biomedicina los derechos dimanantes de la libertad humana.

Como dice **Verhey**[6], antes de que la ética médica deviniese un campo distinto de investigación, "los cristianos y otros con convicciones religiosas estaban comprometidos con las cuestiones morales planteadas por la atención médica, tratando de responderlas de forma apropiada a la forma como ellos hablaban de Dios". Estas tradiciones eran

---

3. CALLAHAN, D., *Religion and the Secularization...* p. 2.
4. **Ib**.
5. FLETCHER, J., **Medicine and Morals**, Princeton, 1954.
6. VERHEY, A. D., *Talking of God – But with Whom?*, en **Hastings Center Report** 20 (1990) nº 4, A special Supplement, pp. 21-24.

una referencia muy importante para los médicos que intentaban conciliar su profesión con sus convicciones religiosas.

LeRoy Walters[7] afirma, igualmente, que los pensadores religiosos jugaron un papel importante en el "renacimiento de la ética médica" en 1965-70. Recuerda cómo **Paul Ramsey**, cuando realiza su "exploración en ética médica" era un teólogo metodista y lo hace "como cristiano", y no desde un hipotético mínimo común denominador[8]. Su obra, que lleva por título *El paciente como persona*, dio a conocer la ética médica en los medios médicos e intelectuales. Al mismo tiempo, autores judíos, como **Siegel** y **Feldman**, y católicos, como **McCormick** y **Curran**, estaban respondiendo a los avances médicos según sus propias tradiciones[9]. En este sentido, **Schockenhoff** afirma que "los impulsos más fecundos y los estímulos teológicos decisivos para el nacimiento de la Bioética provinieron en aquellos años del campo de la teología protestante"[10].

En los años 70, comienza a darse en USA un mayor énfasis en los temas de la paz, de los derechos humanos. Ya se constata un descenso de los trabajos de especialistas procedentes de las religiones, que se sentían más seguros tratando estos problemas desde la perspectiva filosófica, dentro del clima de secularización vigente en esos años. Al mismo tiempo, surge un creciente interés por los temas de Bioética desde las instancias jurídicas, la opinión pública, las sociedades profesionales, y se instaura un lenguaje secular (piénsese en el caso **Quinlan** y en otros que hemos citado en el capítulo dedicado a la historia de la Bioética). En esta situación, los médicos preferían, como referentes, a los filósofos y juristas sobre los teólogos. Sin embargo, la presencia de estos últimos fue significativa en la *Comisión Nacional*, 1974[11],

---

7. WALTERS, L., *Religion and the Renaissance of Medical Ethics in the United States: 1965-1975*, en SHELP, E. E. (Ed.), **Theology and Bioethics: Exploring the Foundations and Frontiers**, Dordrecht, 1985, 3-16.

8. Fue ya significativa, en polémica con **Fletcher**, la obra de RAMSEY, P., *Freedom and Responsability in Medical and Sex Ethics: A Protestant View*, en **Nueva York University Law Review** 31 (1956) 1189-1204. Posteriormente publica el libro **The Patient as Person**: **Explorations in Medical Ethics**, New Haven, 1970.

9. **Jonsen** habla de una "trinidad" de teólogos cristianos que estuvieron presentes en el nacimiento de la Bioética: sitúa en el sector más conservador a **Ramsey**, en el más progresista a **Fletcher**, y en el centro a **McCormick** (Cf. JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**, Oxford/Nueva York, 1998, 41ss. Ver también GAFO, J., *Bioética y religión. In memoriam R. A. McCormick*, en **Jano** 59 (2000) nº 1353, 532-536.

10. SCHOCKENHOFF, E., **Etica della vita**, Brescia, 1997, 25.

11. Formaron parte de la Comisión Nacional dos moralistas: **Albert Jonsen** y **Karen Lebacqz**. Durante el trabajo de la Comisión se pidió asesoramiento a siete expertos en ética, de los que cinco provenían de la ética teológica: **Joseph Fletcher**, **Richard A. McCormick**, **Paul Ramsey**, **Seymour Siegel** y **Leroy Walters** (cf. L. WALTERS, *Religion and the Renaissance...* p. 14).

si bien los conceptos que allí se utilizaron apenas mostraban trazas de influjo religioso[12].

No había hostilidad hacia la religión, sino que se prescindía de ella; se la dejaba en el ámbito de lo privado, pero sin influjo en la política ni en los debates públicos. En los foros de discusión existía una actitud, más o menos explicitada, de miedo hacia la religión, como fuente de conflictos insuperables o de presiones políticas unilaterales, que no iluminaban el debate social. Seguía vigente la sospecha "ilustrada" hacia las tradiciones particulares y la confianza también "ilustrada" en el progreso de la ciencia y en el valor de la autonomía.

Gustafson[13] se lamentaba, ya en 1978, de esta situación, en la que personas, formadas como teólogos, no hacían referencia explícita a sus convicciones y tradiciones religiosas en los debates públicos. Por otra parte, este proceso de secularización tenía lugar en una sociedad donde los miembros de las comunidades religiosas querían vivir, morir, dar a luz, sufrir y ayudar al que sufre desde perspectivas religiosas, y no precisamente con la mera "racionalidad imparcial", que se estaba imponiendo en los debates de Bioética.

La consecuencia de esta actitud general es que se empujaba hacia una forma de filosofía moral que aspiraba a una especie de neutralidad despegada (**Nagel**[14] la llamó *the view from nowhere*) y a un universalismo racionalista, libre de sus raíces culturales. Al mismo tiempo, se miraba con sospecha a las emociones y a las particularidades de la culturas y las tradiciones humanas o religiosas existentes. En todo este clima, se intimidaba a la religión para que no expresase su voz o la restringiese a los confines de las comunidades religiosas particulares. Las mismas personas religiosas tenían temor de expresar sus convicciones en los foros públicos y consideraban que, para ser aceptados en los mismos, debían hablar el lenguaje común, ocultando sus propias opciones éticas, que permanecían como *agendas ocultas*.

Sin embargo, **Callahan** considera que la situación creada comporta una triple deficiencia:

---

12. **Engelhardt** ha escrito, sin embargo, que las recomendaciones de la Comisión Nacional "fueron cuidadosamente revestidas de términos seculares y expuestas con argumentos seculares. Es como si los representantes de los dioses hubieran sido convocados para formular normas éticas en un lenguaje no religioso (ENGELHARDT, H. T., Jr., *Looking for God and finding the Abyss: Bioethics and Natural Theology*, en SHELP, E. E., **Theology and Bioethics**... p. 81.

13. GUSTAFSON, J. M., *Theology Confronts Technology and the Life Sciences*, **Commonweal**, 16 June 1978, 386-392.

14. CALLAHAN, D., *Religion and the secularization*... p. 4.

1. Crea una exagerada dependencia de *la ley como fuente de moralidad*. Lo que dicen los tribunales y las legislaturas es lo que determina lo que está bien o mal, lo que está permitido o prohibido;
2. *Priva de la sabiduria y de los conocimientos acumulados*, que son fruto de las tradiciones religiosas establecidas hace mucho, ya que, como dice el mismo autor, no hace falta ser judío o cristiano para valorar lo que han aportado esas tradiciones;
3. Y, en tercer lugar, induce a creer que *no pertenecemos a comunidades morales particulares* y, lo mas llamativo, es que se celebra este hecho como expresión de pluralismo. Sin embargo, "este pluralismo se convierte en una forma de opresión, en su mismo nombre, ya que se nos dice que hay que callar en público sobre nuestras vidas o creencias privadas y hablar, como dice **Jeffrey Stout**[15], una forma de esperanto moral"[16].

El juicio final de **Callahan**, desde su propia trayectoria humana y religiosa, es extraordinariamente significativo: "Con tantas riquezas a nuestra disposición, ¿por qué hemos acabado en nombre de la paz social con una sal que ha perdido su sabor?"[17].

II. Ética y religión

Las aportaciones de **Hans Küng**, en su obra sobre el significado de las religiones para el futuro de la humanidad, son importantes como marco para expresar la relevancia de las éticas religiosas, y en concreto la cristiana, en los actuales dilemas de Bioética[18].

En la aproximación al tema que nos ocupa, debe hacerse una importante afirmación previa de que las religiones no pueden considerarse como la única fuente de la moralidad: "Es un hecho *empírico* que hombres no religiosos disponen de una orientación ética fundamental y son capaces de conducirse moralmente en la vida". Al mismo tiempo, es un hecho *antropológico* que muchas personas no religiosas han desarrollado valores y actitudes éticas sobre lo verdadero y lo falso. Y, finalmente, es un hecho *filosófico* que el hombre, en cuanto ser

15. STOUT, J., **Ethics After Babel: The Languages of Morals and their Discontents**, Boston, 1988.
16. CALLAHAN, D., *Religion and the secularization...* p. 4.
17. **Ib**.
18. KÜNG, H., **Proyecto de una ética mundial**, Madrid, 1990, 77 ss.

racional, esta dotado de una autonomía humana que, con independencia de la fe en Dios, le "permite una confianza básica en la realidad y asumir su propia responsabilidad en el mundo"[19].

Así mismo, debe tenerse en cuenta que vivimos en una época histórica en la que coincide una caída de los valores morales previos con importantísimos avances científicos, de los que quizá los más relevantes son los del campo de la biomedicina, todo ello agravado además por la crisis ecológica. Pocas veces se ha hablado tanto de ética, pero ello coexiste con la sensación de que existe una clara deficiencia de esa disciplina. **Küng** afirma que "sin moral, sin normas éticas universalmente obligantes… las naciones se van a ver abocadas… a una crisis colapsante". Y, sin embargo, en esta dramática situación y como afirma **MacIntyre**, "lo que tenemos son simulacros de moralidad... hemos perdido ampliamente –si no en su totalidad– nuestra propia comprensión, tanto teórica como practica, de la moralidad"[20].

Es verdad, igualmente, que en las sociedades plurales y seculares, el Estado no puede imponer un sentido o estilo de vida, ni prescribir ninguna clase de valores supremos o normas últimas, si quiere tener una cosmovisión neutral, tal y como hoy se le exige. Sin embargo, para que puedan convivir diversas cosmovisiones, es preciso un consenso fundamental, que nunca será estricto o total, sino, como dice **Rawls**, un *overlapping consensus*, un consenso que se solapa[21]. Porque también es verdad que en nuestras sociedades de "código múltiple" y tal como lo ha mostrado la misma bioética, existe un consenso básico mínimo sobre ciertos valores o normas, que hace posible la convivencia. Existe también una fuerte conciencia de que, para la convivencia interhumana, debe existir al menos una vinculación a determinados valores, a nivel nacional y transnacional:"El hombre siente, en una palabra, el deseo de poseer algo semejante a una *orientación fundamental ética"*, ya que "sin vinculación a un sentido, unos valores y normas, el hombre nunca podrá lograr, ni en lo grande ni en lo pequeño, un comportamiento verdaderamente humano"[22].

En todo este contexto, hoy se está desarrollando una ética secular cuyos cuatro rasgos son los siguientes:

---

19. **Ib**., p. 56.
20. Citado por KÜNG, H., **Ib**., p. 43.
21. RAWLS, J., **Teoría de la Justicia**, México D. F./Madrid/Buenos Aires, 1979, 387.
22. KÜNG, H., **Proyecto de una ética**… p. 47.

1. Es una *ética de la responsabilidad*, especialmente sensible hacia el medio ambiente y las generaciones futuras;
2. Tiene *un objetivo y criterio que es el mismo hombre*: Es bueno para el hombre lo que preserva, fomenta y realiza su humanidad. El ser humano nunca debe ser un mero medio, sino considerado como fin en sí mismo: "El *factor humano* es el elemento *central*, impulsor o moderador, tanto del acontecer global como del particular"[23] (**Roland Muller**);
3. Necesidad de una *ética pública*: la ética, que fue considerada por la modernidad como asunto privado, es ahora, en la posmodernidad, "un asunto público de primer orden";
4. Necesidad de *una ética mundial*, planetaria, ya que sin ese talante no hay orden mundial: "Si queremos una ética que funcione en beneficio de todos, ésta ha de ser única. Un mundo único necesita cada vez más una actitud ética única[24].

Küng considera que en la situación descrita es inaplazable la pregunta sobre por qué debe el hombre –como individuo, grupo, nación o religión– comportarse de un modo humano, verdaderamente humano, y por qué tal comportamiento ha de ser in*condicional*: ¿Por qué nos afecta a *todos*, sin excluir a ningún estrato social, clase o grupo?

Según el teólogo suizo, para la búsqueda y la articulación de esa ética común, las religiones pueden jugar un papel muy significativo. Aun reconociendo la ambigüedad del hecho religioso y las sombras que le han acompañado, sin embargo "sólo en base a concepciones apriorísticas puede pasarse por alto que las grandes religiones han contribuido no poco al desarrollo moral y espiritual de los pueblos"[25], aunque también han sido obstáculo para el progreso. La religión, opuesta a la ciencia y a los derechos humanos, fue ignorada por la modernidad y perseguida por la Revolución francesa. Sin embargo, de nuevo **Küng**, "un análisis de los tiempos que excluya la dimensión religiosa es deficiente", ya que se trata de un hecho diacrónico y sincrónico, un fenómeno universal. Por ello, "excluir el análisis de este fenómeno humano universal equivaldría a dar la espalda a una dimensión esencial de la vida humana y de la historia de la humanidad"[26]. Además, es muy

23. Citado por KÜNG, H., **Ib**., p. 50.
24. KÜNG, H., **Ib**., p. 53.
25. KÜNG, H., **Ib**., p. 55.
26. KÜNG, H., **Ib**., p. 65-66.

importante tener en cuenta que las religiones no sólo llegan a las *elites* intelectuales, sino que alcanzan a sectores muy amplios de la sociedad.

Y, sobre todo, las religiones pueden proporcionar un horizonte global de sentido ante el dolor, la injusticia, la culpa y el sin-sentido, así como un sentido último a la vida frente a la muerte, el de dónde y hacia dónde de nuestro ser –temas que están en juego en numerosos dilemas de Bioética. A ello debe añadirse algo extraordinariamente relevante: Pueden garantizar valores supremos, normas incondicionales, motivaciones profundas e ideales: *el por qué y para qué de nuestra responsabilidad*.

Küng subraya en este contexto la dificultad de fundamentar una ética, que imponga obligaciones incondicionales, desde la pura razón: "En general, la filosofía ha encontrado siempre muchas dificultades en fundamentar una ética de obligatoriedad *general e incondicional*, realmente *practicable* por los estratos más amplios de la población" y afirma que "por lo que respecta a las experiencias vitales concretas, ¿no fracasan fácilmente los modelos filosóficos cuando, en casos concretos –lo que no es infrecuente– se exige al hombre un comportamiento que ni sirve a sus intereses, ni a su felicidad, ni a la comunicación, que es más bien un comportamiento contra sus intereses, un 'sacrificio' que, en definitiva, puede llegar hasta exigirle la propia vida?". Subraya que la filosofía no tiene nada que hacer con su "llamamiento a la razón", cuando asumir la obligación ética produce "dolor" existencial: "¿cómo se me puede pedir esto justamente a mí?"[27] En este punto es muy significativa la pregunta que se hacía **Freud**: "Cuando me pregunto por qué me he esforzado siempre en ser honrado, condescendiente e incluso bondadoso con los demás, y por qué no desistí al notar que todo ello sólo me acarreaba perjuicios y contradicciones, pues los otros son brutales e impredecibles, no tengo, a pesar de todo, una respuesta"[28].

Ante la pregunta de si puede lo humanamente condicionado obligar de forma incondicionada, la respuesta de **Küng** es tajante: "Un no creyente puede llevar una vida moral, pero no puede conseguir una cosa: *fundar la incondicionalidad y universalidad* de una obligación ética"[29], algo que es especialmente verdad cuando la opción moral se opone frontalmente a los intereses del propio agente moral.

Por otra parte, hoy se han modificado las actitudes ante el hecho religioso y la obra de **Feuerbach, Marx, Freud, Russell** no han conseguido

27. KÜNG, H., **Ib**., pp. 63-64.
28. FREUD, S., *Carta a J. J. Putnam* (8 de julio de 1915). Citado por KÜNG, H., **Ib**., p. 64.
29. KÜNG, H., **Ib**., p. 73.

suplantar a la religión. El porcentaje de creyentes en el mundo sigue siendo elevado, incluso en los países técnicamente desarrollados y "hoy se habla ya de una era post-ideológica y apenas de una era postreligiosa". Lo que está en crisis no es tanto la religión, cuanto la religión institucional. En efecto, en los últimos decenios ha quedado patente que la religión no sólo puede favorecer la opresión, sino también estimular la liberación del hombre –tanto en lo psicológico-psicoterapéutico, como en lo político-social, ya que "las religiones pueden también, por otra parte, actuar como instrumento de liberación, de orientación hacia el futuro y de fraternidad, y lo han hecho también con frecuencia; pueden extender la confianza en la vida, la magnanimidad, la tolerancia, la solidaridad, la creatividad y el compromiso social; pueden fomentar la renovación espiritual, las reformas sociales y la paz mundial"[30].

Para **Küng**, la gran aportación de las religiones está en la fundamentación de la ética: "El incondicional `tú debes´, no puede fundamentarse en el hombre condicionado en todos los sentidos, sino únicamente en un *Incondicional*: en un Absoluto, capaz de comunicar un sentido trascendente y que comprende y penetra al hombre concreto, a la naturaleza humana y a toda la comunidad humana". Pero, al mismo tiempo, las religiones deben evitar el peligro de una ética heterónoma y han de abrir al hombre a una posibilidad de actuar por sí mismo en una responsabilidad personal: "La teonomía no es heteronomía, aunque también es frontera de una autonomía humana que no puede degenerar en arbitrariedad… Pero independientemente de cómo se funde la incondicionalidad de la exigencia ética en las diversas religiones –si la extraen de un misterioso Absoluto, de una tradición antigua o de una Escritura inspirada–, una cosa es cierta: las religiones pueden presentar sus exigencias éticas con una autoridad muy superior a la de cualquier instancia simplemente humana"[31].

A todo ello debe añadirse el horizonte de sentido respecto de la vida humana, sea la resurrección del judaísmo clásico, la vida eterna cristiana, el paraíso islámico, el *moksha* del hinduismo, el *nirvana* budista, la inmortalidad del taoísmo...Todos ellos confieren un sentido a la realidad humana, marcada inevitablemente por la fragilidad y la frustración.

Finalmente, **Küng** insiste –y ésta es la tesis fundamental de su obra– en la trascendencia de una colaboración de las grandes religiones ante la gravedad de los problemas que vive la humanidad actual: "En orden

30. KÜNG, H., **Ib**., pp. 67-68.
31. **Ib**., pp. 74-75.

a una ética de alcance mundial no sólo es necesaria la gran coalición de creyentes y no creyentes, sino también un especial compromiso de las diversas religiones"[32], ya que las religiones se encuentran en una óptima situación para el desarrollo de una ética planetaria que puede llegar a millones de personas.

Para conseguir esta estrecha colaboración de las religiones, habría que descartar una estrategia que tomase como premisa la convicción de que sólo la propia religión es la verdadera y todas las demás son falsas, por lo que la paz religiosa sólo puede garantizarse mediante la única verdadera religión. Pero, igualmente, habría que evitar otra estrategia que llevase a considerar que todas las religiones son, en el fondo, igualmente verdaderas. Es el peligro de un "pluralismo moderno... que justifica igualmente a la propia religión y a las otras, un indiferentismo teológico para el que todas las posiciones y negaciones religiosas son igualmente validas y, por tanto, indiferentes, ahorrándose así la molestia del "discernimiento de espíritus"[33]. Por el contrario, la vía de colaboración sería la estrategia del abrazo, que considere que "sólo una religión es la verdadera, pero todas las religiones históricas participan de la verdad de esta única religión" y que la verdadera paz religiosa sólo se consigue mediante la integración de las otras religiones. Esta estrategia debe reconocer que "dentro de las religiones no todo es igualmente verdadero y bueno"[34].

III. La religión en los actuales debates de Bioética

1. Presencia de las religiones en los foros de Bioética

En el contexto que acabamos de delinear, ¿qué aportan las religiones a la Bioética? La respuesta de **Engelhardt** es contundente: "La Bioética, allí donde tiene éxito, muestra que no necesita la teología"[35]. Ésta es la imagen externa que se puede percibir: en efecto, en la literatura de Bioética y en la praxis médica actual, se tiene la impresión de que la teología aporta poco. Pero quizá, como dice **Campbell**, de la misma forma que fue prematuro afirmar la muerte de Dios en los años 1960, "parece

32. **Ib**., p. 82.
33. **Ib**., p. 104.
34. **Ib**., pp. 104-105.
35. ENGELHARDT, H. T., Jr., *Looking for God and finding the Abyss*… p. 88.

igualmente erróneo comenzar a hacer postmortems –autopsias– sobre la muerte de las perspectivas teológicas y religiosas en Bioética"[36].

Como antes hemos indicado, ante el proceso de secularización de la Bioética, los bioeticistas religiosos han tendido a dejar sus convicciones a la puerta de los foros de la disciplina, para usar los mismos términos que los otros especialistas. En su participación en las audiencias profanas, han hecho el esfuerzo por traducir los valores de su tradición particular a "conceptos que tengan significado público"[37]. Si se entiende por "teológico", una línea especifica de argumentación religiosa que lleve a conclusiones de impronta religiosa, hay que reconocer que la presencia de la teología es escasa en Bioética. Sigue dándose una presencia de teólogos en los ámbitos bioéticos, pero no se manifiesta en conclusiones teológicas. Sin embargo, este intento tiene el inconveniente de que el lenguaje común de la Bioética no es suficientemente rico para expresar la riqueza del mensaje religioso. Por ejemplo, el concepto religioso del hombre "imagen de Dios" no se reduce a los conceptos de persona o autonomía, de la misma forma que la beneficencia no es lo mismo que el amor al prójimo.

Por ello, hay bioeticistas religiosos que consideran que lo expresivo es el compromiso, intentando mostrar el testimonio de vida de una comunidad ejemplar. Es lo que afirma **Stanley Hauerwas**: "La integridad del discurso cristiano conlleva que las convicciones cristianas no necesitan traducción, sino que deberían mostrarse por prácticas cristianas"[38], al mismo tiempo que se debe mantener la integridad del lenguaje religioso, que sigue teniendo audiencia en el seno de sus propias comunidades.

Gustafson afirma que la teología raramente aporta directivas concretas y precisas que sean accesibles a personas no religiosas, pero añade que puede tener una función crítica en el discurso público: "Los teólogos y los grupos religiosos pueden llevar a la comunidad civil a las intuiciones de sus propias tradiciones, en el supuesto de que esas contribuciones no sean `insulares´, `ni extrañas´"[39]. En todo caso, se debe partir de la asunción de que existe un ámbito independiente de discur-

36. CAMPBELL, C. S., *Religion and Moral Meaning in Bioethics*, en **Hastings Center Report** 20 (1990) nº 4, A Special Supplement, p. 5.

37. **Ib**.

38. Citado por CAMPBELL, C. S., **Ib**., p. 6.

39. Citado por CAHILL, L. S., *Can Theology Have a Role in Public Bioethical Discourse?*, en **Hastings Center Report** 20 (1990) n.º 4, A Special Supplement, p. 11.

so secular o filosófico razonable, neutro y menos unido a las tradiciones, que el discurso religioso. Ello llevaría a que:

a) La teología, o es dialogante, o debe quedarse fuera y callarse.
b) Debe usar un lenguaje que sea comúnmente inteligible. El lenguaje religioso debe ser *traducido* a la lengua franca, a un vocabulario. Este planteamiento, que es hoy el común, presenta, sin embargo, una visión simplificadora e incluso distorsionada, tanto de las tradiciones religiosas, como de lo que está sucediendo en el debate público en Bioética.

Por otra parte, no puede perderse de vista que las discusiones en Bioética toman como punto de partida la existencia de situaciones de interés común, lo que lleva a debates en búsqueda de una respuesta. Pero los que participan en estas discusiones son con cierta frecuencia personas procedentes de comunidades morales o religiosas, a veces totalmente diferentes, otras veces con puntos en común. Desde esa situación compleja, deben delinearse unas exigencias éticas y unas decisiones morales que permitan encontrar un consenso.

Sin embargo, es muy importante subrayar que no se participa en esos discursos por el camino de un razonamiento moral objetivo, sin tradiciones, como una versión meramente secular de un aséptico razonamiento filosófico. Por ejemplo, incluso el vocabulario aparentemente neutral de la política USA –libertad, autonomía, derechos, privacidad…– proviene de un conjunto de tradiciones políticas, legales, filosóficas, morales e incluso religiosas. Como dice **Stout**, no existe ningún lenguaje universal y neutro, al margen de tradiciones concretas, ningún *esperanto*, al que deba traducirse el lenguaje teológico[40].

Gustafson subraya que, aunque los análisis de los problemas éticos tengan lugar en los niveles teóricos maá altos, acontecen siempre dentro de algunas tradiciones "narrativas": es decir, dentro de comunidades, calificadas por **Gustafson**, como "formativamente narrativas". Los esfuerzos para una política de consenso se construyen sobre esas tradiciones compartidas. Aquí se sitúan las tradiciones religiosas, que poseen agendas especiales, que son críticas respecto de las visiones y prácticas comunes, sea interpelando a la realidad u ofreciendo visiones "utópicas" que pueden suscitar determinadas aspiraciones humanas. Las éticas religiosas, por su calidad profética, tienen, como agenda pro-

40. STOUT, J., **Ethics After Babel**... p. 294.

pia, la introducción de valores particulares en la corriente común; intentan modificar la geografía del terreno común: es decir, reconfigurar la narrativa dominante.

Por ello, es mejor construir el "discurso público", no como si se tratase de un ámbito aislado, en donde hay que entrar *tradition-free*, al margen de tradiciones concretas, sino como un compromiso con el dialogo civil entre las tradiciones existentes. En este contexto, el lenguaje "secular", "públicamente accesible", sirve para exhortar a las personas de las distintas tradiciones a adoptar una actitud de dialogo y apertura, de crítica mutua, de búsqueda de consenso, para llegar a políticas que lleven a lo "mejor", en el mayor consenso que se pueda lograr. Por este camino, existe la expectativa de que las distintas tradiciones lleguen a acuerdos públicos, más que particulares, al dirigirse a la sociedad civil[41].

En los debates públicos las personas religiosas están sin duda influidas por los valores basados en su propia religión. Pero deben buscar, para vivir en una comunidad con otras personas, caminos que sean consistentes con su forma de ser religiosa, así como con su reflexión teórica o religiosa sobre el modelo de vida buena. Eso es precisamente lo que hace Pablo, en Cor 5, 11 y 6, 9-10, tomando libremente de la cultura circundante afirmaciones sobre la moralidad: no sentía que fuese necesario subrayar lo que era únicamente cristiano y su preocupación principal era discernir lo éticamente apropiado para personas con una identidad religiosa especial. Aunque el cristianismo planteaba cuestiones profundas sobre el poder mundano, la autoridad y los valores, ello no significa necesariamente que todas las expectativas morales, que no fuesen específicamente cristianas, se dejasen de lado o se considerasen irrelevantes para una forma de vida creyente.

Por eso, **Meeks**[42] sugiere, como **Hauerwas**, que el compromiso religioso por la ética estriba en su función de formar comunidades que interaccionen con la cultura general de forma provocativa. De la misma forma que la narrativa bíblica surgió en un ambiente social, en el que el cristianismo tenía una función crítica[43], actualmente la comunidad cristiana aporta su compromiso social mediante la incorporación social del testimonio bíblico. Por eso, la relevancia de la religión en la Bioética no estriba primariamente en ninguna contribución distinta, o especifica, al

41. Cf. CAHILL, L. S., *Can Theology Have a Role*...? pp. 11-12.
42. MEEKS, W., Cf. CAHILL, L. S., **Ib**., p. 12.
43. Así fue en los temas de la mujer, de los enfermos, de los esclavos... Cf. VIDAL, C., **El legado del cristianismo en la cultura occidental**, Madrid, 2000, 73-97.

proceso de argumentación moral, ni en mantener comportamientos "religiosos" defendibles sólo por fe, revelación o autoridad eclesial: "más bien depende de la formación de comunidades socialmente radicales que reten a los valores y modelos dominantes de relación social, no retirándose de la sociedad más amplia, o hablando desde fuera, sino participando en ello de forma retadora e incluso subversiva"[44].

De ahí, la importancia de los sesgos críticos que puede aportar la teología: Una mentalidad judeocristiana puede tener sensibilidades o intereses ante ciertos temas bíblicos, como el bien de la creación, la providencia de Dios, la responsabilidad humana, la finitud y la pecaminosidad humanas. Igualmente deben citarse el amor al prójimo, la opción preferencial por los pobres y vulnerables, la misericordia con los otros –como Dios es misericordioso– y el arrepentimiento por nuestros pecados. En términos no religiosos, estos temas son: servicio –y no solo autonomía–, solidaridad e integración en la comunidad; la dignidad de todo ser humano y la especial entrega a los vulnerables; la sensibilidad hacia nuestra finitud y el reconocimiento de los límites en todo lo que hacemos. Este sesgo cultural es lo primero que debe aportar el teólogo, aunque tenga pocos, o ningunos, créditos en las decisiones y análisis bioéticos

2. Las religiones ante las situaciones-limite

Por otra parte, hay experiencias en la vida que muestran nuestro sometimiento a poderes destructivos y arbitrarios, como son especialmente la enfermedad y la muerte. ¿Qué tienen que decir en estas situaciones los conceptos de Bioética? Son momentos en que muchas personas buscan respuestas que puedan ser creativas, redentoras... ¿Se puede encontrar un sentido en tales situaciones, inabordables desde los principios de Bioética? En las aproximaciones de la Bioética al tema de la muerte, se tiende a dar planteamientos individuales, al margen de los vínculos sociales y temporales de las personas. ¿Basta con ponderar los procedimientos para conseguir el consentimiento informado, sin reflexionar sobre el sentido que tienen esas experiencias límite humanas?

Las religiones ofrecen, por su parte, una interpretación de la realidad que responde a lo que **Max Weber** llamó "necesidades metafísicas de la mente humana"[45], que busca orden, coherencia y sentido para

44. MEEKS, W., Cf. CAHILL, L. S., *Can Theology Have a Role*…? p. 12.
45. WEBER, M., Cf. CAMPBELL, C. S., *Religion and Moral Meaning*…p. 5.

nuestras vidas, para comprender las ultimas preguntas sobre nuestra condición humana. Para **Campbell**, las clásicas preguntas de Bioética sobre *quién decide o qué debemos hacer*, deberían complementarse, desde la perspectiva religiosa, con las preguntas fundamentales sobre el propósito y destino de la condición humana[46].

Como ya hemos indicado, se critica a los argumentos religiosos por no ser adecuados para una sociedad plural y por su naturaleza arracional. Sin embargo, se aproximan a temas que forman parte ineludible de la vida y de la condición humana y que son contemplados por la Bioética. Por ejemplo, el tema del sufrimiento, central en la praxis médica, ha sido muy contemplado por las tradiciones religiosas y no se debería prescindir de esa riqueza. Hay algo común en las religiones: el sufrimiento no es un fin, sino una realidad que debe interpretarse desde un contexto más amplio sobre el significado de la vida y de la condición humana. Para las tradiciones orientales es un estado de vida dentro del *karma*, mientras que para las tradiciones cristianas ha tenido un significado punitivo, pedagógico o redentor, aunque estas explicaciones nunca acaban de ser completas, como lo muestra por ejemplo el *Libro de Job*. **Campbell** afirma que, dado que la explicación del sufrimiento depende de aproximaciones filosóficas o religiosas, la Bioética no puede prescindir de estas últimas cuestiones.

Al mismo tiempo y como han subrayado muchos autores, nuestra cultura está tabuizando y escamoteando el problema de la muerte. Se la elude, olvidando lo que decía el Dr. Rieux de **Camus**: "El orden del mundo esta regido por la muerte"[47]. Por el contrario, las tradiciones religiosas no han mirado a la muerte con indiferencia, y no la han visto como un intruso, sino como un liberador; Afirman que la muerte no es el poder supremo que domina nuestra vida, sino que está sometida a otros poderes, Sin embargo, todas estas preguntas no son periféricas en el debate bioético, por lo que "una contribución central de las tradiciones religiosas puede ser, por tanto, ampliar nuestra visión moral, suscitando cuestiones de interés existencial que no son típicamente tratadas en la Bioética contemporánea"[48].

También las religiones pueden tener un valor en relación con los principios de Bioética, que han tenido una gran relevancia para dar soluciones pacíficas y racionales a los conflictos morales de una cultu-

46. CAMPBELL, C. S., *Religion and Moral Meaning*... p. 6.
47. CAMUS, A., **La peste**, Taurus, Madrid, 1957, 98.
48. CAMPBELL, C. S., *Religion and Moral*... p. 8.

ra plural. Pero la Bioética debe ser profética, retando a los actuales presupuestos: por ejemplo, ningún comité de ética puede resolver el escándalo del gran número de personas sin seguridad médica en USA. Se hace necesaria una visión profética que haga ver las raíces del problema y que pueda articular una visión alternativa de la asistencia sanitaria. Es claro que las religiones pondrán el énfasis en que los pobres no pueden estar excluidos de la asistencia.

Las religiones nos pueden hacer ver también las limitaciones de una Bioética principialista. Nos parece significativo pasar revista a los principios de Bioética desde la perspectiva religiosa. Salta a la vista, en primer lugar, que la concepción del hombre como imagen de Dios refuerza la valoración de la dignidad humana y el respeto hacia las opciones personales del *principio de autonomía*. No se puede olvidar que las opciones autónomas están siempre enmarcadas por el carácter relacional de la persona y que nunca son meramente opciones de un individuo aislado de los demás y de su historia. Igualmente, no se puede olvidar que las opciones humanas están condicionadas por el pecado, que compromete, como veía Kant, las mismas condiciones para una elección autónoma.

El *principio de beneficencia* puede aparecer a primera vista cercano a las tradiciones religiosas pero, como ya hemos dicho anteriormente, su contenido puede ser minimalista, lejos de las normas de amor al prójimo. Los eticistas han afirmado que, más allá de la exigencia de no hacer daño, las acciones positivas, al servicio de los otros, son discrecionales, *obligaciones imperfectas*, supererogatorias o, a lo máximo, reguladas por las obligaciones profesionales. Pero la exigencia del amor al prójimo desborda esos mínimos. Así lo muestra el Buen Samaritano.

Igualmente, la aproximación ética al *principio de justicia* y, en concreto, la afirmación del derecho a una asistencia sanitaria para todos puede ser apoyada por la religión, en su concepción de ayuda a los menos favorecidos. La justicia no puede exigir más que un igualitarismo, pero sin pasar a un compromiso por los grupos social e históricamente desfavorecidos. También pueden las religiones iluminar sobre el significado y aplicación de lo que el principio de justicia puede olvidar: así en el tema de los extranjeros.

La Bioética puede prestar igualmente poca atención a qué tipo de agentes morales somos o qué tipo de virtudes debemos fomentar, para centrarse en las tomas de decisiones. Sin embargo, "una Bioética comprehensiva puede encontrar en el discurso religioso sobre las virtudes y

disposiciones una fuente importante de corrección y balance moral, que sitúe nuestras decisiones sobre la atención sanitaria dentro del contexto de una plena explicación del propósito y del significado en la vida"[49].

IV. Reflexiones finales

1. Para la fenomenología de la religión, es distinta la experiencia religiosa de la experiencia de la moralidad. La primera es una experiencia de don, de gratuidad, de apertura a un misterio que trasciende la experiencia concreta en la que se mueve el hombre. Distinta es la experiencia de la moralidad, la vivencia interior que siente todo ser humano de sentirse interiormente obligado, de no ser indiferente ante lo que se le presenta como bien o como mal, desde el punto de vista moral. Por ello, puede hablarse de la existencia universal del hecho de la moralidad, aunque no tenga por qué ir acompañado por la vivencia religiosa[50].

También es verdad que, en un segundo momento, la experiencia religiosa es una llamada al compromiso ético. Es lo que se refleja en el comienzo del cristianismo, en la primera predicación apostólica, cuando los primeros creyentes, tras haber expresado su opción de fe religiosa, dan inmediatamente el salto a la pregunta ética: "Que tenemos que hacer, hermanos?"[51] Pero ambas experiencias son distintas y no tienen por que ir necesariamente unidas. Es lo que refleja un teólogo protestante, **Paul Tillich**: "Ser tocado por la gracia no significa simplemente hacer progresos de orden moral en nuestro combate contra determinados defectos particulares o en nuestras relaciones con los demás o con la sociedad, El progreso moral puede ser un fruto de la gracia, pero no es la gracia misma… La gracia se alcanza cuando caminamos por el valle sombrío de una existencia vacía y desprovista de sentido. Nos invade cuando sentimos que nuestra alienación es más profunda, porque hemos arruinado otra vida… Nos toca cuando la insatisfacción con nosotros mismos, nuestra indiferencia, nuestra debilidad, nuestra hostilidad, nuestra falta de rectitud y nuestro comportamiento, se nos han hecho insoportables. Nos toca, año tras año, cuan-

49. **Ib**., p. 10.
50. Cf. GRACIA, D., *Religión y ética*, en GAFO, J. (Ed.), **Bioética y religiones**: **el final de la vida**, Madrid, 2000.
51. **Hechos de los Apóstoles**, 2, 37.

do nuestro deseo de una vida perfecta no se ve satisfecho, cuando nuestras inveteradas tensiones siguen esclavizándonos como han venido haciéndolo durante decenios, cuando la desesperación destruye toda alegría y todo animo. A veces, en uno de esos momentos, una ráfaga de luz atraviesa nuestras tinieblas, y es como si una voz nos dijese: *Tú eres aceptado. Tú eres aceptado por alguien más grande que tú y cuyo nombre no conoces. No preguntes ahora cuál es su nombre; tal vez lo descubras más tarde. No trates ahora de hacer nada; tal vez lo hagas más adelante. Acepta simplemente el hecho de que eres aceptado.* Cuando esto nos ocurre, experimentamos lo que es la gracia"[52]. Un peligro inherente hoy al hecho religioso es el de la exagerada tendencia a la predicación moral y de un olvido de la experiencia religiosa.

2. Dentro de las personas, que se califican como religiosas, hay estudios que muestran la distinción entre las que son interiormente religiosas y aquellas cuya religiosidad es básicamente externa y superficial. Hay estudios que muestran que no hay diferencias significativas en las actitudes de temor, miedo y angustia ante la muerte entre no creyentes y personas extrínsecamente religiosas, mientras que sí las hay –y son menos negativas– en personas interiormente religiosas[53]. Al mismo tiempo, debe subrayarse que las preguntas últimas sobre el sentido del hombre y de la vida, en las que se han especializado las tradiciones religiosas, no pueden soslayarse y están presentes, inevitablemente, como trasfondo en muchos de los problemas abordados por la Bioética, si bien están insuficientemente contempladas en muchas de las aproximaciones de esta disciplina.

3. La gran aportación de las religiones en el actual debate ético es que presentan, sobre todo, un modelo, una oferta de *vida buena*, una llamada al ideal, a la utopía. La ética es siempre un fracaso, ya que últimamente todos no somos éticos. Ésa es, probablemente, lo que la tradición judeo-cristiana ha llamado la experiencia del pecado original. Las religiones presentan una ética de máximos, la de las mejores páginas del Antiguo Testamento, la del sermón de la montaña, la de las virtudes del budismo o del hinduismo. Como ya hemos indicado, la prudencia ha aconsejado a los teólogos morales no hablar de Dios, sino de principios universales, hablar no en el lenguaje de una tradición religiosa distinti-

52. TILLICH, P., **The shaking of the foundations**, Nueva York, 1948, 161-162.

53. URRACA, S., **Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad**, Tesis Doctoral, UCM, Madrid, 1982, cap. 6.

va, sino en cierto esperanto moral. Quizá no ha fracasado el gran proyecto ilustrado, "pero ha sido pretencioso sobre sus éxitos". Como escribe **Verhey**, yerran los defensores del esperanto moral, "no tanto cuando afirman que pueden defenderse racionalmente algunos estándares morales mínimos, sino cuando niegan o ignoran el carácter mínimo de tales estándares; cuando pretenden que tales estándares nos dan una explicación plena y adecuada de la vida moral, entonces distorsionan la vida moral"[54]. En ese contexto, las religiones deben recordar, en una sociedad plural, el carácter mínimo de los estándares que se presumen universales y racionales. Y, al mismo tiempo, deben subrayar la convicción del carácter inalienablemente religioso de la vida y la muerte, del nacimiento y del sufrimiento.

4. Un tema de importante debate actual es el de la ultima fundamentación de la ética. Los que nos consideramos religiosos debemos evitar cuidadosamente el peligro de hacer afirmaciones y generalizaciones insuficientemente contrastadas; indiscutiblemente, hay muchas personas no religiosas que viven altos estándares morales de vida y no se puede negar que el proceso de reconocimiento y formulación de los derechos humanos se ha hecho al margen e, incluso, a pesar de las autoridades religiosas, que tardaron en llegar a reconocerlos. Pero tampoco se puede negar la actual crisis del proyecto de la modernidad de crear una ética racional de validez universal, ni la dificultad de una última fundamentación de la moral, especialmente –como antes se subrayó– cuando la actuación ética no me proporciona ningún resultado positivo, e incluso me produce dolor o perdida. Con la distinción, antes citada, entre personas interna o externamente religiosas, es indiscutible que las primeras poseen una vía de fundamentación del comportamiento ético que puede hacerles sentir, como lo está mostrando la experiencia, la posibilidad de una fundamentación incondicional de los valores éticos, incluso cuando son contrarios a mis propios intereses. Hay autores, como **J. L. Aranguren** o **J. Muguerza**, que afirman que la "revolución olvidada", dentro del triple lema de la Revolución Francesa, la de la "fraternidad" –o la de la "solidaridad"– difícilmente puede fundamentarse al margen de una visión trascendente de la vida. Una fundamentación filosófica únicamente puede llevar a la fundamentación de la exigencia ética de justicia, pero sin dar el salto hacia la solidaridad, que exige la justicia, pero que pide un plus, por la capaci-

54. VERHEY, A. D., *Talking of God*…pp. 21-24.

dad de empatía con el dolor ajeno y por el reconocimiento de las asimetrías existentes en el mundo, tanto las creadas por la "lotería" biológica, como por la social[55].

5. Ante los graves problemas que tiene que afrontar la humanidad, al abrirse al tercer milenio, creemos, con **Hans Küng**, que, dada la gran importancia del hecho religioso en nuestros días, se hace imprescindible la cooperación de las grandes religiones para la elaboración de una ética común, que pueda ayudar a la humanidad a abordar sus graves dilemas. También coincidimos con el teólogo suizo en afirmar que esa colaboración puede realizarse desde la afirmación de los genuinos valores de cada tradición religiosa, desde actitudes de fidelidad a sus principios, pero de dialogo con otras tradiciones.

6. Los actuales debates de Bioética tienen lugar primordialmente en el mismo contexto de pluralismo, característico de las sociedades técnicamente desarrolladas. Es evidente que las tradiciones religiosas no pueden imponer sus propios puntos de vista, como los únicamente normativos. Pero tampoco es el ideal que se oculten las convicciones religiosas, las *agendas* que, luego, tienen una operatividad que no es, de ninguna manera, desdeñable. En esta situación, creo que ha sido sumamente importante el *Informe Belmont* y los famosos cuatro grandes principios de la Bioética, que han aportado un relevante elemento de racionalidad para las discusiones en esta disciplina –creando una situación lejana a esa tendencia, tan vigente en amplios sectores sociales, a considerar que la ética es algo puramente subjetivo y personal. Aunque quizá no se pueda ya llegar a una común fundamentación de esos y otros principios básicos, no debería prescindirse de ese empeño –al que la reflexión Bioética europea es más sensible que la estadounidense. Pero, en el momento actual, estamos "condenados" a entendernos dentro del marco de esa criteriología, en la que pueden participar personas religiosas o que no lo son. Sí sería necesaria la lucidez para saber discernir como esas cosmovisiones son operativas en las acentuaciones que son insoslayables en todo discurso ético

7. De la misma forma que, en el campo de la experimentación y del desarrollo tecnológico, se ha llegado a la convicción de que no se le puede calificar como "wertfrei", "libre de valores", también debe reconocerse que no existe una aproximación a los temas de Bioética que sea

55. ARANGUREN, J. L. L., *La religión, hoy*, en DÍAZ-SALAZAR, R., GINER, S. y VELASCO, F. (Eds.), **Formas modernas de religión**, Madrid, 1994, 32-33; MUGUERZA, J., *La profesión de fe del increyente*, en **Iglesia Viva** n.º 175-176 (1995) 35-36.

"traditionfrei", "libre de tradiciones". Sean del tipo que sean, todos somos hijos de tradiciones humanas concretas, que configuran nuestras actitudes humanas básicas fundamentales y, en concreto, nuestras aproximaciones a la Bioética. Pretender una asepsia total puede ser un ideal en las intervenciones médicas, pero no lo es, ni lo puede ser, en el afrontamiento de las discusiones éticas.

8. No se pueden negar los grandes valores que ha aportado la reflexión bioética, estadounidense o no, en los últimos casi 30 años. Pero existe el peligro de creer que una ética médica centrada en los grandes principios es toda la ética. Y, sin embargo, la historia de la ética ha ido aportando modelos de vida moral, de vida feliz –la *eudamonía* aristotélica– que van más allá de la propuesta de **Beauchamp** y **Childress**. Ahí puede estar una gran aportación de las éticas religiosas y, en concreto, de la nuestra cristiana.

En este punto me parecen muy importantes las reflexiones ofrecidas por el grupo de expertos del *Instituto de Bioética* en su *Informe sobre la clonación*[56], a que nos referimos también en el capítulo IX, dedicado a la clonación. En la vida moral debe distinguirse entre el valor de los máximos morales, el de los ideales de perfección y felicidad que cada uno asume como propios, pero que no puede imponer a los demás, y el valor de las normas o criterios que deben ser iguales para todos, y que por tanto han de exigirse, incluso coactivamente, en la vida social. La tradición distinguió ya entre *deberes perfectos* y *deberes imperfectos*. Se llaman *imperfectos* aquellos que no generan en los demás derechos correlativos y que en consecuencia no pueden ser exigidos coactivamente a los demás, ni éstos pueden exigirnos su cumplimiento. En ese tipo de deberes, por más que sean los básicos y fundamentales de la vida moral, no cabe la coacción, sino sólo la promoción, la exhortación, etc. Por eso se les llama, precisamente, *imperfectos*. No pueden ser exigidos por la fuerza, que es prerrogativa de la sociedad perfecta, el Estado. Son, por tanto, deberes de gestión privada. Por el contrario, los *deberes perfectos* tendrían las características contrarias a las enumeradas.

Estos dos niveles vienen a coincidir con los que hoy se conocen con los nombres de "*ética de máximos*" y "*ética de mínimos*". Es verdad que la vida moral de una sociedad se gana o se pierde en el primero de esos ámbitos, en el de los grandes ideales morales, el de las propuestas de vida buena y los ideales de perfección y felicidad –el de los *deberes*

56. COMITÉ DE EXPERTOS SOBRE BIOÉTICA Y CLONACIÓN. **Informe sobre clonación. En las fronteras de la vida**, Madrid, 1999.

imperfectos; y que el segundo sólo sirve para establecer ese mínimo que debe exigirse a todos por igual, incluso mediante el empleo de la fuerza– el de los *deberes perfectos*. Los problemas surgen cuando se confunden estos dos niveles, y se quiere exigir una determinada *ética de máximos*, un ideal de perfección y felicidad a todos por igual e incluso mediante procedimientos coercitivos, y por tanto cuando se intenta identificar una determinada *ética de máximos* con los mínimos morales exigibles a todos. Identificar los mínimos morales con una determinada ética de máximos es inasumible en una sociedad basada en el pluralismo y el respeto de la diversidad, del mismo modo que también resultaría inaceptable negar el nivel de los máximos morales, y reducir el mundo moral a la pura *ética de mínimos*. Tanto una como otra postura desconoce la riqueza de la vida moral. En cualquier caso, debe llamarse la atención sobre la importancia fundamental de las éticas de máximos para la sociedad, así como de la aspiración que todas ellas tienen a la "generalización" de sus concepciones del bien. Lo que no puede confundirse es generalización con imposición. Aunque las éticas de máximos pueden y deben buscar la generalización de lo que consideran bueno, no lo pueden imponer por la fuerza. Su gran fuerza es la de la proposición o propuesta, no la de la imposición.

Como escribe **Adela Cortina**, "a estas propuestas que intentan mostrar cómo ser feliz, cuál es el sentido de la vida y de la muerte me parece adecuado denominarlas ´éticas de máximos', mientras que la 'ética de mínimos' no se pronunciaría sobre cuestiones de felicidad y de sentido de la vida y de la muerte, sino sobre cuestiones de justicia, exigibles a todos los ciudadanos". En el primer caso, nos encontraríamos ante una ética exhortativa, que puede ser gestionada privadamente, pero que no puede ser impuesta coactivamente, incluso con sanciones penales. Ahí estaría, prosigue **A. Cortina**, la "fórmula mágica del pluralismo", que "consiste en compartir unos mínimos de justicia y respetar activamente unos máximos de felicidad y de sentido"[57].

9. En nuestro Seminario sobre *Bioética y Religiones*[58], hubo importantes aportaciones sobre lo que la Bioética puede aportar a las tradiciones religiosas. Desde nuestro punto de partida pueden señalarse las siguientes:

57. CORTINA, A., *Ética y sociedad. Entre los mínimos de justicia y los máximos de felicidad*, en **Memorias del 2º Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe**, Cenalbe, Bogotá, 1999. Vease también CORTINA, A., Ética aplicada y democracia radical, Madrid, 1997, 202 ss.

58. GAFO, J. (Ed.), **Bioética y religiones**…

- En contra de la tendencia de las tradiciones religiosas a dar soluciones nítidas y tajantes, los debates de Bioética han ayudado a percibir la gran dificultad de los temas y de las implicaciones personales y éticas existentes. Este hecho ha ayudado a los bioeticistas religiosos a asumir posicionamientos más humildes.
- En la misma línea, el amplio debate bioético de los últimos años ha hecho comprender a los bioeticistas religiosos la inherente complejidad de los problemas implicados. De esta forma se puede eludir el peligro de la tendencia al *simplismo,* al *esquematismo* dentro de la reflexión religiosa.
- La historia reciente de la Bioética, con su énfasis en la necesidad de un discurso racional, debe incitar a las religiones a evitar el peligro de *fundamentalismo*.
- La Bioética, con su énfasis en el valor de la autonomía de la persona y la búsqueda en común de la verdad, ayuda a superar el peligro del *autoritarismo*.
- La Bioética, al tomar como punto de partida el valor de los datos científicos implicados, ayuda a obviar el peligro de *abstrusismo*.
- La Bioética, al distinguir entre unos principios éticos mínimos y jurídicamente exigibles y otros que únicamente son de gestión privada y tienen un valor excelente, pero exhortativo, ayuda a evitar el peligro de la *intolerancia*.

10. Es conocida la distinción, formulada por **Tristram H. Engelhardt**, entre los "amigos/extraños" morales. Para estos últimos, los que pertenecen a diferentes comunidades morales y restringiendo al máximo el principialismo, sólo puede fundamentarse racionalmente el llamado principio de "permiso"[59]. No es el momento de entrar en ese planteamiento tan minimalista, pero sí de asumir la terminología del filosofo tejano. Aunque el debate actual en Bioética se tenga necesariamente que realizar entre extraños morales y deba seguir vigente, en el marco de las religiones, la discusión sobre los temas de Bioética entre los "amigos morales", sin embargo, creemos que es posible que el actual discurso sobre esta apasionante disciplina pueda poseer la mayor franqueza, sin ocultar las vivencias o agendas personales, creyentes o no, sin abstraerse de las tradiciones en que cada persona esta inscrita y que configuran nuestro ser e, inevitablemente, nuestra aproximación a los delicados problemas de Bioética. Se sea creyente o no, se pertenezca a una religión

59. ENGELHARDT, T. H., Jr., **Los fundamentos de la bioética**, Barcelona, 1995, 111-113.

o a otra, incluso enfrentadas históricamente, de la misma forma que, como afirma **H. Küng**, no puede haber paz en el mundo sin un diálogo entre las religiones, también debe convertirse la Bioética en un dialogo entre "amigos", porque se puede serlo aunque se proceda de cosmovisiones bien distintas, si todos buscamos, en este comienzo del siglo XXI, el servicio al hombre y a esta tierra de la que todos formamos parte y en la que debe fundarse nuestra amistad y no nuestra "extrañeza".

Bibliografía

AA. VV., en SHELP, E. E. (Ed.), **Theology and Bioethics**: **Exploring the foundations and Frontiers**, Dordrecht, 1985.

AA. VV., *La fondazione teologica e le grandi religioni*, en RUSSO, G. et al., **Bioetica fondamentale e generale**, Torino, 1995, 313-366.

AA. VV., en GAFO, J. (Ed.), **Bioética y Religiones: el final de la vida**, Madrid, 2000.

ENGELHARDT, T. H., Jr., **Los fundamentos de la bioética**, Barcelona, 1995, 31-47.

JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**, Oxford/Nueva York, 1998.

KÜNG, H., **Proyecto de una ética mundial**, Madrid, 1990.

ROTHMAN, D. J., **Strangers at the Bedside. A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making**, Nueva York, 1991.

SCHOKENHOFF, E., **Etica della vita**, Brescia, 1997.

STOUT, J., **Ethics After Babel**: **The Languages of Moral and their Discontents**, Boston, 1988.

Capítulo cuarto

LA BIBLIA Y EL VALOR DE LA VIDA HUMANA

I. Introducción

El interés del cristianismo por muchos temas de la actual Bioética ha sido importante en la historia, como ya se indica en otro lugar[1]. Los grandes autores de la Teología Moral católica abordaron una serie de temas que siguen constituyendo hoy una parte importante dentro de las actuales publicaciones de Bioética. Desde el siglo XIX comienzan a aparecer algunas publicaciones católicas dedicadas monográficamente a los problemas clásicos de moral médica, una línea que se mantiene a lo largo de la primera mitad del siglo XX[2].

No parece exagerado afirmar que hasta el reciente *boom* de las publicaciones de Bioética, la bibliografía católica sobre temas de moral de la vida ha constituido la aportación cuantitativa y, quizá, cualitativamente más valiosa de reflexión sobre toda esta problemática, aunque lógicamente estaba realizada desde los esquemas morales de la Iglesia previos al Concilio Vaticano II[3].

---

1. VIDAL, M., **Moral de la Persona y Bioética Teológica**, Madrid, 1991, 291-298.
2. ALONSO MUÑOYERRO, L., **Moral médica de los Sacramentos de la Iglesia**, Madrid, 1965; ANTONELLI, J., **Medicina Pastoralis**, Roma, 1906; CAPELLMANN, C., **Medicina Pastoral**, Barcelona, 1904; NIEDERMEYER, A., **Compendio de Medicina Pastoral**, Barcelona, 1955; PEIRÓ, F. J., **Manual de Deontología Médica**, Madrid, 1944; PUJIULA, J., **De medicina pastorali. Recentiores quaestiones quaedam exponuntur**, Torino, 1948; SORIA, J. L., **Cuestiones de Medicina Pastoral**, Madrid, 1973.
3. CURRAN, Ch. E., **Issues in Sexual and Medical Ethics**, Notre Dame, Indiana, 1978, 55-61.

Un artículo de **McCormick**, aparecido hace pocos años, plantea el importante interrogante de qué es lo que significa y lo que aporta la reflexión moral católica o cristiana en relación con los temas de Bioética[4]. El mismo autor cita la crítica de **Alisdair MacIntyre** de que la reflexión ética católica puede parecer una especie de frenología o astrología, desde la que se realiza una esotérica reflexión ética, y acaba exigiendo que los teólogos católicos afirmen desde dónde hacen su contribución al actual discurso bioético[5].

La reflexión ética cristiana se ha basado siempre en un punto de referencia fundamental, el mensaje contenido en la Biblia, que se ha ido decantando en una tradición de 20 siglos. Pero siempre se ha afirmado que las exigencias éticas cristianas no sólo tienen validez para el creyente, sino que representan los valores éticos que todo hombre, cristiano o no, tiene grabados en su conciencia. El concepto de ley natural, de raíz estoica, pero plenamente integrado en la reflexión escolástica desde **Tomás de Aquino**, es el que mejor ha expresado esa exigencia de universalidad de los valores éticos cristianos y, al mismo tiempo, humanos: "Todos los mandamientos de la `nueva ley´ son también mandamientos de la ley moral natural. Cristo no añadió ninguna prescripción moral de carácter positivo a la ley moral natural"[6]. El modelo ético de la ley natural, de carácter predominantemente deontológico, es el mejor reflejo y exponente de esta pretensión de universalidad de la moral católica en general y, en concreto, en los temas de la ética de la vida[7].

El mensaje revelado de la Biblia no es primariamente moral; se sitúa, en primer plano, en el nivel de la experiencia de fe y de la relación del hombre con un Dios que ha salido a su encuentro en la Historia. La Biblia no es, de ninguna forma, un código o recetario moral, en el que se contengan respuestas exactas y nítidas ante los dilemas e interrogantes éticos del hombre. Pero la experiencia religiosa lleva necesariamente al plano del quehacer ético. La pregunta que hacen aquellos primeros creyentes a los apóstoles, testigos del Resucitado, "¿qué tenemos que hacer?" (*Hech*. 2, 37), es una excelente formulación de la relación entre fe y obras, entre la experiencia religiosa cristiana y la respuesta ética.

---

4. McCORMICK, R.A., *Theology and Biomedical Ethics*, en **Logos** 3 (Santa Clara, CA) (1982) 25-45.

5. CAHILL, L. S., *Can Theology Have a Role in 'Public' Bioethical Discourse?*, en **Hastings Center Report** 20 (1990) n.º 4, 10-14.

6. HÜRTH, F. y ABELLAN, P. M., **De principiis, de virtutibus et de praeceptis**, Roma, 1948, 43.

7. Cf. FLECHA J. R., **Teología Moral Fundamental**, Madrid, 1994, 135-138.

En este capítulo nos proponemos hacer una síntesis del mensaje bíblico en torno al valor y el respeto debido a la vida humana, que ciertamente debe estar para el creyente en el horizonte de la aproximación a los temas de la actual Bioética.

II. El Antiguo Testamento

1. Los principales textos veterotestamentarios

El quinto mandamiento del Decálogo, *no matarás*, es el resumen más conocido de la actitud bíblica ante la vida humana[8]. Este precepto ha sido citado numerosas veces, no sólo en relación con el homicidio o el suicidio, sino también ante candentes problemas actuales como los del aborto o la eutanasia.

Nuestro Decálogo, según la terminología ya usada por los Santos Padres, está contenido en *Exodo* 2, 17 y *Deuteronomio* 5, 6-21, dentro de las llamadas *Diez Palabras de Yahveh*. Las dos redacciones del Decálogo son anteriores al siglo VII a. C. y pertenecen a la tradición deuteronómica. Los dos primeros mandamientos son exclusivamente hebreos, expresión de la fe israelita, mientras que los ocho restantes aparecen con anterioridad en el Antiguo Oriente y, especialmente, en la literatura egipcia premosaica. Es probable que Moisés, educado en Egipto, hiciese una síntesis entre la fe hebrea y las prohibiciones éticas del medio ambiente en que vivió. Si el Decálogo primitivo no es del tiempo de Moisés, procede de la primera etapa del asentamiento de Israel en Palestina, en los siglos XIII-XII a. C.[9]

El término hebreo usado es *rasah*, "no cometerás homicidio", e incluye el homicidio involuntario, dentro de una mentalidad ética que no es aún sensible a la voluntariedad en la valoración de los comportamientos éticos. El verbo usado no se refiere al homicidio en tiempo de guerra, al suicidio o a la pena de muerte. "En realidad lo que se prohíbe en el Decálogo a propósito de matar es el homicidio ilegal, o sea, el tomarse la justicia por la mano, con el fin de salvaguardar la vida de los inocentes"[10].

---

8. Cf. DE VAUX, R., **Las instituciones del Antiguo Testamento**, Barcelona, 1974, 542 ss; LEON-DUFOUR, X., *Ira, Venganza, Castigo*, en **Vocabulario de Teología Bíblica**, Barcelona, 1965; EICHRODT, W.,**Teología del Antiguo Testamento**, Madrid, 1975, 236-246.

9. Cf. HOSSFELD, F. L. **Der Dekalog: seine spätere Fassungen, die originale Komposition und seine Vorstufen**, Göttingen, 1982; SCHÜNGEL-STRAUMANN, H., **Der Dekalog –Gottes Gebot?**, Stuttgart, 1973.

10. HORTELANO, A., *¿Violencia o no violencia?: Interrogante histórica y actual*, en **Moralia** 1 (1979) 327- 335.

La *prohibición sacra de matar*: Junto al "no matarás" y con anterioridad a esta condena institucionalizada del homicidio, existe en los pueblos primitivos una prohibición sacra de matar, al menos a los miembros del propio grupo[11]. En efecto, para el hombre primitivo, el extraño, el que no pertenece al propio clan, no es un semejante. En los homicidios dentro del grupo se impone como pena el castigo máximo, el ostracismo, con el que se castigará a Caín (*Gen* 4, 13-15). Para el hombre primitivo el homicidio tiene una referencia sacra: el que mata a un hombre ofende a Dios, ya que todo ser humano es sagrado. Dios aparece como el vengador de la sangre humana derramada, incluso de la del enemigo (*Gen* 4, 9-13). Dios hace caer la sangre del inocente sobre el culpable (*Jue* 9, 23; 1*Re* 2, 32), aunque a veces se reserva su intervención para el día del juicio (*Is* 63, 1-6). Por tanto, se valora la vida humana como sagrada, por ser obra de Dios.

Sin embargo y pese a lo anterior, la *violencia* ocupa múltiples páginas del relato bíblico: "El clima que se respira en el Antiguo Testamento no es excesivamente edificante: la ley del talión, la pena de la lapidación, el anatema o destrucción a sangre y fuego de las ciudades conquistadas y sus habitantes, incluidas mujeres y niños. Todo ello aparece con demasiada normalidad en el Israel del desierto y en su asentamiento en Palestina". Los mismos salmos contienen afirmaciones bien poco edificantes: 58, 7-11; 109, 8-19... También hay que citar los gestos de violencia simbólica de los profetas o la violencia catastrofista de los escritos apocalípticos. Como contraste con esa frecuente violencia, el clima que reflejan los escritos sapienciales es bien distinto. El resto del Antiguo Testamento, sin ser siempre violento, es, en general, fuera de algunas excepciones, como la amistad entre David y Jonatán, duro y fuerte en extremo, como correspondía a una época difícil de la historia en que la irrupción del urbanismo medioriental desencadenó un proceso acelerado de agresividad[12].

Esta violencia aparece con frecuencia asociada a la imagen del Dios veterotestamentario[13]. Yahveh se deja llevar frecuentemente por la ira y el Antiguo testamento aplica este término cinco veces más a Dios que al hombre (*Gen* 32, 23ss; *Ex* 4, 24; 19, 9-25; 32, 10; 33, 20; *Num* 14, 11 ss;

---

11. BRINGAS TRUEBA, A., **El valor de la vida humana en las Sagradas Escrituras**, Madrid, 1984.
12. HORTELANO, A. **Problemas actuales de Moral, II**, Salamanca 1980, 73-74.
13. VILLAR, E., *El Dios de la Biblia, ¿es violento?*, en **Biblia y Fe** 7 (1981) 19-32.

17, 11; *Jue* 13, 22; 17, 11; *Is* 5, 5; 30, 27-33; *Jer* 21, 5; *Ez* 20, 30; 1*Sam* 6, 19; *2Sam* 6,7). Se describe a Dios utilizando y ordenando la venganza (*Gen* 12, 20; 20, 18; *Ex* 4, 23; 11, 4-6; 14, 23-28; *Num* 31, 2-17; 33, 51-55; *Jue* 18). Es el mismo Yahveh el que ordena a Israel la práctica del anatema: *Ex* 17, 14-16; *Deut* 7, 1-2; 12, 29: 19, 1; 20, 16-18; *Jos* 6, 17-21; 7, 1; 8, 20-23; 10; 11; *Jue* 8, 13-17; 11, 29-33; *1Sam* 15, 1-9; 27, 8-12; 30, 16-17). Incluso Yahveh aparece utilizando el engaño y la traición: *Gen* 12, 11-19; 20, 2-22; 26, 7-10; 27; 30; 34; *Ex* 3, 21; 11, 2-3; *Jue* 4, 17; 9, 23; 18; *2Re* 10, 18-25. Finalmente Dios castiga a veces de forma despiadada: *Gen* 38, 24; *Ex* 21,12; 22,17-19; *Lev* 17, 13-14; 18, 29; *Num* 14, 36-37[14].

Otro tema importante es el de la **guerra**. Para el Antiguo Testamento, así como para el Islam primero, la guerra tiene un significado religioso. En la lucha bélica, el israelita se siente ejecutor de la ira de Yahveh (*1Sam* 28, 18) y se considera la guerra como algo santo: *Jer* 6, 4; *Miq* 3, 5; *Joel* 4, 9. El pueblo se prepara a la guerra mediante purificaciones, incluso con abstinencia sexual (*1Sam* 21, 6; *2Sam* 11, 11). Es el mismo Yahveh el que da la orden para comenzar la batalla (*Is* 13, 3; *Jer* 51, 27), el que está presente en las campañas bélicas, a través del Arca de la Alianza (*Num* 14, 42; *Deut* 23, 15; *1Sam* 4, 7; *2Sam* 11, 11). Yahveh pasa revista a las tropas y es el estandarte, el escudo y la espada de Israel, que pelea en favor de su pueblo (*Ex* 15, 13; 17, 15; 23, 27ss; *Deut* 7, 20; 33, 29; *Jos* 10, 10ss; 24, 12; *Is* 13, 4). Las guerras son guerras de Yahveh, que se celebran con cantos, mientras que los enemigos de Israel lo son también de Dios (*Ex* 17, 16; *Num* 21, 14; *1Sam* 18, 17; 25, 28; *Jue* 5, 23. 31)[15].

Esta sacralización de la guerra forma parte de una sacralización global de la violencia. Según **Girardi**, estamos ante una mitología generalizada de la violencia, a la que no escapan los autores del Antiguo Testamento. A lo largo de la Biblia, "se observa una poderosa dinámica que corre a contrapelo de esta violencia sacralizada y sacralizadora". Esto se manifiesta, según el mismo autor, en la historia de Caín, cuya tesis es mostrar que la cultura nacida de la violencia vuelve a ella a pesar del desarrollo cultural[16].

---

14. FLOR, G., *El Dios del Antiguo Testamento, ¿un Dios violento?*, en **Communio** 2 (1980/II) 106.

15. GONZÁLEZ RUIZ, J. M., *Desacralización de la violencia. Del AT al NT: ¿Continuismo o ruptura*?, en **Communio** 2 (1980/II) 163-172.

16. MALDONADO, L.**, La violencia de lo sagrado**, Salamanca, 1974; GIRARD, R., **La violence et le sacré**, París, 1972.

2. Interpretación de los datos bíblicos

Deben reconocerse, desde la actual comprensión de la inspiración bíblica, las implicaciones culturales subyacentes a la imagen veterotestamentaria de Dios. La concepción de un Dios violento y hasta cruel es normal en un pueblo que vive en un clima de lucha y cuya supervivencia depende de la ley del más fuerte. En ese contexto, Israel es un pueblo primitivo más, violento como los otros. Ha sido elegido por Dios, pero su transformación no es súbita. En ese ámbito cultural, la violencia, tan negativa para nosotros, no tenía ese carácter. Esto debe tenerse en cuenta al valorar el Antiguo Testamento: la imagen que el hombre se hace de Dios depende de su madurez humana, de su conciencia moral. El hombre va avanzando en su comprensión de Dios, purificando gradualmente las imágenes que de Él se hace[17].

Por otra parte, no pueden ponerse a un mismo nivel 20 siglos de historia judía. Lo reconocía el mismo Vaticano II: "Estos libros, aunque contengan cosas imperfectas y adaptadas a sus tiempos, demuestran, sin embargo la verdadera pedagogía divina"[18]. Al mismo tiempo, se da en el Antiguo Testamento una evolución de la conciencia moral de Israel, por lo que **Lohfink** podrá afirmar que existe en él "la denuncia y el desenmascaramiento de la violencia"[19].

Israel comienza practicando la venganza de sangre existente en los pueblos nómadas, que está presente en su misma legislación (*Gen* 9, 6; *Ex* 21, 12-13; *Lev* 24, 17-21; *Num* 35, 16-33; Dt 19, 11-13) y en la propia vida de Israel (*Gen* 42, 22; *Jue* 8, 18-21, 9, 23ss; *2Sam* 1, 16; 2, 22ss; 3, 27-30, 4, 11; 14, 7-11; *2Re* 14, 15. 20; *2Cron* 24, 24-25; *1Mac* 9, 38-42) Esta venganza indiscriminada se refleja especialmente en *Gn* 4, 23-24[20].

En este contexto, la ley del Talión significa un avance positivo. Si *Gn* 4, 23-24 decía "por un cardenal mataré a un hombre, a un joven por su cicatriz", ahora el castigo no debe sobrepasar al delito. Así *Ex* 21, 22-23: "ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, quemadura por quemadura, herida por herida, cardenal por cardenal". Igualmente *Deut* 19, 21. Otro paso adelante será la prohibición de la venganza, que sólo le corresponde a Dios (*Deut* 32, 35). Esa línea culmina en *Lev*

17. FLOR, G., *El Dios del Antiguo Testamento*... pp. 107-109.
18. **Dei Verbum**, cap. IV, n.º 5.
19. LOHFINK, N., *El desenmascaramiento de la violencia*, en **Selecciones de Teología** 72 (1979) 285-293.
20. FLOR, G., *El Dios del Antiguo Testamento*... pp. 110-111.

19, 17-18; 33-34: "No guardarás odio a tu hermano... No serás vengativo, ni guardarás rencor a tus conciudadanos. Amarás a tu prójimo como a ti mismo. Cuando un emigrante se establezca con vosotros en vuestro país, no lo oprimiréis. Será para vosotros como el indígena: lo amarás como a ti mismo, porque emigrantes fuisteis en Egipto".

Esta progresiva defensa de la vida humana se fundamenta en la concepción del hombre, creado a imagen y semejanza de Dios por lo que su vida es inviolable aun para los mismos animales: "Pediré cuentas de vuestra sangre y vida, se las pediré a cualquier animal" (*Gen* 9, 5-6).

Por ello, "todos los autores están de acuerdo en reconocer que en Israel se alcanzaron cotas de moralidad y humanitarismo –si no en la práctica, sí al menos en la conciencia moral y en la legislación– inusitadas y originalísimas en el contexto de los pueblos del Antiguo Oriente"[21]. A diferencia del derecho babilónico, no se condenan con la pena de muerte los delitos contra la propiedad; se defiende a los esclavos contra el trato inhumano; por un crimen hay un solo castigo, mientras que el derecho asirio acumula las penas. No se imponen castigos como las mutilaciones, cortar las manos, nariz, orejas, pechos, lengua, sacar los ojos, marcar con fuego... Todo ello estaba presente en el *Código de Hammurabi*, en las leyes asirias e hititas. Probablemente de ahí surge la conciencia de Israel sobre la humanidad de sus leyes: "¿Qué nación tiene unas leyes tan justas?" (*Deut* 4, 8).

Al mismo tiempo se va depurando el mismo concepto de la ira de Dios: casi siempre está motivada por motivos éticos y no es la ira irracional y caprichosa de los dioses de los pueblos vecinos. Frecuentemente va dirigida contra los opresores, los injustos, los violentos... para castigar sus delitos, que a menudo se sitúan en el orden social. Y, por otra parte, se subraya que esa ira es pasajera y, en esa formulación tan repetida en el Antiguo Testamento, se habla de un Dios "lento a la cólera y rico en piedad": *Sal* 103, 8-9; *Is* 54, 8; *Os* 11, 9. Se presenta con frecuencia a Dios del lado de los débiles, de los oprimidos y en contra de los violentos y opresores: *Ex* 3; 22, 20-23; *Lev* 19; 25, 35-43; *Deut* 10, 18-19; 24, 10-18; *1Re* 17; 2Re 4; *Am* 2, 6-7; 4, 1; 5, 11; 8, 4-6; *Os* 10, 12-13; *Is* 1, 17; 3, 14-15; 58, 6ss; *Jer* 5, 26ss; 22, 3... Una frecuente exigencia profética es la de que Dios no acepta el culto que no está acompañado por la justicia: *Is*, 1; 58; 59, y se insiste en que no puede darse un verdadero conocimiento de Dios al margen de la justicia: *Is* 2, 1-5; 11, 9; *Jer* 22, 15-17;

21. **Ib**., pp. 111-112.

Os 4, 1-2; Finalmente, el mundo futuro será un mundo en paz, en el que convivan pacíficamente animales hostiles: *Is* 11; 29; 35; 41; 65; *Sof* 3[22].

Simultáneamente hay un segundo elemento de reacción, que se expresa, sobre todo, en el mensaje profético y que se opone a la antes citada sacralización ritual de la violencia. Lo que reconcilia al hombre con Dios no es la condición sagrada de la víctima, determinada por minuciosas prescripciones legales, sino las relaciones armoniosas en el seno de la comunidad. Sin embargo, este proceso de desacralización de la violencia no llega a término y se mantiene aún viva en el *Cuarto Canto del Siervo de* Yahveh, guardando relación con una concepción de la divinidad que todavía persiste en los profetas. Se asiste a un proceso de purificación, en el que se superan ciertos rasgos presentes en las divinidades mitológicas, pero "jamás se llega en el Antiguo Testamento a una concepción de la divinidad completamente extraña a la violencia". En ese sentido hay un "inacabamiento" en el Antiguo Testamento: se critican los sacrificios, pero subsisten. Como consecuencia de ello, "aunque se presente cada vez de una forma menos violenta, cada vez más benévola, Yahveh sigue siendo el Dios que se reserva la venganza. La noción de retribución divina sigue en pie". Sólo serán los textos evangélicos los que llevan a plenitud algo que el Antiguo Testamento deja inacabado. Constituyen el punto final de una empresa que la Biblia judía no lleva a término"[23].

3. Resumen

Como resumen, podría decirse lo siguiente:

1. El mensaje veterotestamentario sobre la vida humana está marcado por luces y sombras, por aspectos claramente positivos y por otros negativos. No resulta fácil decir qué es lo que predomina. Por ello, hay que huir de idealizaciones, pero también hay que descartar ciertas presentaciones que únicamente resaltan lo negativo. Son varios los autores que subrayan que el conjunto del Antiguo Testamento supera a los sistemas éticos y legales de los pueblos vecinos: asirios, hititas, *Código de Hammurabi*... Pero también hay que afirmar que, en otros contextos culturales, han existido pueblos menos violentos. **E. Fromm** habla de sociedades de tipo "A", afirmadoras de la vida, y considera que los tres

22. **Ib**., pp. 112-113.
23. GONZÁLEZ RUIZ, J. M., *Desacralización de la violencia*... p. 164.

primeros capítulos del Génesis presentan "viejos recuerdos de la humanidad, en cuyo acervo se encuentran sociedades del tipo A": el Génesis quiere inculcar que "la violencia no es innata al hombre, sino que es hija de la cultura o de la historia". La humanidad vivía pacíficamente, sin rupturas entre los hombres, pero esta armonía se rompe por el pecado y se llega a una verdadera escalada de la violencia en los once primeros capítulos del primer libro de la Biblia[24].

2. El mensaje veterotestamentario es inseparable de un contexto cultural concreto y de sus condicionamientos. Israel vive en un entorno geográfico donde la violencia es muy intensa. Esta realidad marca con fuerza el mensaje bíblico, así como acontece en otros temas: sexualidad, matrimonio, posición de la mujer... Este hecho nos debe llevar a una doble conclusión. Por una parte, hay que ser "benévolos" con el Antiguo Testamento: la ley del Talión es hoy absolutamente inaceptable, pero significó un indiscutible avance en una época en que no había límites para la venganza; las prácticas bélicas israelitas deben enmarcarse en un contexto donde eran normales muchas prácticas que hoy nos parecen crueles –algo que les sucederá también a las generaciones futuras respecto de nuestras prácticas actuales. Pero, al mismo tiempo, es necesaria una actitud de cautela en la utilización de los textos bíblicos para responder a los problemas de nuestros días: no se puede justificar hoy la guerra basándose en las múltiples narraciones bélicas contenidas en la Biblia, así como no se puede condenar el aborto basándose únicamente en el quinto precepto del Decálogo.

3. En la misma línea deben relativizarse, en el actual debate bioético, ciertas afirmaciones bíblicas que se usan en relación con la vida humana. Ya nos hemos referido al "no matarás", pero también hay que ser cautos con la afirmación de que "la vida humana es sagrada" –¿puede decirse que surge de la lectura del conjunto de los textos bíblicos?– o la afirmación de que Dios es el único dueño de la vida del hombre, de la que no se puede disponer. ¿Surgen tan claramente estas afirmaciones del conjunto del texto sagrado?

4. Existe en el Antiguo Testamento un indiscutible progreso, tanto en comparación con otros pueblos, como, sobre todo, en el mismo interior del mensaje veterotestamentario, que hemos subrayado anteriormen-

24. FROMM, E., **Anatomía de la destructividad humana**, Madrid, 1980, 176-179.

te. Se da, al mismo tiempo, una purificación de la imagen de Dios: el de la literatura profética o sapiencial es más próximo al que nos revelará Jesús que el que aparece en los libros históricos. La actitud ante la vida humana es muy distinta cuando se admite la venganza personal ilimitada, cuando se llega a la ley del Talión o cuando se exhorta a amar a los demás como a uno mismo. Pero ciertamente hay que afirmar que el Nuevo Testamento será siempre la clave para interpretar el Antiguo.

5. Es importante subrayar cómo el progreso en la imagen de Dios lleva a un progreso en el nivel de las exigencias éticas. Pero también se da el proceso inverso: una mayor humanización del hombre, un mayor nivel en sus exigencias éticas, llevan a un depuración de la imagen de Dios. Se podría decir que Dios humaniza al hombre y el hombre humaniza a Dios.

6. ¿Qué queda finalmente del mensaje veterotestamentario? Hay un avance positivo, que llevará a la culminación en el Nuevo Testamento. Se podría sintetizar en las siguientes afirmaciones:

- Existe un creciente respeto hacia la vida del hombre, una tendencia progresiva a calificar como semejante a todo hombre.
- Se va progresivamente presentando a un Dios menos "guerrero", menos violento y a describirle más cercano, más misericordioso... y, también, menos "judío".
- En el conjunto del Antiguo Testamento hay una actitud de defensa del débil, del desamparado, del explotado, del oprimido. Es algo que está muy presente en la literatura profética, pero que también se refleja en los libros históricos (aunque con la excepción de la relación con los pueblos vecinos).
- Existe una tendencia a desacralizar la violencia: lo que reconcilia al hombre con Dios no son los sacrificios cruentos, ni las venganzas contra los individuos o los pueblos. Lo que reconcilia con Dios es la justicia, sobre todo la que se practica con los más débiles.
- También forma parte del mensaje veterotestamentario la concepción, de base religiosa, de que Dios es el único que puede disponer de la vida del hombre. Ciertamente existen inflexiones, pero esta afirmación es dominante en el mensaje del Antiguo Testamento.

III. El Nuevo Testamento

1. La sociedad judía en la época intertestamentaria

Jesús convivió con una intensa efervescencia sociopolítica[25]. **Pompeyo** había conquistado Israel el año 63 a. C. y, desde el 6 a. C., Judea y Samaría eran provincias romanas. Existían fuertes tendencias de liberación, dentro de un pluralismo religioso y político sobre la forma de cómo entenderla, que ya se habían manifestado desde la época de los Macabeos (168 a. C.). Por una parte, estaban los partidarios de la resistencia armada, como **Matatías** y sus hijos; por otra, los *jasidim* propugnaban una resistencia piadosa, mediante la confianza en Dios, la fidelidad hacia la ley, aun a costa de la vida (*2Mac* 6, 18; 7, 1-12). Finalmente estaban los colaboracionistas, integrados por las clases altas, los comerciantes y los aristócratas. También participaban de esta última estrategia los líderes religiosos (*1Mac* 1, 10-64). Los colaboracionistas aceptaron las costumbres paganas bajo el rey **Antíoco IV Epífanes**[26].

En la época de Jesús esos movimientos habían cristalizado en cinco grupos:

- Los *esenios*: que vivían alejados de la sociedad, desentendiéndose de la política. Sólo algunos participarán en la guerra contra Roma.
- Los *saduceos*, que seguían la línea contemporizadora y colaboracionista.
- Los *fariseos*, que eran sordamente hostiles, con una resistencia pasiva, pero sin oponerse al pago de impuestos al poder romano.
- Los *zelotas*, el ala radical de los fariseos, partidarios exaltados de una resistencia activa contra Roma.
- Los *jasidim* o piadosos: donde se situaba el común del pueblo, no demasiado preocupado por la política.

Dentro de estos grupos, los zelotas son los que tienen un mayor interés en relación con nuestro tema. Su nombre significa "ardiente", "ferviente". Ya existían grupos de resistencia activa desde la época de los Macabeos, pero el nacimiento estricto del partido zelota tiene lugar en el año 6 d. C., iniciado por **Judas Galileo** y el fariseo **Saddoq**. Proclaman

25. Cf. ALONSO, J., *El compromiso político de Jesús*, en **Biblia y Fe** 4 (1978) 151-174; *Jesús de Nazaret ante la violencia opresora*, en **Ib**. 7 (1981) 33-48.

26. DORADO, G. G., *El Evangelio y la violencia*, en **Moralia** 1 (1979) 285-317; MACCOBI, H., **Revolt in Judea. Jesus and the Jewish Resistence**, Londres, 1973; CASSIDY, R. J., **Jesus, politics and society. A study of Luke's Gospel**, Nueva York, 1978.

que pagar el tributo al César es un crimen religioso (se reconoce a un soberano, distinto de Yahveh) y patriótico (por aceptar un poder extranjero). Rompen con los fariseos, pero tienen su mismo ideal teocrático. Optan por la resistencia activa y armada, con un grado creciente de violencia, por la que aspiran a la liberación de Israel y a la instauración del Reino mesiánico, Actuaban en pequeños grupos, como verdaderos comandos, y se guarecían en el desierto. Después de Cristo su arma distintiva es la *sica*, una daga romana corta y curva, disimulada bajo el vestido, de donde provendrá su nombre de *sicarii*. **Flavio Josefo** los llamará en griego *leistai*, bandidos.

Las sublevaciones zelotas eran frecuentes, tanto por su mentalidad teocrática, como por su oposición al despotismo y crueldad de los gobernadores y soldados. En tiempos de Jesús, hubo varias revoluciones zelotas, culminadas con una dura represión. El Evangelio alude a una de ellas, en la persona de los galileos ejecutados por Pilato (*Lc* 13, 1). La guerrilla zelota desembocará en la guerra contra los romanos, que acabará con la conquista de Jerusalén el año 70 de nuestra era. Los zelotas continuarán su resistencia heroica en la fortaleza de Massadá, que finalmente será tomada por los romanos y que hoy se ha convertido en símbolo de la resistencia judía.

2. ¿Fue Jesús un revolucionario?

Jesús ciertamente vivió en una coordenada histórica marcada por la violencia y la oposición al poder romano, que aparece muy poco reflejada en los relatos evangélicos. Algunos autores, como **José Alonso**, han afirmado que los Evangelios están pretendidamente despolitizados y que las actitudes del Maestro fueron más duras en el contexto político que lo que aparece en los relatos de su vida[27].

Fue ya **Reimarus** (1694-1767) el primero que presentó a Jesús como un "agitador político"[28]. Más tarde, el socialista checo **Kautzski** hará en 1908 una lectura similar de su vida[29]. En 1929, **R. Eisler** intentará, basándose en **Josefo**, afirmar que Jesús fue ejecutado por haber intentado un asalto a Jerusalén[30]. Una línea similar será seguida por **J. Carmichael** en 1963[31] y por el especialista en historia de las religiones, **S. G. F. Brandon**

27. ALONSO, J., *Jesús de Nazaret ante la violencia*... p. 43.
28. REIMARUS, H. S., **Vom Zwecke Jesus und seine Jünger** (Obra publicada por Lessing en 1778).
29. KAUTSKY, K., **Der Ursprung des Christentums**, Stuttgart, 1908.
30. EISLER, R., **Jesous Basileous ou Basileusas I-II**, Heidelberg, 1929-30.

(1967), que considera a Jesús como un "parazelota", con ideales y procedimientos similares a los de los zelotas[32]. Cree descubrir en los Evangelios, por debajo de sus retoques, una sintonía de Jesús hacia el zelotismo e incluso un intento de apoderarse del templo. El tema ha sido tratado, monográficamente y en un sentido opuesto, por **O. Cullmann**[33] y **M. Hengel**[34].

Los datos aportados por los autores citados en favor o en contra de esta tesis son los siguientes:

a) **El nombre de algunos discípulos**, sobre todo el de Simón el Zelota (*Mc* 3, 18; *Mt* 10, 4; *Lc* 6, 15 y *Hech* 1, 13). El término hebreo originario es *qua'aná*, que ha sido trasliterado por Mateo y Marcos como "cananeo", como si fuese descendiente de los cananeos primitivos. Debe traducirse ciertamente por "zelota". Puede llegarse a la conclusión de que Simón había sido miembro de ese grupo revolucionario y se quedó con ese apodo. El segundo nombre, correlacionado con el movimiento zelota, es el de Iscariote, subrayándose que el calificativo puede referirse al *sicarius*. Pero la metátesis *"Sic"/"isc"* no es aceptable, además de que el apodo *sicario* no se usaba en vida de Jesús. Más bien, el término debe significar "hijo de Qeriot". También se ha especulado con el apelativo de Pedro Barjona, que significa en acádico "hijo del terror" y, por tanto, terrorista. Esta interpretación es sumamente improbable y debe entenderse como "hijo de Johanan". La conclusión es que sólo Simón pudo pertenecer en su pasado al movimiento zelota, aunque el Evangelio no presenta ningún rasgo de ese apóstol que indique su pasado violento.

b) **Algunas frases de Jesús**: en cualquier caso, son muy pocas y la mayoría de las afirmaciones de Jesús van en la dirección contraria. La primera es: "No he venido a traer la paz, sino la espada" (*Mt* 10, 34; Lucas 12, 51 traduce "espada" por "división"). Jesús se está refiriendo a las divisiones y tensiones que son consecuencia de su mensaje aun en el interior de la familia (*Lc* 12, 52-53). En segundo lugar, se cita la que podría clasificarse como "predicación social" del Maestro: sus denuncias contra los ricos, las bienaventuranzas o macarismos hacia los pobres (cf. *Mt* 5; *Lc* 6, 20-23; 16, 19; 12, 16-21). Pero también hay que afir-

31. CARMICHAEL, J., **The Death of Jesus**, Londres, 1963.
32. BRANDON, S. G. F., **Jesus and the Zealots**, Manchester, 1967.
33. CULLMANN, O., **Jesús y los revolucionarios de su tiempo**, Barcelona, 1980.
34. HENGEL, M., **Jesús y la violencia revolucionaria**, Madrid, 1973. Ver también, SCHELLER, M., *Was Jesus Revolutionary?*, en **Theology Digest** 46 (1999) 247-254.

mar que Jesús no predica "la lucha de clases" y que sus motivaciones no son ético-sociales, sino religiosas. Por otra parte, Jesús no trata solamente con los pobres, sino que también se relaciona con los ricos: Simón (*Lc* 7, 26), Zaqueo (*Lc* 19), José de Arimatea (*Mc* 15, 43), Nicodemo (*Jn* 3,1; 7, 50; 19, 39). Estos dos últimos, según fuentes rabínicas, eran de los más ricos de Jerusalén. Llama a su seguimiento a dos publicanos: Leví (*Mc* 2, 14; *Mt* 9, 9-13; *Lc* 5, 27-31) y Zaqueo. Finalmente, en el huerto de Getsemaní afirma "que venda su manto y compre una espada" (*Lc* 22, 36). Son palabras de difícil interpretación, para algunos no auténticas de Jesús. Puede referirse a las duras vicisitudes de los discípulos después de su partida. Jesús parece hablar en sentido figurado y, según **Hengel**, "en ningún caso se pueden interpretar como una invitación a la rebelión armada"[35].

c) Finalmente, se citan dos gestos de Jesús, la entrada en Jerusalén y la expulsión de los mercaderes del templo, que podrían interpretarse desde actitudes violentas.

Los cuatro evangelistas relatan la entrada de Jesús en la ciudad. Algunos comentadores consideran que este hecho está amplificado por la tradición posterior y lo reducen a una "aclamación" de Jesús, no de gran volumen, ni provocada por él. Aunque fuese una verdadera exaltación popular, no puede interpretarse como un intento de asalto a Jerusalén, ya que inmediatamente hubiera desencadenado una respuesta militar por parte de la guarnición que vigilaba desde la Torre Antonia. Fue una entrada humilde, montado sobre un asno y no sobre un caballo como un Mesías guerrero; según **Cullmann**, "para simbolizar su misión pacífica" y en relación con *Zac* 9, 9[36].

La expulsión de los mercaderes aparece en los cuatro evangelistas, pero Juan la sitúa al comienzo de la vida pública y los sinópticos en torno a la entrada en Jerusalén. Este hecho llamativo de Jesús recibe un significado distinto en los evangelistas: Lucas condena el comercio en el templo; para Marcos tiene un sentido escatológico, de rechazo del templo y de los que negocian en él, al mismo tiempo que se insinúa la apertura a los gentiles; para Mateo tiene un significado de gesto mesiánico, con sus citas de *Is* 56, 7 y *Jer* 7, 11. Juan lo relaciona con el "destruid este templo": el sistema religioso que profanaba el santuario será sustituído por el Cuerpo Resucitado de Jesús.

---

35. **Ib**., p. 28.
36. CULLMANN, O., **Jesús y los revolucionarios**... p. 57.

¿Se trata de una simple reprobación del mercantilismo o del mismo templo de Jerusalén? En contra de la segunda hipótesis puede aportarse el hecho de que los primeros cristianos siguen frecuentando el Templo (*Hech* 2, 46; 3, 1-11; 5, 2). Por otra parte, la venta tenía lugar en el atrio exterior del templo, de acceso libre para los gentiles, pero respetable para los judíos, donde se realizaba el cambio de las monedas, se vendían animales menores para los sacrificios... unas prácticas que habían degenerado en mercantilismo. Probablemente, no fue una acción espectacular, aunque a veces ha sido presentada así, ya que no provocó la intervención de la guardia del templo ni de los romanos. La explicación más frecuente es que se trata de un gesto fuertemente simbólico, en la línea de los profetas, con el que Jesús muestra su distanciamiento del templo de Jerusalén como lugar privilegiado de encuentro con Dios, al que se debe adorar en espíritu y verdad (*Jn* 4, 21-24). Por ello no puede darse a este gesto de Jesús un carácter político o zelota. No consta que Jesús usara la violencia física: un azote de cuerdas no es instrumento de violencia al usarlo con los animales[37].

3. ¿Enseña el Evangelio la violencia?

Es posible teóricamente que, aunque Jesús no fuese violento, ni zelota, sin embargo sus afirmaciones incitasen a la violencia. Ante todo, hay que afirmar que no es lo mismo revolución que violencia. **Ghandi** fue revolucionario, ya que predicó un cambio radical, revolucionario, en la escala de valores éticos, aunque excluyó la violencia ¿Es éste también el caso de Jesús?

En primer lugar, hay que hacer referencia a ciertas frases de Jesús que pueden significar una incitación a la violencia: "El Reino de Dios sufre violencia y gente violenta lo arrebata" (*Mt* 11, 12; *Lc* 16, 16). Es un texto que procede de la fuente *Q*, aunque aparece desconectado en Lucas y, en relación con el Bautista, en Mateo. Es quizá uno de los pasajes más enigmáticos de los Evangelios. Mateo lo relaciona con el contexto de entusiasmo popular ante el Bautista, que ahora se traslada a Jesús. Sin embargo, la violencia que se menciona no parece referirse al empleo de la fuerza física, sino al entusiasmo que surge ante el anuncio del Reino. El término griego *blasta*i puede tener también un significado menos duro. Se han hecho diversas traducciones de ambos textos. La más blanda traducirá así a Lucas: "El Reino de Dios es anunciado y

37. Cf. BUSTO, J. R., **Cristologia para empezar**, Santander, 1991, 69-83.

todo hombre es urgido por él" o "El Reino de Dios es anunciado y todo hombre puede alcanzarlo". Jesús habla de hechos, de las tensiones que acompañan al Reino de Dios, en que se mezcla también la situación de la primera comunidad. De ninguna forma puede admitirse que su interpretación sea la de que "sólo los violentos entrarán en el Reino".

Ya antes hemos comentado la frase de Jesús de no haber traído la paz, sino la espada, A ella habría que añadir la de *Lc* 12, 49ss: "He venido a traer fuego a la tierra". Es un texto que viene acompañado de una serie de exhortaciones del Maestro, aunque aparece desconectado y sólo se encuentra en Lucas. Al mismo tiempo, los versículos 49-50 aluden a la muerte de Jesús como condición previa. Todo parece indicar que la voz "fuego" debe entenderse metafóricamente en relación con sus múltiples significados en la Biblia (es imagen del fuego de Dios, *Jer* 4, 4; 5, 14; *Ez* 21, 36; puede referirse al fuego eterno, *Mc* 9, 43. 44. 46. 48; al juicio escatológico: *Mt* 3, 10; *Lc* 3, 9 y, con frecuencia, en el Apocalipsis). El texto podría traducirse: "He venido a inaugurar en el mundo el juicio salvador de Dios (por el bautismo de fuego) y desearía que fuera realidad, pero antes he de pasar por la cruz". En cualquier caso, no se trata de una acción violenta contra alguien, sino de la exigencia de dinamismo humano para tomar una decisión ante el Evangelio.

4. La no-violencia en el Evangelio

Por tanto, no hay ninguna palabra o gesto de Jesús, que pueda interpretarse claramente como favorable a la violencia. Y, por el contrario, existen muchas enseñanzas de Jesús en favor de la no-violencia:

- *Mt* 5, 5ss: Las bienaventuranzas dirigidas a los tolerantes, a los pacíficos, a los alegres en las persecuciones...
- *Lc* 6, 31: "Como queréis que os traten los hombres tratadlos vosotros a ellos" (Mt 7, 1).
- *Mt* 5, 39 ss: "No hagáis frente al agravio, presentad la otra mejilla".
- *Mt* 5, 46-47: "Amad a vuestros enemigos..."; *Lc* 6, 27. 32: "Bendecid a los que os maldicen..."
- "Amarás a tu prójimo como a ti mismo..." (*Mt* 5, 43; 19, 19; 22, 39; *Lc* 27, 10).
- *Lc* 6, 36: "Sed compasivos como vuestro Padre es compasivo..."
- Jesús condena incluso las palabras ofensivas (*Mt* 5, 22).

Se ha afirmado que "algunos de estos dichos, singularmente los que reprueban la venganza, se pronunciaron con la mente puesta en los vengativos zelotas"[38]. A ello hay que añadir las actitudes de Jesús contra la violencia: contra los Zebedeos que quieren que baje fuego de cielo (*Lc* 9, 51-55); su afirmación en Getsemaní de que "quien empuña la espada, a espada morirá" (*Mt* 26, 51). El mismo Jesús vive las actitudes que él predicó en el Sermón del Monte[39].

El tema es indiscutiblemente muy complejo y desborda el marco de este capítulo, para inscribirse dentro de la Cristología. Sin pretender zanjar esta discusión, queremos finalizar este apartado citando a dos relevantes especialistas: **J. I. González Faus**[40] y **H. Küng**[41].

Para el teólogo suizo, en la misma línea que **Cullmann** o **Hengel**, "si se quiere hacer de Jesús un guerrillero, un insurrecto, un agitador y revolucionario político y convertir su mensaje del reino de Dios en un programa político-social, hay que tergiversar y falsear todos los relatos evangélicos, hay que seleccionar unilateralmente las fuentes, hay que trabajar arbitrariamente con dichos de Jesús y creaciones de la comunidad, sacados de su contexto, hay que prescindir del mensaje de Jesús como totalidad, hay que proceder, en suma, con fantasía novelesca y no con rigor histórico-crítico". Por el contrario, "todos los investigadores serios de nuestros días están de acuerdo en ello: en ningún lugar aparece Jesús como cabeza de una conjuración, ni habla al estilo zelota del Mesías Rey, que ha de aniquilar a los enemigos de Israel, o del dominio universal del pueblo israelita...", sino que aparece "como inerme predicador itinerante, como el médico carismático que cura, más que abre, heridas. Que alivia la miseria sin perseguir fines políticos. Que a todos y para todos proclama no la lucha armada, sino la gracia y misericordia de Dios"[42].

La postura de **González Faus** es más matizada. Considera que los Evangelios "trasmiten una utopía no violenta" y parece claro que Jesús

---

38. DORADO, G. G., *El Evangelio y la violencia*... p. 316.

39. Cf. SICARI, A. M., *La liberación y las Bienaventuranzas: el anuncio de la fortaleza cristiana*, en **Communio** 2 (1980/II) 115-134.

40. GONZÁLEZ FAUS, J. I., *La buena noticia de Jesús ante la mala noticia de un mundo violento*, en **Sal Terrae**, 68 (1980) 323-336.

41. KÜNG, H., **Ser cristiano**, Madrid, 1977, 228-239; FRAIJÓ, M., *Jesús ante la violencia*, en **Jesús y los marginados**, Madrid, 1985, 110-121.

42. KÜNG, H., **Ser cristiano**... pp. 233-236. **Cullmann** y, sobre todo, **Hengel**, insisten en la expectativa de Jesús de una próxima venida del Reino de Dios como un factor muy importante en la falta de implicación política en el mensaje de Jesús.

fue "una especie de carismático no-violento". Por ello, "Jesús comparte y asume esa experiencia sapiencial humana, que descubre en la violencia una especie de lógica cancerígena: la 'espiral de la violencia'", y asume esa sabiduría existente en otras culturas de que "la violencia desata una lógica interna que acaba por destruir al mismo que la ejerce". Su mensaje no se reduce al moralismo de que la violencia puede ser alguna vez legítima, sino a la afirmación más radical de que no tiene que haber violencia. Por ello, hay que salir del círculo de la violencia para entrar en lo que **González Faus** llama: "la violencia de la utopía, a pesar de ser utopía". La violencia no tiene que ser necesaria y se mantiene "allí incluso donde alguna violencia es inevitable", ya que "a veces, en esta realidad antiutópica y transida por todas partes de injusticia violenta imperante, puede ser inevitable la violencia defensiva"[43].

IV. Reflexión final

Ha sido frecuente, en la reflexión ética de la Iglesia, el incidir en el textualismo, en basar sus respuestas éticas en determinados textos aislados de la Biblia, que han sido escritos en contextos culturales distintos y desde esquemas de valoración diversificados. No se ha percibido que se estaba realizando una previa, e insuficientemente crítica, selección de textos, que llevaba a asumir unos y a prescindir de otros. El mismo mensaje bíblico contiene sus paradojas y contradicciones, al menos aparentes: Jesús afirma que hay que ofrecer la otra mejilla al que nos abofetea, pero Él no aplica su propia doctrina a sí mismo cuando es abofeteado en su pasión.

Sin embargo, el mensaje de la Biblia –en cuya interpretación habrá siempre que tener en cuenta que el Nuevo Testamento es la culminación del Antiguo y su clave de interpretación para el cristiano[44]– incluye unos contenidos de fe que exigen determinadas líneas de orientación ética. **McCormick**, en el artículo al que antes hicimos referencia, califica a estos contenidos como *stories*, o narraciones, que reflejan las

43. GONZÁLEZ FAUS, J. I., *La buena noticia de Jesús...* pp. 323-336; cf. INIESTA, A., *Entre la utopía y la coyuntura. Reflexión cristiana sobre la violencia en nuestra sociedad*, en **Sal Terrae** 68 (1980) 337-346; ARIAS, G., *Opción por la no-violencia*, en **Moralia** 1 (1979) 365-375; ESPEJA, J., *Moral cristiana y violencia. Reflexión teológica*, en **Moralia** 1 (1979) 318-326, SALAS, A., *Evangelio y violencia, ayer y hoy*, en **Biblia y Fe** 7 (1981) 62-84.

44. Cf. QUELLE, C., *Violencia cristiana en la denuncia de Pablo*, en **Biblia y Fe** 7 (1981) 49-61.

claves de perspectiva ética desde las que el cristiano tiene que configurar su quehacer moral. Estas vivencias o intuiciones éticas fundamentales no proporcionan un recetario de respuestas, pero sí un cauce de aproximación moral válido, tanto para dilemas que ya fueron abordados por la misma Biblia, como para todo ese ingente campo de nuevos problemas que el progreso de las ciencias biomédicas está continuamente suscitando.

McCormick cita las siguientes *stories*[45]:

- Dios es el autor y el conservador de la vida; el hombre ha sido creado a imagen y semejanza de Dios.
- La vida es un don; posee el gran valor que Dios le ha conferido.
- Dios confiere un gran valor a la vida porque Él es su autor y su fin.
- El hombre es un peregrino sobre la tierra, en donde no tiene su morada permanente.
- Dios se ha relacionado con el hombre de "muchas maneras", pero su suprema y definitiva manifestación o epifanía es su Hijo Jesucristo.
- Los hombres han sido transformados en nuevas criaturas, en una comunidad de trasformados, por la vida, muerte y resurrección de Jesús; el pecado y la muerte han sido vencidos.
- El último significado de la vida consiste en desarrollar la "nueva vida".
- El Espíritu se ha dado al cristiano para inspirarle y guiarle en este camino.
- El último destino del hombre es la "venida del Reino": el retorno de Cristo glorificado para redimir definitivamente el mundo.
- Cristo ha vencido al pecado y a la muerte; el cristiano debe poner en Él su esperanza y tomarle como su ley y modelo.
- La Nueva Alianza ha sido confiada al pueblo de Dios, dirigido por sus Pastores.
- El nuevo Pueblo debe hacer continuamente presente a su Señor, en su muerte y resurrección, a través de la celebración de la Eucaristía.
- La manifestación concreta de esta nueva vida en Cristo es el amor mutuo, que se manifiesta en actos concretos de justicia, de gratuidad, de caridad.

45. McCORMICK, R. A., *Theology and Biomedical...* pp. 25-45.

Según **McCormick**, estas intuiciones constituyen el marco y contexto desde el que deben afrontarse los dilemas éticos concretos que hoy se plantean en el campo de la Bioética[46]. Estas intuiciones fundamentales proporcionan una explicación del sentido del hombre, del mundo y de la existencia y forman un entramado dentro del que deben situarse las opciones éticas del cristiano. Lo que es incompatible con estas intuiciones o valores fundamentales, no es éticamente aceptable para un cristiano.

También influyen otros elementos de raíz bíblica: la afirmación de que el hombre ha sido creado a imagen de Dios; de que ha recibido su vida como un don y no tiene derecho a cuestionar el valor de la vida de los débiles; la imagen y el modelo de Cristo que no golpea al que le hiere. Y, especialmente, la imagen del hombre que proviene de la fe cristiana: el niño sin nacer es objeto de la providencia de Dios; no hay hombres sin derechos; los esclavos, los enfermos... son seres humanos, ya que todos poseen la dignidad de hijos de Dios. Finalmente, habría que citar la esperanza escatológica en una vida después de la muerte, que lleva a una relativización –a veces exagerada– de los bienes de este mundo.

Bibliografía

AA. VV., *La violencia*, en **Communio** 2 (1980/II) (n.º monográfico).

AA. VV., *La violencia. Respuesta bíblica desde el sufrimiento del hombre*, en **Biblia y Fe** 7 (1981) (n.º monográfico).

AA. VV., *Violencia I. Perfiles y ambigüedades en la conciencia cristiana*, en **Moralia** 1 (1979) 283-411 (n.º monográfico).

BRINGAS, A., **El valor de la vida humana en las Sagradas Escrituras**, Madrid, 1984.

CULLMANN, O., **Jesús y los revolucionarios de su tiempo**, Barcelona, 1980.

DAVANZO, G., *Salud (Cuidado de la)*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid, 1978, 978-981; GUARISE, R., *Vida*, en **Ib**., 1169-1171.

DE VAUX, R., **Las instituciones del Antiguo Testamento**, Barcelona, 1974, 542 ss.

EICHRODT, W., **Teología del Antiguo Testamento**, Madrid, 1975, 126; 236-246.

HENGEL, M., **Jesús y la violencia revolucionaria**, Madrid, 1973.

HORTELANO, A., **Problemas actuales de Moral, II**. **La violencia**, **el amor y la sexualidad,** Salamanca, 1980.

LEON-DUFOUR, X., **Vocabulario de Teología Bíblica**, Barcelona, 1965 (cf. artículos *Ira*, *Venganza*, *Castigo*).

46. Cf. DUMAS, A., *Fondements bibliques d'une Bioéthique*, en **Le Supplément** 142 (1982) 353-368.

CAPÍTULO QUINTO

TRADICIÓN DE LA IGLESIA EN RELACIÓN CON EL VALOR DE LA VIDA HUMANA

I. LA TRADICIÓN PRECONSTANTINIANA

El desarrollo de la tradición de la Iglesia en relación con el valor de la vida humana comienza a articularse en el interior del mundo grecorromano, con el que el mensaje cristiano entra muy pronto en contacto. En este contexto hostil a la primera comunidad creyente, va a desarrollarse una primera postura ante la vida humana, que se va a mantener hasta la *Pax Constantiniana*[1].

Los primeros escritores cristianos dan por supuesto la condena del **homicidio**, que aparece siempre citado en los catálogos de pecados graves: Así lo hacen la *Didajé*[2], la *Epístola de Bernabé*[3], etc. En general la condena del homicidio toma como punto de partida el Decálogo, pero algunos autores presentan otras razones, como la repugnancia ante el derramamiento de sangre, el *horror sanguinis*, que ya estaba presente en el mundo antiguo. Las penas impuestas por el homicidio eran las máximas, e incluso **Tertuliano** en su época montanista lo considerará imperdonable, junto con los otros dos pecados capitales: la idolatría o aposta-

1. SCHÖPF, B., **Das Tötungsrecht bei den frühchristlichen Schriftstellern**, Regensburg, 1958.
2. **Didajé**, 5, 1.
3. BERNABÉ, **Epistola**, 20, 1.

sía y el adulterio[4]. Como afirma la *Evangelium Vitae*, la tradición de la Iglesia siempre ha enseñado unánimemente el valor absoluto y permanente del mandamiento *no matarás* y, en los primeros siglos del cristianismo, el homicidio se incluye entre los tres pecados más graves, junto a la apostasía y el adulterio. Se imponía una penitencia pública dura y larga antes del perdón y readmisión en la comunión eclesial (n.º 54).

Un tema importante para los primeros escritores cristianos será el de la **legítima defensa**, en la que habría que distinguir dos situaciones: cuando la amenaza se dirige contra la propia vida o contra los bienes propios. En el primer cristianismo fue muy fuerte la tendencia a una comprensión literal del Sermón del Monte. Así **Tertuliano** afirmará que el cristiano no puede defender sus propios bienes con las armas y tampoco puede hacerlo cuando existe una amenaza contra la propia vida[5]. **Cipriano** exige a los cristianos la misma renuncia a la defensa propia, arguyendo que no puede mancharse con sangre la mano que ha recibido la Eucaristía[6]. Igualmente **Lactancio**, que afirmará que el cristiano no puede defenderse de los ataques tal como lo hacen los animales: sería *canino modo vivere* –"vivir como los perros"[7]. Como afirma **Schöpf**, "en toda la época aquí investigada, no se encuentra en ningún escritor cristiano ni siquiera una insinuación de que esté permitido el homicidio en caso de legítima defensa. Los que escriben sobre este tema perciben en la legítima defensa sangrienta un pecado"[8]. Ello se debe, según el mismo autor, a tres razones: la interpretación literal del Sermón del Monte y el texto sobre el juicio final de *Mt* 26, 52; una insuficiente distinción entre la venganza y la defensa propia y, probablemente, algo no explicitado, el temor ante todo derramamiento de sangre, el antes citado *horror sanguinis.*

La **pena de muerte** se había convertido en una institución sospechosa ya que había sido aplicada con frecuencia contra los mismos cristianos. **Atenágoras** reconoce la posibilidad de que la pena de muerte fuese justa, pero los cristianos no pueden asistir a una ejecución, postura que será común en todos los Apologetas[9]. **Tertuliano** prohíbe a los funcionarios cristianos pronunciar sentencias de muerte y afirmará que

4. TERTULIANO, **De oratione**, 13.
5. TERTULIANO, **De patientia**, 7 y 8.
6. CIPRIANO, **Ad Demetrianum**, 17.
7. LACTANCIO, **Divinae Institutiones**, VI, 18, 12-13.
8. SCHÖPF, B., **Das Tötungsrecht**... p. 86.
9. ATENÁGORAS, **Apologia pro christianis**, 35; **De resurrectione mortuorum**, 19.

"las personas que tienen poder sobre la vida y la muerte, deberían ser rechazadas de la puerta de entrada" de la Iglesia. Probablemente no rechazaba todas las penas, incluida la de muerte, pero **Tertuliano** afirma que un cristiano no puede participar en tales funciones penales[10]. **Lactancio** reconoce la pena de muerte como medida necesaria para la protección de la sociedad, pero afirma, al mismo tiempo, que, en virtud del quinto mandamiento, "no es lícito poner en peligro de muerte a alguien mediante declaración testimonial"[11]. **Orígenes** habla en varios pasajes de la pena de muerte como algo obvio, pero comparte con **Tertuliano** la opinión de que "no es lícito a los cristianos pronunciar ni ejecutar la pena de muerte"[12].

Los primeros escritores cristianos se tienen que plantear el tema de la licitud de la **guerra** por razones prácticas: los casos de soldados que desean entrar en la Iglesia o, al revés, los cristianos que quieren entrar en la vida militar. Es importante subrayar que el rechazo del servicio militar no significa sin más una actitud pacifista, ya que habría que tener en cuenta otros motivos: la existencia en la milicia de cultos idolátricos al César, la forma de vida castrense, la violencia ejercida contra los civiles...

Justino[13], la *Epístola de Clemente*[14] y **Taciano**[15] parecen tomar actitudes en contra de la guerra y el servicio militar. No es clara la postura de **Tertuliano**: en algunos textos acepta la existencia del ejército, pero tiene también abundantes textos en sentido contrario, afirmando que Cristo ha quitado de la mano de los cristianos toda espada[16]. Esta misma postura es defendida tajantemente por **Lactancio** para el que toda occisión está prohibida: por tanto, "nunca será lícito servir justamente en el ejército"[17]. **Orígenes** tiene textos difíciles de conciliar: en algunos parece legitimar la guerra justa, pero, en otros, exhorta a los cristianos a no luchar por el César, sino a ofrecer sacrificios y oraciones por él: aun en una guerra justa, el cristiano no puede matar a nadie[18]. **Hipólito** afir-

10. TERTULIANO, **De idolatria**, 17 y 19.
11. LACTANCIO, **Die irae Dei**, 17, 6-7; 17, 9; **Divinae Institutiones**, VI, 20, 15-17.
12. ORÍGENES, **In Genesis Homilia** I, 17; **In Leviticum Homilia** XI, 2; **In Jeremiam Homilia** XII, 4-5; **Contra Celsum**, VII, 26.
13. JUSTINO, **Apologia**, I, 31, 6.
14. CLEMENTE, **I Epistola ad Corintios**, 37, 2-3.
15. TACIANO, **Oratio ad Graecos**, 11, 1; 19, 2.
16. TERTULIANO, **Apologeticum**, 30, 4; 37, 4; 42, 3; **De resurrectione carnis**, 16; **De idolatria**, 19; **De corona**, 11 y 12.
17. LACTANCIO, **Divinae Institutiones**, VI, 20, 15-17; II, 6, 3; V, 17, 12-13.
18. ORÍGENES, **Contra Celsum**, II, 30; IV, 82-83; VII, 26; VIII, 73.

ma, por una parte, que hay cristianos en el ejército, pero añade que "si un catecúmeno o un creyente quieren ser soldados, deben ser rechazados pues han despreciado a Dios"[19]. A pesar de todo y según **Schöpf**, "no existía una doctrina oficial sobre este tema en los tres primeros siglos", por lo que los partidarios de un pacifismo cristiano, basado en la primera tradición de la Iglesia, se encuentran con "contradicciones innegables"[20].

El **suicidio** aparece condenado por **Justino**, que afirma que Dios ha puesto a los hombres en el mundo y no pueden abandonarlo por su cuenta[21]. **Clemente de Alejandría** condena también el suicidio como pecado grave "aunque lo hagan los filósofos"[22] y en la misma línea estará **Lactancio** que repite el mismo argumento de **Justino** y califica como homicidas a "todos los filósofos"[23]. En efecto y como veremos en el capítulo dedicado al suicidio, **Platón,** los cínicos, cirenaicos y epicúreos admitían el suicidio en ciertas circunstancias. El mismo estoicismo admitía el valor del suicidio ante las situaciones adversas de la vida: así lo hacen **Cicerón**, **Marco Aurelio** y el propio **Séneca** –"Si te gusta la vida, quédate; si no te gusta, puedes marcharte. Son héroes los que ponen fin a su vida"[24]. El cristianismo, que se aproximó tanto al estoicismo en la moral sexual, se distancia de la *Stoa* en el tema del suicidio.

Sin embargo y en relación con la propia vida, los primeros escritores cristianos parecen admitir ciertas matizaciones. Un tema candente para ellos será la huida en caso de persecuciones. El carácter apasionado de **Tertuliano** le llevará a afirmar la ilegitimidad de esa deserción y a alabar a los que espontáneamente se presentaban a los jueces[25]. Por el contrario, la mayoría de los escritores rechaza la apostasía, pero se admite la huida e incluso la exigen a veces. **Justino** considera el martirio provocado como una especie de suicidio[26], opinión que comparte **Clemente de Alejandría** al referirse a los que se presentaban voluntariamente a los jueces. Al mismo tiempo, se alaba la actitud de algunos mártires que actuaron acelerando el momento de su muerte[27]: **Ignacio de Antioquía**

19. HIPOLITO, **Constitutiones Ecclesiae Aegyptiacae**, XI, 10 ss.
20. SCHÖPF, B., **Das Tötungsrecht**... p. 239.
21. JUSTINO, **Apologia**, II, 4.
22. CLEMENTE DE ALEJANDRIA, **Stromata** IV, 28, 3.
23. LACTANCIO, **Divinae Institutiones**, III, 18, 5-12.
24. Cf. SCHÖPF, B., **Das Tötungsrecht**... p. 40.
25. TERTULIANO, **Ad Scapulam**, 5, 1.
26. JUSTINO, **Apologia**, II, 4.
27. CLEMENTE DE ALEJANDRIA, **Stromata**, IV, 28, 3.

escribe que azuzará a las fieras para consumar su martirio[28] y testimonios similares se citan con loa en **Germánico**, **Santa Apolonia** –que ella misma se lanza a las llamas– **Santa Eulalia de Mérida**...[29] También se pondera el comportamiento de varias mártires cristianas que se provocan la muerte para defender su pureza: **Sofronia**, **Pelagia**... Todos estos casos recibirán aprobación por parte de **Eusebio**[30], **Ambrosio**[31], **Jerónimo**[32]...

Un tema que se planteará más tarde la tradición cristiana es el del **tiranicidio**. Sin embargo, como escribe **Schöpf**, "los cristianos de los primeros siglos afirman el Estado y su autoridad como realidades queridas y dispuestas por Dios"[33]. Los creyentes se mantenían en general alejados de los hechos políticos de su tiempo, ya que muchos de ellos eran personas pobres que no se sentían llamadas a desempeñar un papel en la política y, además, sus convicciones religiosas les mantenían alejados de lo terreno... Sólo al final de la época preconstantiniana, cuando se comienzan a modificar los factores citados, los cristianos comienzan a participar más activamente en *la cosa pública*. De ahí que muchos escritores cristianos exhorten a orar por las autoridades: **Policarpo**[34], **Arístides**[35], **Justino**[36], **Melitón de Sardes**[37]... **Justino** rechaza el culto al César, pero exhorta a los cristianos a la obediencia a las autoridades y afirma que deben pagar sus impuestos. De nuevo **Schöpf**: "Falta en todo este tiempo cualquier signo de actitud revolucionaria"[38]. **Ireneo** es el primero en insinuar la posibilidad de una resistencia activa contra el usurpador. Afirma que la potestad del Estado procede de Dios y, por ello, añade que "solamente contra un usurpador, no existe obligación de obediencia"[39]. **Tertuliano** dirá igualmente que el César es elegido por Dios y de él recibe su potestad, de donde proceden los límites de su autoridad: en casos de colisión hay que elegir a Dios antes que al César. No obstante, mantiene una actitud evasi-

28. IGNACIO DE ANTIOQUIA, **Epistola ad Romanos**, 5, 2.
29. Cf. SCHÖPF, B., **Das Tötungsrecht**... pp. 60-61.
30. EUSEBIO DE CESAREA, **Historia Ecclesiastica**, VIII, 14, 17; **Vita Constantini**, I, 34.
31. AMBROSIO, **De virginibus ad Marcellinam sororem**, III, 7, 33.
32. JERÓNIMO, **Commentarum in Jonam**, I, 12.
33. SCHÖPF, B., **Das Tötungsrecht**... p. 173.
34. POLICARPO, **Epistola ad Philippenses**, 12, 3.
35. ARÍSTIDES, **Apologia**, 16, 1.
36. JUSTINO, **Apologia**, II, 7, 1-2; I, 17, 3.
37. Cf. EUSEBIO DE CESAREA, **Historia Ecclesiastica**, IV, 26, 7.
38. SCHÖPF, B., **Das Tötungsrecht**... p. 179.
39. IRENEO, **Adversus haereses**, V, 24, 3-4.

va ante la política y afirma que los cristianos no deben ocupar puestos políticos e incluso dirá que un emperador cristiano constituiría una contradicción[40]. Actitudes similares aparecen en **Hipólito**[41], **Cipriano**[42] y **Lactancio**[43]. **Orígenes** exhorta a los cristianos a actitudes de sumisión, basándose en *Rom* 13, pero la obediencia debe ser limitada y nunca oponerse a la voluntad de Dios y hasta tiene un texto en que parece aprobar el tiranicidio[44].

Sin embargo, más tardíamente, los cristianos comienzan a entrar en la política.[45] Así el Obispo **Dionisio** atestigua cómo los cristianos estaban divididos políticamente y se llegará a una rebelión de los cristianos armenios contra el emperador **Maximinus Daza**. Ha pasado el tiempo de la pasividad y los cristianos comienzan a conformar su propio futuro. **Eusebio** acepta el tiranicidio, ya que es una buena obra para liberar a un país de un hombre nefasto, y lo aplica a la ejecución de **Licinio** por parte de **Constantino**[46]. Por el contrario y según **Schöpf**, en los dos primeros siglos del cristianismo, en ninguna parte se habla directamente del tiranicidio o del homicidio político[47].

II. La pax constantiniana

Con el *Edicto de Constantino* se produce un cambio muy notable de mentalidad, que ya se estaba insinuando en los años precedentes con la creciente difusión del cristianismo por el Imperio. Este nuevo estilo se manifiesta en el **uso de la fuerza**: así el Concilio de Arlès, 314, amenaza con excomunión a los soldados que deserten del ejército, ya que el Estado ha dejado de ser perseguidor. Sin embargo, aún siguen vigentes las posiciones preconstantinianas: **S. Basilio** impone años de penitencia a los soldados que vuelven de la guerra con las manos manchadas de sangre[48].

La nueva situación se refleja también en las actitudes ante las **religiones paganas**. Así, los monjes del Nilo, poseídos de celo purificador,

40. TERTULIANO, **Apologeticum**, 33, 1; 30, 3; 38, 3; 21, 4; **De corona**, 12.
41. HIPÓLITO, **Commentarium in Danielem**, III, 3.
42. CIPRIANO, **Ad Demetrianum**, 17.
43. LACTANCIO, **Divinae Institutiones**, VII, 25, 6-7; V, 9, 15; VI, 16, 5-6; VI, 6, 1-14.
44. ORÍGENES, **Contra Celsum**, VIII, 65; I, 1; **In librum iudicum**, Homilia IV.
45. Cf. EUSEBIO DE CESAREA, **Historia Ecclesiastica**, VII, 21; 11, 8; IX, 8, 2.
46. EUSEBIO DE CESAREA, **Vita Constantini**, II, 3, 1; 19, 1.
47. SCHÖPF, B., **Das Tötungsrecht**... p. 173 ss.
48. LABOA, J. M., *La violencia en la historia de la Iglesia*, en **Communio** 2 (1980/II) 136.

causan destrozos en las ciudades y azotan a las gentes en las calles; los cristianos destruyen los santuarios paganos, sin respetar a los que acudían a ellos. Se dificulta el culto pagano y se induce a entrar en el cristianismo. **Teodosio** promulga leyes en favor de la Iglesia y para **Justiniano** los no bautizados carecen de derechos y los paganos y herejes están incapacitados para desempeñar cargos públicos. Por tanto y dramáticamente, debe afirmarse que hay un cambio de religión, pero no de métodos, y que el Estado, ahora cristiano, sigue persiguiendo por motivos religiosos[49].

En efecto, el constantinismo ofrece a la Iglesia el poder institucionalizado y ésta lo acepta[50]. **Eusebio**, el teólogo del Imperio, pone las bases teológicas, que justifican el uso del poder temporal por parte de la Iglesia[51]. Hace decir a **Constantino** en el Concilio de Nicea: "Vosotros sois Obispos de lo interno de la Iglesia y yo de lo externo". La nueva situación conlleva una serie de consecuencias[52]:

- El Estado permite que los Obispos impongan sus mandamientos y concepciones de la fe en todo el Imperio.
- Al mismo tiempo, el Emperador se siente llamado a difundir el espíritu cristiano por el Imperio, a ayudar a los cristianos contra el paganismo y a hacer valer los mandamientos cristianos entre los súbditos del Imperio.
- El Emperador aparece como Vicario de Cristo y los enemigos de la Iglesia también lo son del Emperador. Se ha iniciado la interpretación religiosa que llevará al *Sacro Imperio Romano Germánico*.
- La Iglesia participa en la violencia contra los paganos.

Toda esta línea se acentúa en los Santos Padres y durante la Edad Media. **S. Agustín** desacraliza al Imperio, al que le convierte en realidad terrena y secular, y afirma que los derechos del Estado pagano quedan anulados con la llegada de la Iglesia. Es ésta la destinada a realizar en la tierra el ideal trascendente de "la ciudad de Dios"[53]. Surge entonces una concepción del Estado cristiano, en donde lo temporal queda sometido a lo espiritual, que llevará a una serie de consecuen-

49. **Ib**., 136-137.
50. GÓMEZ RÍOS, M., *La violencia en la Iglesia*, en **Moralia** 1 (1990) 337.
51. Sobre el pensamiento de **Eusebio de Cesarea**, cf. FARINA, R., **L'Impero e l'Imperatore cristiano in Eusebio di Cesarea**. **La prima teologia del cristianesimo**, Zurich, 1966.
52. GÓMEZ RÍOS, M., *La violencia*... p. 338.
53. AGUSTÍN, **La Ciudad de Dios**, Madrid, 1958, 1413-1416.

cias concretas. Así **S. Gregorio** afirmará que los soberanos de los pueblos bárbaros deben poner su autoridad al servicio de la Iglesia y la política ha de quedar subordinada a la moral. Para **S. Isidoro** los poderes seculares están sometidos a la disciplina de la religión[54]. **Gregorio VII** enseñará que el Papa es el que solamente puede usar las insignias imperiales y el único cuyo pie besan los Príncipes y tiene facultad para deponer a los Emperadores (*Dictatus Papae*). Al mismo tiempo se justifica el recurso a la violencia en el ámbito de lo religioso, que se reflejará en las excomuniones y anatemas, en las cruzadas, en las guerras contra las herejías. En este contexto, se da un gran cambio de mentalidad respecto de la pena de muerte, como veremos en el capítulo dedicado a este tema: comienza a ser justificada desde **S. Agustín** y se aplica contra los herejes.

También se vuelve a una comprensión de la guerra similar a la existente en el Antiguo Testamento y que se manifiesta paradigmáticamente en las Cruzadas, en la reconquista de España –en donde la leyenda sitúa al mismo Apóstol Santiago luchando contra los musulmanes–, en las Ordenes Militares, en las guerras contra los cátaros y los albigenses. El *Decreto de Graciano* (1160) legitima la guerra y la persecución contra los no cristianos y los herejes. En las Cruzadas se concede indulgencia plenaria a los que mueren en la guerra "en nombre de Jesús" y los caballeros cristianos, manchados de sangre, celebraban las matanzas de musulmanes como "la justificación de la cristiandad y la humillación del paganismo". "En una época violenta, la Iglesia fue violenta en obras y palabras", incluso contra los herejes: un legado papal, preguntado sobre cómo distinguir a los herejes cátaros, responderá: "Matadlos a todos; Dios sabrá cuáles son los suyos"[55].

Todo ello significa que las líneas fundamentales de la tradición preconstantiniana han sido modificadas radicalmente. Todavía quedan, sin embargo, algunos residuos de esa tradición primera. Así, **Raimundo Lulio** exhortará a los cruzados diciéndoles que la conquista debe hacerse "con amor, con las oraciones y la efusión de lágrimas" y **Domingo de Guzmán** añadirá, en el contexto de la herejía cátara, que la verdad no se impone por la fuerza, sino por la persuasión y el convencimiento. **Rogerio Bacon** añadirá que "la fe no ha entrado en este mundo por medio de las armas... sino por la simplicidad de la predicación"[56].

---

54. ISIDORO DE SEVILLA, **Sententiarum liber**, III, LI.
55. LABOA, J. *La violencia en la historia*... pp. 137-138.
56. **Ib.**, p. 138.

III. La doctrina tradicional católica sobre el valor de la vida humana

En la elaboración posterior de la doctrina cristiana surgirán dos tradiciones: la escotista y la tomista. Para **Scoto** el "no matarás" significa la prohibición absoluta de toda occisión voluntaria del ser humano, aunque sea malhechor, y sólo puede legitimarse por una dispensa formal de Dios[57]. Por el contrario, para **Santo Tomás**[58] y el tomismo, el "no matarás" se traduce en "no matarás al inocente"[59]. Lo expresarán los **Salmanticenses**: "Lo que Dios únicamente prohíbe es la occisión injusta de un hombre"[60], que es compatible con la aceptación de la pena de muerte. Será la tradición tomista la que dominará la reflexión cristiana sobre el respeto a la vida humana[61].

La moral católica ha defendido con fuerza el valor de la vida humana y ha condenado siempre el homicidio y el suicidio, basándose en tres razones clásicas[62]:

1) La vida es un **bien personal**: por tanto quitar la vida propia o ajena va en contra de la caridad debida hacia los demás o hacia uno mismo. **Santo Tomás** y **Vitoria** condenan el homicidio y el suicidio porque atentan contra la inclinación natural y la caridad que nos debemos hacia nosotros mismos y hacia los demás.

2) La vida es un **bien de la comunidad**: por ello, atentar contra la vida ajena o la propia lesiona la justicia. Los mismos **Santo Tomás** y **Vitoria** argumentarán que cada persona está ordenada a la sociedad como la parte al todo y que el que quita la vida a otro o a sí mismo está haciendo injuria contra la comunidad.

3) La vida es un **don recibido de Dios**, a quien pertenece. Por eso, atentar contra la vida ajena o propia es usurpar un derecho que sólo a Dios pertenece. El "no matarás" expresa el derecho de Dios sobre la vida humana y se concretará en la formulación clásica de que "Dios es el único señor de la vida humana y el hombre es sólo administrador".

---

57. SCOTO, D., **In IV Sententiarum**, d. 15, q. 13.
58. TOMÁS DE AQUINO, **Summa theologica**, II-II, q. 64.
59. Cf. VIDAL, M., **Moral de la persona y Bioética teológica**, Madrid, 1991, 291-298; **Ética fundamental de la vida humana**, Madrid, 1984, 15-17.
60. SALMANTICENSES, *De quinto decalogi praecepto*, en **Cursus Theologiae Moralis**, Tract. XXV, t. VI, Madrid, 1854, p. 44.
61. Ver GONZÁLEZ QUINTANA, C., **Dos siglos de lucha por la vida: XIII-XIV**, Salamanca, 1995.
62. TOMÁS DE AQUINO, **Summa Theologica**, II-II, q. 64, a. 5 y a. 6; VITORIA, F. DE, *Relecciones sobre el homicidio*, en **Relecciones Teológicas**, Madrid, 1960, 1070-1130.

Siendo esto así, también es verdad que la moral clásica enumeró varias excepciones al principio general de la inviolabilidad de la vida humana. Las tres excepciones clásicas son la legítima defensa, la pena de muerte y la guerra justa. Pero habría que añadir algunas más, permitidas por la Moral Casuista[63]:

- El aborto indirecto, como consecuencia de la aplicación del principio de doble efecto.
- El suicidio indirecto y, posteriormente, la eutanasia indirecta, en virtud del mismo principio.
- La legítima defensa, en donde se incluye la muerte del agresor que constituye una excepción admitida por la moral católica.
- La pena de muerte, admitida generalmente por la misma moral.
- La muerte del enemigo en guerra justa.
- La muerte del tirano. Sin embargo, se ponen reparos si se trata del que se ha establecido legalmente –el *tyrannus regiminis*– pero no si se trata del que pretende comenzar a gobernar –*tyrannus usurpationis*.

Como indica **Marciano Vidal**, el principio general de la inviolabilidad de la vida humana y sus excepciones se sintetizan en torno a cuatro binomios significativos[64]:

a) La **condición de inocente o culpable**: mientras que aquél tiene casi todas las garantías de inviolabilidad de su vida, la condición de malhechor admite excepciones.

b) La **autoridad pública o privada**: se concede a la primera la posibilidad de disponer de la vida humana, dentro de una concepción poco personalista de la relación de la parte al todo. Así, en el caso de la pena de muerte y como veremos en el capítulo dedicado a este tema, siguiendo la argumentación de **Séneca**, se utilizará la metáfora del órgano gangrenado, que puede ser amputado en beneficio del organismo, para justificar aquélla. Únicamente se admite justificación del homicidio por la autoridad privada en el caso de la legítima defensa.

c) La **acción indirecta o directa**, basada en el principio de doble efecto o del voluntario *in causa*, al que luego nos referiremos y que tendrá un gran influjo en la Moral Clásica. Así existe una fuerte condena

63. VIDAL, M., **Ética fundamental**... pp. 22-24.
64. **Ib.**, pp. 25-29.

de la occisión directa, mientras que se admiten excepciones, por ejemplo, en los temas del suicidio, eutanasia y aborto, cuando se trata de acciones indirectas.

d) La **inspiración divina o humana**: el concepto de "inspiración divina" fue introducido por **S. Agustín** para dar una justificación a ciertos casos de homicidio o suicidio admitidos por la Biblia –Abraham, Jefté, Sansón...– o a los casos de mártires cristianos, antes citados. Por ello, se admiten ciertas excepciones cuando se trata de una inspiración divina, pero no se consideran legítimas cuando proceden de una decisión humana individual.

Por tanto, las excepciones de la Moral clásica se resumen en[65]:

- No quitarse la vida, a no ser por inspiración divina o de forma indirecta.
- No matar a un inocente, a no ser indirectamente (aborto) o por permiso divino.
- No matar al agresor, a no ser en defensa propia y "con moderación".
- No matar al malhechor, a no ser por la autoridad pública y atendiendo al orden jurídico.
- No matar al enemigo, a no ser en caso de guerra.
- No matar al tirano, a no ser que se trate del *tyrannus usurpationis*, el que pretende comenzar a tiranizar sin estar investido de la legítima autoridad.

IV. Los principios de doble efecto y de totalidad

La presentación de la tradición católica en relación con la vida humana tiene que incluir una referencia a estos dos principios que, junto con los conceptos de los medios ordinarios y extraordinarios –a los que aludiremos en el capítulo dedicado a la eutanasia– han jugado un papel muy importante en la búsqueda por la Moral católica de una ética objetiva y no meramente dependiente de la libertad o del subjetivismo de las personas.

El principio de doble efecto ha tenido repercusiones muy importantes en la Moral de la vida y en otros temas, aunque, lógicamente, no está contenido en la revelación. Toma como punto de partida el hecho

65. Cf. ALFONSO Mª DE LIGORIO, **Theologia Moralis**, t. I, liber tertius, caput I.

de que las acciones humanas tienen, con frecuencia y simultáneamente, varios efectos y con mucha frecuencia no son todos positivos. El principio pretende dar una objetividad al dilema ético planteado por esa confluencia de efectos buenos y malos, como consecuencia de una misma acción.

El principio de doble efecto comenzó a utilizarse en el siglo XVI y se le ha incluido en torno al *voluntario directo e indirecto* (o del voluntario positivo o negativo)[66]. Esta denominación se debe a que, en el primer caso, la voluntad busca directamente el efecto en sí mismo como fin o como medio, mientras que en el caso del "indirecto", la voluntad no busca el efecto malo, sino que sólo lo permite o tolera, al querer directamente un efecto bueno con el que el efecto malo está ligado.

Según la formulación tradicional del principio, se puede éticamente realizar una acción, que comporta un efecto positivo y otro negativo, si se dan conjuntamente las condiciones siguientes[67]:

- La acción puesta es en sí misma positiva o indiferente;
- El agente moral pretende el efecto bueno y se opone al malo, aunque pueda preverlo y lo permita o tolere;
- Existe razón suficiente para permitir el efecto negativo, por su gravedad, proximidad o dependencia de la acción puesta. Expresado de otra manera, existe proporción entre el efecto positivo y el negativo y éste es equiparable o de menor valor que el efecto positivo.
- Que el efecto bueno no se produzca a través del malo. Por ello, el efecto negativo debe ser, en el orden causal y ontológico (no en el tiempo o lugar) tan inmediato como el positivo; es decir, el efecto malo no sirve como medio para conseguir el bueno, ya que el fin no justifica los medios.

Si falta alguna de estas cuatro condiciones no puede ponerse una acción que conlleve un efecto positivo y otro negativo.

La teología moral ha aplicado este principio a un número importante de casos, algunos de los cuales aparecen a lo largo de este libro: por ejemplo, es legítimo el aborto en caso de un embarazo, en que simultáneamente se desarrolla un cáncer uterino que pone en peligro la vida de madre; o la administración de calmantes a un enfermo, aunque se pueda abreviar también su existencia[68]. Igualmente se admite el uso de ano-

66. ROSSI, L., *Principio de doble efecto*, en ROSSI, L., y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid, 1978, 233-247.
67. ZALBA, N., **Compendio de Teología Moral**, Bilbao, 1965, 7-8.

vulatorios para controlar las irregularidades en el ciclo de la mujer, aunque de ello se siga la esterilidad de la misma.

No puede negarse, sin embargo, que este principio está sometido a una serie de objeciones[69]:

- Se le ha criticado de fisicismo (a la hora de calificar la acción como buena, indiferente o mala); de dar excesiva importancia a la conexión entre la causa y el efecto; de minimalismo...
- También existe una importante dificultad para distinguir una acción y sus efectos: lo que para unos es efecto, para otros es acción. Las acciones humanas son complejas y no es fácil distinguir en ellas qué es lo primero en el orden causal.

Ciertamente el recurso a este principio ha servido para dar objetividad a la moral, pero no se pueden negar sus limitaciones. No es válido para explicar la legítima defensa ni la misma pena de muerte. Fue en tiempos de **Pío XII** cuando ese principio alcanzó su culmen, pero, al mismo tiempo y ante sus limitaciones, el mismo Papa **Pacelli** tuvo que enunciar el principio de totalidad, del que enseguida hablaremos.

Por eso, hay autores que prefieren hacer una comparación de los valores implicados. Esta figura del conflicto de valores fue ya señalada por **Hurley** al hablar del "principio del derecho prevalente"[70], poniendo en primer lugar los valores personales implicados y teniendo en cuenta las características de la acción puesta, pero sin dar la primacía a este factor sobre las implicaciones personales presentes. Como afirma **Elizari**, "desde este enfoque de la jerarquía de valores se facilita una moral de caracteres menos absolutos y que concede un margen más amplio a la iniciativa responsable de las personas"[71].

El segundo principio es el **de totalidad,** que ha sido formulado de la siguiente forma: "La parte existe para el todo y, por consiguiente, el bien de la parte queda subordinado al bien del todo: El todo es determinante para la parte y puede disponer de ella en interés suyo"[72]. Este principio tiene una gran relevancia en el pensamiento de **Pío XII**.

---

68. Cf. VAN DER POEL, C. J., *El principio de doble efecto*, en CURRAN, Ch. E. (Ed.), **¿Principios absolutos en Teología Moral?**, Santander, 1970, 187-212.

69. **Ib**.

70. HURLEY, D. E., *Ein neues Moralprinzip, wenn Recht und Pflicht sich widersprechen*, en **Orientierung** 31 (1967) 135.

71. ELIZARI, F. J., en ELIZARI, F. J., LÓPEZ AZPITARTE, E. y RINCÓN, R. **Praxis Cristiana. 2, Opción por la vida y el amor.** Madrid, 1981, 68.

72. ZALBA, M., *Principio de totalidad*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico**... p. 1086.

Es indiscutible que la parte está al servicio del todo. Pero lo difícil es su aplicación concreta, ya que se dan diversas formas en esa relación. No se discute su aplicación dentro del organismo físico del ser humano: el miembro gangrenado está al servicio del bien del cuerpo y puede ser legítimamente amputado, ya que los órganos y las funciones físicas del cuerpo están subordinadas al bien del organismo. El mismo **Pío XII** acepta la aplicación del principio de totalidad poniendo las funciones somáticas al servicio del bien personal: la subordinación del orden somático al orden psíquico para el bien superior de la persona en orden a "la finalidad espiritual de la persona misma"[73]. Este planteamiento, como veremos más adelante, sirvió para superar las dificultades iniciales de algunos moralistas católicos en relación con los trasplantes de órganos procedentes de un donante vivo, por la mutilación previa que debería realizarse.

Otro campo de debate es la aplicación del principio de totalidad al cuerpo social: ¿Se da en él la relación entre la parte y el todo, de tal forma que se pueda sacrificar a la persona en beneficio de la sociedad? **Santo Tomás** tiene varios textos que parecen indicar esta relación[74]. Pero, como afirma **N. Zalba**, "el verdadero bien del todo social consiste precisamente en la defensa y en la promoción de los individuos que integran la comunidad"[75]. Éste es el punto de vista de **Pío XII** y que ha sido después reafirmado por la Iglesia. Sobre este punto volveremos a hablar a propósito de la pena de muerte.

V. Reflexiones finales

Después de este recorrido histórico, ¿qué es lo específico de la moral católica en el tema de la vida humana y, especialmente y en concreto, de una Bioética basada en principios cristianos? ¿Qué puede aportar esta Bioética en toda la candente discusión de nuestros días en torno a los problemas suscitados por las ciencias biomédicas?

Como dijimos anteriormente, en el campo católico sigue vigente la posición que considera que lo específico de la moral cristiana no consis-

73. PÍO XII, *Discurso al Colegio Internacional Neuro-Psico-Farmacologico*, en **Ecclesia** n.º 898 (27 de Setiembre de 1958) 343-346; *Discurso a la Asociación italiana de donantes de córnea*, en **Ecclesia** n.º 776 (26 de mayo de 1956) 589-591. Cf. TOMÁS DE AQUINO, **Summa theologica**, II-II, q. 65, a. 1.

74. TOMÁS DE AQUINO, **Summa theologica**, II-II, q. 58, a. 5; I-II, q. 90, a. 2; I-II, q. 96, a. 1.

75. ZALBA, N., *Principio de totalidad*... p. 1089.

te en que ésta presente normas o valores nuevos distintos de los de una ética humana. En efecto, la especificidad del quehacer ético cristiano no estriba en normas nuevas, sino en la intencionalidad que orienta y fundamenta el comportamiento moral. La constelación de valores religiosos cristianos es la que marca el fundamento y el porqué del actuar de acuerdo con la propia fe. Esta fe no sustituye a la razón, sino que la ilumina. Como afirmaba el Vaticano II: "En lo más profundo de su conciencia descubre el hombre la existencia de una ley que él no se dicta a sí mismo... cuya voz resuena, cuando es necesario, en los oídos de su corazón, advirtiéndole que debe amar y practicar el bien y que debe evitar el mal; haz esto, evita aquello. Porque el hombre tiene una ley escrita por Dios en su corazón, en cuya obediencia consiste la dignidad humana y por la cual será juzgado personalmente"[76]. Y "la fe todo lo ilumina con nueva luz y manifiesta el plan divino sobre la entera vocación del hombre. Por ello, orienta la mente hacia soluciones plenamente humanas"[77].

La razón informada por la fe: ésta ha sido la formulación y la plasmación clásica de la forma como se relacionan razón y fe en los diversos ámbitos de la reflexión teológica y, también, en el campo de la moral. La fe no suprime la racionalidad, sino que la debe tomar como punto de partida fundamental y como método de aproximación al tratamiento de los temas morales. El discurso racional ético es fundamental en una bioética "católica". La moral católica no puede ser fundamentalista, basada en textos bíblicos tomados literalmente, o en valores religiosos esotéricos, inaccesibles para el que no participa de esa fe; debe utilizar también las mismas herramientas del discurso racional ético.

Sin embargo, como bien afirma **McCormick**, las exigencias éticas humanas están profundamente condicionadas culturalmente y nunca se dan en estado puro. Los juicios morales particulares están afectados por el contexto cultural, que puede ensombrecer la percepción de los auténticos valores éticos. Las culturas pueden pervivir a través del poder de instituciones que influyen en nuestra conducta con "razones" que se arraigan profundamente en nuestro ser. Nuestras decisiones éticas no se basan, sólo ni principalmente, en normas, códigos, regulaciones y filosofías éticas, sino en "razones" que subyacen a esa superficie. Nuestra forma de percibir los valores humanos básicos y de relacionarnos con ellos está configurada por nuestra cultura y nuestra forma

76. **Gaudium et spes**, n.º 16.

77. HÜRTH, F. y ABELLAN, P. M., **De principiis, de virtutibus et praeceptis**, Roma, 1948, 43.

de ver el mundo. Esta forma de percibir el mundo puede distorsionar los valores humanos básicos y afectar consecuentemente a nuestras opciones éticas[78].

Es en este punto donde se puede inscribir el significado de la bioética cristiana. La fe cristiana ilumina al creyente para hacerle sensible a los genuinos valores humanos. La tradición cristiana ilumina esos valores, los apoya y les proporciona un contexto para saber leerlos en las circunstancias concretas de la vida; sirve para subrayar los verdaderos valores humanos contra todos los intentos culturales de distorsionarlos. De esta forma influye en nuestros juicios y decisiones éticas en la situación concreta. Estos sirven para enfocar, "colorear" y enfatizar determinados valores humanos, que pueden estar amenazados por las "razones" de nuestra cultura, que impregna osmóticamente nuestra visión del hombre y del mundo. Sobre este punto volveremos en el capítulo dedicado al tema de la Bioética y las religiones.

En el capítulo cuarto hacemos una presentación de las *stories* o *narraciones* que, de acuerdo con **McCormick**, configuran las "razones" por las que el creyente en Jesucristo se enfrenta con el quehacer ético de su vida. Varias de esas intuiciones tienen una formulación claramente creyente y no están orientadas específicamente a los dilemas del campo de la Bioética. Una traducción "secular" de esas intuiciones al campo de la Bioética nos podría llevar a las siguientes formulaciones[79]:

- **El valor y la intrínseca dignidad de todo ser humano** por encima de sus circunstancias externas y personales. El ser humano tiene un valor básico, de tal forma que nunca se puede convertir en mero medio, sino que debe ser siempre tratado como un fin en sí mismo.
- **La vida humana constituye un valor fundamental**, del que no se puede disponer arbitrariamente. Sin embargo, para el creyente en Jesús, la vida no es el valor supremo y absoluto. La reflexión ética católica ha podido olvidar a veces algo tan marcadamente evangélico como el que "nadie tiene más amor que el que da la vida por sus amigos" (*Jn* 15, 13) o "el que pierde su vida la ganará" (*Lc* 17, 33 y par.).

78. McCORMICK, R. A., *Theology and Biomedical Ethics*, en **Logos** (Santa Clara, CA) 3 (1982) 45.

79. GAFO, J., *¿Bioética católica*?, en GAFO, J. (Ed.), **Fundamentación de la Bioética y Manipulación genética**, Madrid, 1988, 119-132.

- La ética de Jesús es una ética en la que **la libertad** constituye un valor básico. "Vuestra vocación es la libertad", dirá **S. Pablo** (*Gál* 5, 13), aun con el riesgo de que la libertad se pueda convertir en libertinaje.
- La ética evangélica está basada en el **amor**, en el don gratuito, en el dar sin esperar respuesta. Tiene una marcada predilección por el pobre, por el débil, por el marginado.
- El mensaje de Jesús insiste en la esencial **solidaridad humana**. No es una ética individualista, que prescinde de las repercusiones sociales de nuestro quehacer, en busca de una autoperfección personal. Las relaciones con los otros hombres son el test de la autenticidad de la fe.
- La ética cristiana supone una superación de la **espiral de la violencia**; no se vence al mal con el mal sino con el bien.
- Todos estos valores, genuinamente evangélicos, son respetables desde éticas no-creyentes. Permiten un diálogo no sólo interdisciplinar, siempre necesario en los temas de Bioética, sino también entre distintas cosmovisiones y concepciones de la vida.

¿Qué sería especialmente necesario revisar en determinados planteamientos tradicionales de la Iglesia Católica en relación con el valor de la vida humana? Es verdad que las "razones" culturales, de las que hablaba **McCormick**, pueden a veces oscurecer valores humanos, que quedan indebidamente en segundo plano como consecuencia del influjo del mundo y la cultura actual; pero también estas "razones" deben llevar a replantear determinadas concepciones de la moral católica, que pueden tender a ser consideradas como irrenunciables y que, sin embargo, deben ser revisadas. El recuerdo del pasado histórico nos debe hacer conscientes de la falsedad de ciertas "razones" cristianas, que se utilizaron para fundamentar ciertas actitudes poco sensibles al valor de la vida humana. No es sólo la moral cristiana la que tiene que interpelar a la moral secular, sino que también ésta puede y debe interpelar a la moral cristiana. Ha habido también "razones", pretendidamente religiosas, que han oscurecido el mensaje evangélico y ha sido la sociedad y una ética laica las que han ayudado a comprender elementos cristianos que se habían oscurecido.

En este contexto, nos parece importante subrayar los siguientes puntos:

a) De **las tres excepciones clásicas** al principio general de la inviolabilidad de la vida humana, hoy están seriamente cuestionadas las de la guerra y la pena de muerte, a la que dedicaremos un capítulo más adelante. Sigue en pie la excepción de la legítima defensa, sobre la que se extiende bastante la *Evangelium Vitae*: **Juan Pablo II** afirma que el valor intrínseco de la vida y "el deber de amarse a sí mismo no menos que a los demás son la base de un verdadero derecho a la propia defensa". Ello le lleva a afirmar también que "por tanto, nadie podría renunciar al derecho a defenderse por amar poco la vida o a sí mismo, sino sólo movido por un amor heroico" que trasforma el amor a uno mismo en la radicalidad oblativa que sigue al Señor: "la legítima defensa puede ser no solamente un derecho, sino un deber grave, para el que es responsable de la vida de otro, del bien común de la familia o de la sociedad". Esto puede conllevar la eliminación del agresor, "que se ha expuesto con su acción, incluso en el caso de que no fuese mortalmente responsable por falta de uso de razón" (n.º 55).

b) La moral católica debe aprender a hablar menos del **valor "sagrado o absoluto"** de la vida humana. Para el Evangelio la vida humana no es un absoluto y los valores humanos tienen relevancia en sí mismos, sin que sea necesario sacralizarlos. En los temas de la vida humana la tradición de la Iglesia ha podido a veces olvidar que la vida no es el valor supremo y absoluto; que "nadie tiene más amor que el que da la vida por sus amigos". Esto no significa trivializar ni desproteger a la vida humana, sino situarla en su lugar, como un valor fundamental y fundante de todo otro valor.

c) La fórmula *Dios es el único señor de la vida humana y el hombre es su mero administrador* también debería ser revisada, ya que puede reflejar una concepción en la que se subraya insuficientemente la autonomía del ser humano y hasta una imagen poco generosa de Dios. Es una fórmula que –como bien afirma **Elizari**– ha podido servir en el pasado para proteger la vida humana en épocas históricas en que ese respeto podía estar especialmente amenazado, pero que en la época actual puede ser difícilmente asumible y no es la única fórmula que responde a la ética evangélica[80]. De nuevo sale al encuentro la frase de Jesús, "nadie tiene más amor...". La "inspiración divina", que justificaba las acciones de ciertos personajes del AT o de algunos mártires, ¿no puede conce-

80. ELIZARI, F. J., en ELIZARI, F. J., LÓPEZ AZPITARTE, E. y RINCÓN, R., **Praxis Cristiana. 2...** pp. 53-79.

birse, en lugar de como una intervención sobrenatural y extraordinaria de Dios, como decisiones humanas asumidas responsablemente desde la propia fe? Tampoco esto significa trivializar o desproteger la vida humana, sino subrayar la responsabilidad del hombre en las decisiones que afectan a su historia personal creyente. Volveremos sobre este tema en el capítulo que dedicamos al suicidio.

d) De la misma forma que no se puede absolutizar el valor de la vida humana, tampoco debe absolutizarse el **concepto de cantidad de vida**. Hay que encontrar un equilibrio entre el binomio cantidad/calidad de vida. En las reflexiones sobre algunos temas de Bioética el concepto de calidad de vida es inevitable. La moral actual de la Iglesia lo ha introducido en relación con el tema de la eutanasia. Pero quizá puede existir recelo a su utilización en otros temas, probablemente por buscar respuestas seguras y tucioristas. Una vez más hay que repetir que hablar de calidad de vida no tiene por qué significar una desprotección de la vida humana. Creemos que es compatible el mantener los principios éticos cristianos y, al mismo tiempo, encontrar una conciliación entre la cantidad y la calidad de vida.

e) En la moral católica han jugado un papel muy importante los **principios éticos de doble efecto y de totalidad** como principios-directrices para dar una respuesta ética en situaciones conflictivas. Evidentemente no se trata de principios revelados, pero hay que reconocer que han sido muy importantes en relación con el discurso racional ético. No obstante, el principio de doble efecto tiene sus limitaciones y, como dijimos antes, entre bastantes moralistas católicos existe la tendencia a afrontar las situaciones complejas desde la figura del *conflicto de valores o de bienes*, que entran en contraposición en toda una serie de circunstancias.

f) Existe también un importante peligro de esa Bioética "católica": el de que, por una búsqueda lógica de diálogo con otras concepciones de la vida, pueda diluir exageradamente elementos irrenunciables de su mensaje. Todo ello, además, acentuado por las características de la reflexión ética estadounidense, influida por el propio contexto cultural en que se está desarrollando. Además de subrayar esos principios éticos básicos y característicos de la reflexión ética estadounidense: el consentimiento informado, el principio de autonomía, la privacidad, la ponderación costes/beneficios..., la reflexión bioética cristiana tiene que seguir subrayando sus propios valores y su propio carisma, centrados especialmente en torno al principio de beneficencia: el valor del

débil, la importancia de la generosidad y del altruismo, el énfasis en la relación de amistad personal sanitario-enfermo (de la que magistralmente habla **Laín Entralgo**) y que surgen de una ética que hunde sus raíces en el mensaje evangélico.

Las "razones" características de la cultura actual, a las que se refería **McCormick**, tienen el peligro de llevar a una Bioética muy "correcta y aséptica", muy respetuosa, por ejemplo, con la privacidad y los derechos del enfermo, pero carente de cordialidad, de entrega y de generosidad, poco sensible hacia determinados individuos poco rentables o productivos. Aquí puede situarse la gran aportación de la moral de la vida y de una bioética de inspiración cristiana, que tiene tras de sí una larga tradición de vocaciones médicas ejemplares y que sigue teniendo una palabra muy importante que aportar al actual discurso ético[81].

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., **Communio** 2 (1980/II) (n.º monográfico).

AA. VV., *Violencia*, en **Moralia** 1 (1979) (n.º 3 y 4 monográficos).

CURRAN, Ch. (Ed.) **¿Principios absolutos en Teología Moral?**, Santander 1970.

D´AGOSTINO, F., *Homicidio y legítima defensa*, en COMPAGNONI, F., PIANA, G., PRIVITERA, S. y VIDAL, M. (Coords.), en **Nuevo Diccionario de Teología Moral**, Madrid, 1992, 843-852.

ELIZARI, F. J., LÓPEZ AZPITARTE, E. y RINCÓN, R., **Praxis Cristiana. 2. Opción por la vida y el amor**, Madrid, 1981.

GAFO, J. y ELIZARI, F. J., **Conflicto entre vida y realización personal**, Madrid, 1984.

GAFO, J., *¿Bioética católica*?, en GAFO, J. (Ed.), **Fundamentación de la Bioética y manipulación genética**, Madrid, 1988, pp. 119-132.

GONZÁLEZ QUINTANA, C., **Dos siglos de lucha por la vida: XIII-XIV**, Salamanca, 1995.

McCORMICK R. A., *Theology and Biomedical Ethics*, en **Logos** (Santa Clara, CA) 3 (1982) 25-45.

ROSSI, L., *Principio de doble efecto*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, D. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid 1978, 233-247.

SCHÖPF, B., **Das Tötungsrecht bei den frühchristlichen Schriftstellern**, Regensburg, 1958.

81. GAFO, J., *Enseñanza de la Ética a los profesionales biomédicos*, en VILARDELL, F. (Coord.), **Ética y Medicina**, Madrid, 1988, 159-176.

SANTO TOMÁS DE AQUINO, **Summa Theologica**, II-II, q. 64-66.
VIDAL, M., **Ética fundamental de la vida humana**, Madrid, 1984
VIDAL, M., **Moral de la Persona y Bioética teológica (Moral de actitudes, II – 1ª parte)**, Madrid, 1991.
ZALBA, M. *Principio de totalidad*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, D. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid 1978, 1086-1094.

CAPÍTULO SEXTO

EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA Y LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

I. INTRODUCCIÓN

Se ha escrito que si en los años 70 el principal problema de Bioética en Estados Unidos fue el del aborto, y en los años 80 se situó en torno al tema de la eutanasia, últimamente el debate más importante se centra en la justicia, más en concreto en la discusión sobre los criterios éticos que se deben utilizar en la distribución de los recursos sanitarios. El frustrado proyecto **Clinton** de un sistema sanitario que fuese accesible a todos los ciudadanos norteamericanos –se da la cifra de que 42 millones de habitantes en USA carecen de una seguridad médica– ha agudizado la discusión sobre esta temática[1]. Sin embargo, no es problema exclusivo de aquel país, sino que afecta a todo el mundo occidental, donde su sistema de atención sanitaria, que parecía un logro modélico en algunos países, ha entrado en una profunda crisis, no sólo en España.

Los costes de la atención sanitaria se han disparado en paralelo con el progreso de la Medicina y ponen en peligro la viabilidad de la seguridad social médica. Se suele decir que "la salud no tiene precio", pero también lo es que conlleva unos costes indiscutibles, cuyo crecimiento

1. Ver KEANE, Ph. S., **Health Care Reform. A Catholic View**, Nueva York/Mahwah, 1993, 9-57.

obliga a preguntarse sobre qué criterios deben utilizarse en el reparto de los recursos sanitarios. Se podrá discutir si la distribución de los recursos dedicados a la salud dentro de los presupuestos generales del Estado es la más idónea, pero tales recursos son siempre por su propia naturaleza limitados y obligan a cuestionar cómo se realiza una mejor distribución de los mismos. Es importante tener en cuenta que el presupuesto de sanidad puede entrar en conflicto con otras "partidas", tan importantes en la vida social como las destinadas a educación, vivienda, seguridad... y que debe siempre buscarse un equilibrio en el destino de los fondos generales dedicados al bien de los ciudadanos. La salud es un bien fundamental, pero evidentemente no es el único que debe potenciar la Administración.

En el caso español, el masivo recurso de los ciudadanos a los servicios de la Seguridad Social, con el problema de las listas de espera y la larga fila de enfermos que deben ser atendidos en los centros de atención primaria, suscita el interrogante, por ejemplo, de si deben potenciarse los trasplantes de órganos; de si son proporcionados los gastos para prolongar la vida de personas con enfermedades irreversibles; si la seguridad social médica debe incluir los gastos dimanantes de las técnicas de procreación asistida; de si está justificado el costoso tratamiento farmacológico de los enfermos de SIDA... ¿Hacia dónde deben dirigirse, en una distribución racional, los presupuestos públicos destinados a la sanidad?

Y, sobre todo, ¿cuándo es justo un sistema sanitario?, ¿qué criterios deben utilizarse en la distribución de los recursos sanitarios cuando las demandas sobrepasan a las disponibilidades sanitarias existentes? Evidentemente, tocamos un punto muy complejo y polémico, en el que no aspiramos, de ninguna forma, a dar una respuesta concreta, pero sí a abrir el debate en torno al principio de justicia –y el de solidaridad– y sobre la delimitación de una política sanitaria justa, que atienda de la forma más racional y provechosa a las necesidades sanitarias de los ciudadanos.

II. ¿Existe un derecho general a la atención sanitaria?

Nuestra pregunta es si existe un derecho a la asistencia sanitaria, no si existe un derecho a la salud, ya que nuestra salud depende de nuestra constitución genética y de otros factores sobre los que la sociedad no tiene control. A lo sumo, podría decirse que tenemos derecho a que

nuestra salud no quede afectada por la contaminación ambiental y por otros factores similares, si bien tal protección no nos garantiza tampoco una buena salud. Nadie puede garantizárnosla, aunque parece que en nuestras sociedades existe la expectativa de que la Medicina nos la pueda siempre proporcionar.

A esta pregunta, central en el tema que tratamos, la Medicina, desde sus raíces griegas y hasta el siglo XIX, hubiera dado una respuesta negativa, o mejor, parcialmente negativa. Como afirma **Diego Gracia**[2], el concepto griego de justicia tomaba como punto de partida la existencia de diferencias naturales entre los hombres, de tal forma que existirán hombres inferiores, por encima de los cuales están los guardianes y, finalmente, los gobernantes[3]. La justicia debía tener en cuenta la existencia "natural" de las desigualdades y, por tanto, de una jerarquía de las personas dentro de la sociedad. Por ello, la distribución de los bienes de la sociedad debía realizarse en proporcionalidad a las capacidades naturales de cada uno. Esta concepción llevará a **Platón** a afirmar que al esclavo le atenderá un médico esclavo; que el artesano no podrá recibir tratamientos prolongados o caros y sólo el rico tiene completo acceso a la salud[4]. Este planteamiento de **Platón** mantendrá claramente su vigencia en la Edad Media en la que persisten tres grandes tipos de asistencia médica: el dedicado a los más pobres, a los artesanos y a los ciudadanos libres y ricos. "Nadie más que éstos últimos participaban por entero de los bienes de la ciudad, y sólo ellos podían y debían ser plenamente justos y virtuosos. Quizá por eso eran los únicos que recibían asistencia sanitaria completa"[5].

Con la revolución francesa se inicia en la sociedad occidental la afirmación y el reconocimiento de los derechos humanos. Significa la aceptación de las ideas filosóficas de **J. Locke**: la teoría liberal de los derechos humanos y la afirmación de los derechos civiles y políticos. Se trata del reconocimiento de una serie de derechos de la persona, que son anteriores al Estado y deben ser protegidos por éste. El ser humano posee unos derechos esenciales, que son anteriores al contrato social. Para **Locke**, estos derechos, a los que califica como "primarios" y que posee todo hombre, por el hecho de serlo, son: el derecho a la vida, a la salud o integridad física, a la libertad y a la propiedad.

---

2. GRACIA, D., *¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos*, en **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** 108 (1990) 570-585.
3. **Ib**., pp. 570-571.
4. PLATÓN, **Republica III**, 15: 407a.
5. GRACIA, D., *¿Qué es un sistema justo…* p. 572.

Se ha calificado a estos derechos civiles y políticos como "formales" o meramente negativos. El Estado debe velar para que estos derechos fundamentales sean respetados, pero no tiene la obligación de promoverlos. La misión del Estado es legislar de tal forma que no se realicen actos contrarios a esos derechos primarios, pero no la de promover positivamente la realización de los mismos. Debe condenarse cuanto signifique una agresión contra la salud del individuo, pero no se afirma el derecho del ciudadano a una atención sanitaria. Este gran énfasis en la libertad de los individuos significó un avance fundamental sobre un pasado histórico, en el que la vida de muchas personas estaba controlada por regímenes políticos represivos, y llevó al reconocimiento y a la conciencia de la dignidad, igualdad y libertad de todo ser humano, superando definitivamente, al nivel de los principios, la división entre los hombres, basada en la naturaleza que habían recibido.

La consecuencia de esta teoría liberal de los derechos humanos es una concepción minimalista del Estado, que debe permitir el ejercicio de los derechos primarios de todo ser humano y condenar sus violaciones. Unida a esa concepción de la función del Estado está la economía liberal, del *laissez-faire*, que lleva, en el campo de la asistencia sanitaria, a considerar que debe regirse por las leyes del libre mercado y no tiene que ser proporcionada por el Estado. Como consecuencia de ello, existen en el siglo XIX tres tipos de asistencia sanitaria –en que sigue resonando, con ligeras modificaciones, el modelo platónico: el de los ricos, con recursos para costearse cualquier tipo de atención médica; el de las clases medias que debían cubrir los gastos dimanantes de una intervención quirúrgica o de una estancia hospitalaria; y el de los pobres, que no tenían derecho a una asistencia sanitaria y que quedaban en manos de la caridad o de la beneficencia, en condiciones frecuentemente miserables.

Éste es el *humus* sobre el que surge la segunda gran revolución, que va a proclamar la llamada segunda lista de derechos humanos, a mitad del siglo XIX. Ya no se trata tanto de proteger la libertad humana de agresiones que pueden sobrevenir desde fuera, sino de afirmar las medidas, que la sociedad y el Estado deben tomar para fomentar la dignidad humana. Su interés ya no se centra en la afirmación liberal de los derechos civiles y políticos, sino de los sociales, económicos y culturales. Los pensadores socialistas y marxistas son los más significados, aunque no los únicos, en la afirmación de estos nuevos derechos.

Marx y **Engels** subrayarán que los derechos civiles liberales son letra muerta, si no se modifican las condiciones de vida que hagan posi-

ble su realización mediante la negación de la propiedad privada de los medios de producción. La justicia exige dar a cada uno según sus necesidades. Por ello, el principio fundamental de la justicia marxista será: "cada uno debe aportar a la sociedad según sus capacidades y debe recibir de la sociedad según sus necesidades". De este modo, surge un Estado maximalista, que no sólo controla los medios de producción, sino que debe subvenir a las necesidades de todos los ciudadanos. En el campo médico, el Estado tiene la misión de cubrir, de modo gratuito y total, la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos. Así se hizo en Rusia poco después de la victoria del comunismo en 1917 y ese modelo se extendió posteriormente a los países comunistas. Por otra parte, se ha escrito que los derechos civiles no incluyeron el derecho a una asistencia sanitaria porque la Medicina se encontraba aún en una situación primitiva y no tenía mucho que ofrecer, mientras que en el último cuarto del siglo XIX, con el desarrollo de eficaces antisépticos y de la anestesia, comienza a ofrecer importantes posibilidades sanitarias.

El impacto de la afirmación de los derechos sociales, económicos y culturales no sólo se concretará en los países comunistas, sino que tendrá gran influjo, por la fuerza de los sindicatos y los movimientos obreros, en los países de tradición liberal, dando origen al socialismo democrático, que intenta hacer realidad las dos tablas de derechos humanos. Así surge el *Estado social de derecho*, que promueve no sólo los derechos humanos negativos, sino también los positivos. Es una forma de sociedad que puede calificarse también como *Estado de bienestar*, que incluye ciertamente el derecho a una asistencia sanitaria.

La primera concreción de la filosofía socialdemócrata en el campo de la salud acontece en Prusia en la década de los 80 del siglo XIX, cuando **Bismarck** crea la seguridad social –las *Krankenkassen*– para los trabajadores, y se continúa en Gran Bretaña, Suecia... La gran recesión provocó que la mayoría de los países occidentales adoptasen el modelo de seguro médico para los trabajadores. El Reino Unido pone en vigor en 1948 el primer Servicio Nacional de Salud del mundo occidental y los países de esta área –excepto USA, que mantiene un sistema liberal, con dos programas de ayuda a los ancianos y a los necesitados, *Medicare* y *Medicaid*– siguen un modelo nacional de salud, más o menos socializado. En todo caso, se generaliza la protección de la salud como un derecho social fundamental.

Como resumen de este recorrido histórico puede afirmarse que la asistencia sanitaria pasa a ser un derecho que se exige en justicia. La

salud deja de ser un problema privado, para convertirse en una cuestión pública y el Estado debe tener entre sus máximas prioridades la protección del derecho a una asistencia sanitaria.

Hemos comenzado este apartado con una interrogante: ¿Existe un derecho a la atención sanitaria? En un largo proceso se acaba superando un planteamiento que, en la práctica, respondía afirmativamente sólo para los mejor dotados o los que tenían más medios económicos. Desde ahí se ha pasado a la clara convicción de que ese derecho debe extenderse a todo ser humano. Y, no sólo a través de la mera afirmación negativa de un derecho a la salud, que proteja al individuo contra todo ataque a su salud e integridad física, sino proclamando que una de las prioridades de todo Estado, socialista o socialdemocrático, es promover y asegurar la atención a las necesidades sanitarias de cada uno de sus ciudadanos. Esto lo refleja la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, que cita explícitamente el derecho a una asistencia sanitaria y a un modelo de vida adecuado para la salud y bienestar del individuo y de su familia.

Por eso debe concluirse que se ha llegado, en un largo proceso, al reconocimiento del derecho a una asistencia sanitaria –ya veremos cuáles pueden ser sus límites. Y ello por dos razones. En primer lugar, porque, a diferencia de otras épocas históricas, el acceso a la asistencia sanitaria constituye un gran bien para el hombre. Partiendo del reconocimiento de los derechos humanos, es impensable que no se incluya dentro de ellos el de la asistencia sanitaria. En segundo lugar, porque las crisis de salud pueden afectar a personas de cualquier edad, situación económica y utilidad social, ya que la enfermedad es parte de nuestra condición humana. Por ello, la atención sanitaria no puede limitarse a algunos grupos humanos de determinadas cualidades no médicas, tales como la virtud, el rango social o el *status* económico... La necesidad de la asistencia sanitaria forma parte de nuestra común humanidad y, por tanto, todos los seres humanos tienen derecho a un adecuado nivel de asistencia.

III. La crisis del sistema de seguridad social médica

El inicio de la década de los 70 del siglo XX marcó una importantísima inflexión en el mundo occidental, que ya vino anunciada por el mayo francés del 68. Al optimismo sobre los logros del Estado de bienestar –cuyos éxitos quizá más espectaculares fueron los primeros via-

jes espaciales tripulados y la conquista de la luna– sobreviene una época de crisis ética, cultural y, también, económica. La crisis del petróleo cayó como una losa sobre las, hasta entonces, pujantes economías occidentales, que tuvieron no sólo que articular medidas para ahorrar el consumo energético, sino comenzar también a cuestionarse la necesidad de un ahorro en los gastos de salud y, últimamente, la viabilidad económica de un sistema sanitario que parecía afirmar el derecho del ciudadano a todo tipo de asistencia sanitaria.

Por eso, al comienzo de los 70, como lo documenta **D. Gracia**, los economistas comienzan a referirse a "la explosión de los costes sanitarios". Hasta entonces los gastos en salud habían subido de forma ininterrumpida, pero a un nivel en un cierto sentido equiparable al de la riqueza de esos países. Si en la década de los 50 los gastos sanitarios en los países ricos se habían incrementado un punto por encima del crecimiento del producto nacional bruto, en la de los 60 había sido 1,5 por encima y en la de los 70 eran ya dos puntos superior. En USA los gastos de salud per capita se han triplicado desde 1950. Es el momento en que los economistas comienzan a acusar a los médicos y políticos de una gestión irracional de los gastos sanitarios: "El gasto sanitario, como cualquier otro, debía efectuarse de acuerdo con las leyes de la racionalidad económica. Todo lo demás era puro despilfarro que no debía conducir más que al desastre"[6].

Surgen de este modo una serie de interrogantes complejos: ¿Cuáles son los costes del desarrollo y administración de una nueva tecnología médica? ¿Cuántas personas se beneficiarán de esa nueva técnica? ¿Sirve realmente esa tecnología para salvar vidas o lo que hace es ayudar para que sigan viviendo los enfermos crónicos, pero sin actuar contra enfermedades que ponen en peligro la vida? ¿Se trata de tecnologías que servirán para salvar la vida de niños, que tienen por delante muchos años de existencia o, por el contrario, para que sigan viviendo ancianos que, en las mejores condiciones, sólo vivirán unos pocos años más? El número de interrogantes puede continuarse largamente y su respuesta nunca será fácil. Pero, ante el incremento de los costes sanitarios, son preguntas que ya no pueden eludirse.

Porque la Medicina se ha convertido en un bien de consumo y ha creado un gran incremento de los enfermos crónicos. Ante ellos, una vez más **Diego Gracia**, surgen tres interrogantes básicos: ¿Hay obliga-

6. GRACIA, D., I**b**., p. 580.

ción de atender con todos los recursos a estos enfermos? ¿Hasta dónde deben ser tratados? ¿A partir de qué momento ya no estamos ante una obligación de justicia, sino de caridad? Porque no sólo hay que cuestionar el presupuesto de sanidad en relación con otros importantes servicios del Estado –educación, vivienda, seguridad...– sino que también debe darse preferencia a servicios sanitarios que, con menores costes, proporcionen mayores beneficios, y existen servicios sanitarios que no pueden exigirse en justicia por sus pocos beneficios en relación con sus grandes costos.

No se trata, por tanto, de discutir el derecho de todo ser humano a una asistencia sanitaria, pero sí de cuestionar cómo puede maximizarse el beneficio de esa atención, de tal manera que pueda disfrutar de ella el mayor número de personas. Es una pregunta sangrante, sin duda dolorosa, porque detrás de todo ser humano enfermo hay mucho dolor, angustia y miedo; pero es una interrogante de la que hoy ya no se puede prescindir y que será inevitable en el futuro.

IV. El principio de justicia en Bioética

Este principio es el que está en la base del tema que, hasta ahora, hemos esbozado. En las actuales publicaciones de Bioética y como antes hemos indicado, ya es un tópico referirse al *Informe Belmont*, publicado por la *Comisión Nacional* de Estados Unidos y que trataba el tema de los ensayos clínicos realizados en humanos. A partir de ese informe han adquirido plena ciudadanía los ya famosos principios de Bioética: los de beneficencia y no-maleficencia, inspirados en toda la tradición dimanante del Juramento hipocrático; el de autonomía, cuyo arranque puede situarse en el citado *Informe Belmont* y en la casi simultánea *Bill of Rights* de los hospitales privados estadounidenses (1973) –que enseguida se difundieron por otros países. El último gran principio es el que precisamente nos ocupa ahora, el de justicia, que aparece recogido en el Informe bajo la forma de la igualdad en la distribución de cargas asociadas con la participación en la experimentación humana.

Como afirma **Diego Gracia**, mientras que los médicos aportan el principio de beneficencia –también lo hace la familia– y los pacientes el de autonomía, sin embargo hay que hablar de un tercero: "Las relaciones entre el médico y el enfermo no han sido nunca las de Robinson Crusoe y Viernes. Por más solos que estén el médico y el paciente en el gabinete o en la consulta, el acto que realizan nunca es del todo solita-

rio; hay siempre con ellos un tercer sujeto, la sociedad. En cierto modo, en la soledad de la consulta médica está siempre una muchedumbre... El hombre nunca está solo, ni a las relaciones humanas se las puede considerar como completamente privadas. Y ello porque a la estructura constitutiva del hombre pertenece su inamisible condición social"[7]. Además del enfermo, su familia y el personal sanitario, hay que hablar de "terceras partes": el hospital, la Seguridad Social, el Estado. Son estas "terceras partes" las que aportan el principio de justicia, ya que "con sola autonomía y sola beneficencia no se puede constituir un sistema moral coherente y completo. Sí se consigue cuando a los dos citados se añade el principio de justicia"[8].

Como también indicamos anteriormente, a la hora de definir el principio de justicia se han vuelto los ojos al pasado grecorromano, màs en concreto a la famosa definición de **Ulpiano**, recogida por **Justiniano** en sus *Instituciones: Iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuens* ("La constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su derecho")[9]. Sin embargo, surge inmediatamente un interrogante: ¿Cómo delimitar ese "derecho" que debe concederse a toda persona?

Precisamente ésta es la interrogante con la que comienza su reflexión **MacIntyre**, al constatar que, ante las cuestiones más fundamentales sobre la justicia, recibimos respuestas distintas dentro de nuestra sociedad: ¿Pueden permitirse en justicia las grandes desigualdades en los ingresos y en la posesión de propiedades? ¿Exige la justicia que todos los ciudadanos tengan acceso igualitario a los servicios médicos? ¿Es justo un sistema de salud en que los servicios sanitarios estén de hecho "racionados" por la capacidad de los ciudadanos para poder pagarlos? Como indica **MacIntyre**, estas preguntas reciben respuestas diferentes e incompatibles dentro de nuestra sociedad: "Si prestamos atención a las razones que se aducen para sustentar las diversas respuestas rivales, está claro que, detrás de esta amplia variedad de juicios acerca de cuestiones particulares, encontramos concepciones de justicia que están en conflicto entre sí... Nuestra sociedad no es una sociedad de consenso, sino de división y conflicto, al menos en cuanto se refiere a la naturaleza de la justicia"[10].

---

7. GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**, Madrid, 1989, 200.
8. **Ib**., p. 202.
9. Cf. **Ib**., p. 285.
10. MACINTYRE, A., **Justicia y racionalidad**, Barcelona, 1994.

Antes hemos indicado las dos grandes tradiciones que se desarrollan en el siglo XIX: la liberal que arranca del pensamiento de **Locke** y la igualitaria que surge especialmente con **Marx**. Nos parece que puede ser importante reflejar el actual debate sobre la justicia, desde el horizonte de la Bioética y de la distribución de los recursos sanitarios, principalmente en torno a dos filósofos que continúan ambas tradiciones en nuestro tiempo: **H. T. Engelhardt** y **J. Rawls**. Son dos autores que pueden ser representativos de la falta de consenso hoy existente en relación con los temas de la justicia[11].

1. H. Tristram Engelhardt

Antes de presentar el pensamiento de **Engelhardt** en relación con nuestro tema, nos parece importante aludir a otro autor que participa también de una teoría liberal de la justicia: **Robert Nozick**. En la línea de **Locke**, **Nozick** afirma que es justo el Estado que se limita a proteger los derechos individuales contra sus posibles violaciones. Tales derechos son los de la primera tabla, los civiles y políticos. El concepto de justicia de **Nozick** equivale a la libertad contractual y está delimitado por dos principios básicos: el de justa adquisición y el de justa trasferencia. Todo lo que se salga de estos dos principios, ambos relacionados con el derecho de propiedad, no puede distribuirse en nombre de la justicia, aunque sí podría hacerse desde el orden de la beneficencia o de la caridad. Por tanto, para **Nozick**, son las leyes del mercado las que llevan a una justa distribución de la riqueza y, también, a una justa distribución de los recursos médicos, ya que la salud es un derecho negativo que el Estado no está obligado a promover de forma positiva, sino que es el *minimal State* o el *night-watchman State*. Sí admite un deber moral de caridad que obliga a prestar servicios a los pobres, pero no se trata de una exigencia de estricta justicia y, por tanto, no se puede hablar de un derecho positivo a recibir servicios médicos[12].

El pensamiento rabiosamente liberal de **Engelhardt** viene encuadrado dentro de la crisis posmoderna. Por eso afirma, en el mismo inicio de su libro, que "el fracaso del proyecto filosófico moderno de descubrir una moralidad canónica dotada de contenido, constituye la catástrofe

11. No entramos en la aproximación procedente de la tercera teoría de la justicia, la que procede del utilitarismo. Cf. GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**... pp. 258-285.

12. NOZICK, R., **Anarchy, State, and Utopia**, Nueva York, 1974. Ver también SADE, R. M., *Medical Care as a Right: A Refutation*, en **New England Journal of Medicine** 285 (1971) 1288-1292.

fundamental de la cultura contemporánea secular"[13]. La tarea que se impone **Engelhardt** es la de intentar "justificar un marco moral por medio del cual individuos pertenecientes a comunidades morales diferentes puedan considerarse vinculados por una estructura moral común". Reconoce que "este libro afirma una condición lamentable, pero la alternativa sería aún peor". Por ello se opone a los que llama "cosmopolitas ecumenistas", que creen que tenemos lo suficiente en común para descubrir un consenso dotado de contenidos, que permita dirigir la Bioética y la política sanitaria, crítica que **Engelhardt** aplica explícitamente a los teólogos católicos y a los igualitaristas[14].

La propuesta de **Engelhardt** no se dirige a los que el llama "amigos morales", a las personas que comparten una misma tradición moral, sino a los "extraños morales" que, sin embargo, pueden quedar vinculados por una moralidad común, a pesar de que, como afirmaba **MacIntyre**, "vivimos entre los vestigios destrozados de lo que un tiempo fueron visiones y concepciones morales integras y vibrantes de la polìtica sanitaria adecuada". La posmodernidad nos aporta criterios morales diferentes y discrepantes "a la vez que vivimos el desmoronamiento de visiones morales, tanto cristianas como marxistas, en un tiempo dominantes[15].

Ante el fracaso del proyecto ilustrado de construir una ética racional y ante la secularización, que ha hecho perder el papel integrador que tenía la religión, **Engelhardt** dice que sólo es posible la articulación de una ética secular que vincule a esos "extraños morales" y que únicamente afirmaría "la exigencia de respetar la libertad de los participantes en una controversia moral (y de obtener su permiso para usarlo) como base de la autoridad moral común"[16]. La moralidad posmoderna, propuesta por **Engelhardt** y que vincula a los "extraños morales", "depende de la autoridad que los individuos otorgan a través del permiso y tiene una estructura negativa", ya que se limita a afirmar que el requisito de utilizar a los individuos, sólo con su consentimiento o permiso, impone límites[17] y que "el principio moral fundamental será el del respeto mutuo en la negociación común y en la creación de un mundo moral concreto"[18].

---

13. ENGELHARDT, H. T., Jr., **Los fundamentos de la Bioética**, Barcelona, 1995, 15.
14. **Ib**., pp. 19-20.
15. **Ib**., p. 27.
16. **Ib**., p. 95.
17. **Ib**., p. 111.
18. **Ib**., p. 114.

Este planteamiento de la moralidad para "extraños" lleva a una devaluación del principio de beneficencia que, según **Engelhardt**, "no es necesario para la estricta coherencia del mundo moral... No es tan básico como aquel otro que yo denominaré `principio de permiso´. El principio de beneficencia no resulta tan ineludible. Se puede actuar de manera poco caritativa sin que por ello se entre en conflicto con la noción mínima de moralidad"[19]. Por ello afirma que el principio de beneficencia "es exhortativo e indeterminado, mientras que el principio de permiso es constitutivo"[20].

Sin embargo y al mismo tiempo, **Engelhardt** considera que "rechazar la beneficencia por principio conduce a un empobrecimiento esencial de la vida moral, aunque no al rechazo total de la misma" y que "afirmar la moralidad de la beneficencia equivale a afirmar la empresa del bien común, de la estructura de la solidaridad mutua, que configura la moralidad del bienestar", ya que "rechazar la beneficencia de forma absoluta significa perder todo derecho a reclamar compasión ajena", por lo que "la violación del principio de beneficencia priva al infractor del derecho a reivindicar aquel tipo de beneficencia que él ha negado a los demás"[21].

Por eso, aunque no ser caritativo no sea sinónimo de ser enemigo de la comunidad moral, tampoco equivale a ser miembro de una comunidad: "Un individuo que persigue su propio bien solitario, pero sin violar los derechos de los demás, penetra en una especie de limbo moral. Sólo afirmando el principio de beneficencia nos podemos enmarcar en la empresa de vertebrar una comunidad moral y de dotar de contenido a la beneficencia"[22].

Engelhardt considera, por otra parte, que "la mayor parte de las apelaciones que se hacen al principio de justicia deben entenderse, en su raíz, como la inquietud por la beneficencia"[23] y que "el análisis del principio de justicia pone de manifiesto la presencia de los principios de permiso y de beneficencia en su raíz y que cada uno de ellos fundamenta su propia esfera de exigencias"[24].

Partiendo de tales presupuestos y con el tono provocativo que utiliza con cierta frecuencia, **Engelhardt** afirma: "La imposición de un sis-

19. **Ib.**, p. 115.
20. **Ib.**, p. 118.
21. **Ib.**, pp. 122 y 124.
22. **Ib.**, pp. 129-130.
23. **Ib.**, p. 135.
24. **Ib.**, p. 136.

tema sanitario de un solo nivel y global es moralmente injustificable, ya que supone un acto coercitivo de fervor ideológico totalitario... Constituye un acto de inmoralidad secular. No existe ningún derecho moral secular fundamental humano a recibir asistencia sanitaria, ni tan siquiera como *minimo decoroso*. Tales derechos deben ser creados". Una asistencia sanitaria general no puede legitimarse, ya que "existen tantas teorías de la beneficencia, de la justicia y de la imparcialidad como existen grandes religiones". Incluso afirma que la expresión justicia social "es intelectualmente vergonzosa... ya que una vez reconocida su vacuidad, su uso es deshonesto"[25].

Por ello, el filósofo estadounidense manifiesta que "el derecho a la asistencia sanitaria, excepto cuando derive de acuerdos contractuales especiales, dependerá de una interpretación determinada de la beneficencia más que del permiso... El individuo siempre tiene autoridad moral secular para utilizar sus propios recursos, aunque se enfrenten a las concepciones vigentes de justicia e imparcialidad"[26].

Engelhardt considera que la desigualdad aparece "como un hecho moralmente inevitable" y comparte la postura de **Platón** que relacionaba la asistencia sanitaria con la capacidad de recuperación del ciudadano y que no reconocía un derecho individual a dicha asistencia, sino en relación de la función de la persona dentro de la *pólis*[27].

El interés por la justicia surge de las desigualdades que emanan de la lotería natural y social y de las necesidades de las personas. Sin embargo, según **Engelhardt**, "nadie puede cargar con la responsabilidad de restablecer la salud de quienes pierden en la lotería natural" y las diferencias, tanto genéticas como educacionales y sociales, no crean "la obligación moral secular, clara y manifiesta, de ayudar a los necesitados", aunque podamos caer en el infierno. Siguiendo las viejas ideas de **Locke**, afirma que la propiedad justamente adquirida no está afectada por la necesidad ajena. Por ello, **Engelhardt** se opone a un sistema de asistencia sanitaria igualitaria y reconoce que "las personas acaudaladas siempre son moral y secularmente libres de adquirir más y mejor asistencia sanitaria"[28].

Por tanto y con un planteamiento similar al de **Nozick**, considera que la enfermedad y la malformación reclaman ciertamente nuestra

25. **Ib**., p. 401.
26. **Ib**., p. 402.
27. PLATÓN, **República III**, 15, 407-408.
28. ENGELHARDT, H. T., Jr., **Los fundamentos de la Bioética**... p. 410.

simpatía, pero no son culpa de la sociedad y de los ciudadanos. No se puede convertir las necesidades en derechos. Si se aceptase que las desventajas causadas por la lotería natural o social crean derechos a la asistencia sanitaria, se agotarían los recursos sociales; se conseguiría poco alivio y a costes muy elevados[29].

La postura de **Engelhardt** se resume en las siguientes afirmaciones[30]:

- "Que unos pacientes que pueden ser salvados en un sistema o nivel, mueran en otros por no recibir la misma asistencia, no es testimonio de delincuencia moral, sino de los diferentes poderes, fortunas, elecciones y visiones de los hombres y mujeres libres".
- "La autoridad moral que poseemos para exigir a otros que estén de acuerdo con una visión moral o una concepción dotada de contenido de la justicia y de la imparcialidad es restringida".
- "Nuestras limitaciones morales seculares representan argumentos en contra de la uniformidad de los 'paquetes' de asistencia sanitaria y a favor de la aceptación de diferentes modos de enfocar la prestación de servicios sanitarios".
- Existe "obligación de reconocer en el ámbito sanitario la diversidad que caracteriza a la condición humana. Cuando nos encontramos con extraños morales debemos acordar decidir imparcialmente qué vamos a realizar juntos. Cuando no podamos descubrir de forma conjunta qué debemos hacer, tendremos que acordar pacíficamente seguir nuestros propios caminos".

2. John Rawls

La *teoría de la justicia*[31] de **Rawls** ha ejercido un gran influjo en los debates éticos contemporáneos. Ante todo debe afirmarse que **Rawls** entiende la justicia como *equidad* (*fairness*). Toma como punto de partida la autonomía racional del hombre –no entendida desde los planteamientos de **Locke**, sino desde **Kant**, tomando, además, como base "la igualdad de los seres humanos en tanto que personas morales"[32]. Esa autonomía racional posibilita al ser humano a construir una sociedad bien ordenada, que estará formada por personas morales libres e iguales, que aceptan los mismos principios de la justicia y de lo que es rec-

29. **Ib**., pp. 412-416.
30. **Ib**., p. 439.
31. RAWLS, J., **Teoría de la justicia**, México D. F./Madrid/Buenos Aires, 1971.
32. **Ib.**, p. 37.

to. Se trataría de "la elección que los hombres racionales harían en esta situación hipotética de igual libertad..., determinaría los principios de la justicia"[33].

En su deseo de establecer los fundamentos para identificar una sociedad justa, **Rawls** recurre a una estratagema intelectual por la que cada persona se siente invitada a fijar los principios básicos de justicia y las leyes de la sociedad en que uno está destinado a vivir. Se trataría de una serie de contratantes ideales, que desconocen cuál va a ser su *status* y puesto en la sociedad. Estos contratantes, situados bajo "el velo de la ignorancia", desconocedores de cuál será su situación futura, aceptarían, según **Rawls**, los bienes sociales básicos de la libertad de pensamiento y conciencia, el libre movimiento y la libre ocupación, los poderes de cargos y posiciones de responsabilidad, la renta y riqueza y las bases sociales del respeto de sí mismos. Desde esta situación ideal, esos hipotéticos contratantes se encuentran en la posición idónea para poder elegir los principios de la justicia, que surgirían de un principio general:

1. "Todos los valores sociales –libertad y oportunidad, ingreso y riqueza, así como las bases sociales y el respeto a sí mismo– habrán de ser distribuidos igualitariamente a menos que una distribución desigual de alguno o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos"[34].

Sin embargo, las desigualdades no pueden redundar en ventajas para todos. Lógicamente crearán ventajas para unos y desventajas para otros. De ahí que deba escogerse entre dos criterios adicionales, el llamado *maximax* –maximizar la utilidad de las situaciones más ventajosas o de los sujetos más favorecidos– o el *maximin* –minimizar el perjuicio de las situaciones más desfavorables o sea de los sujetos menos favorecidos. Lógicamente debe escogerse el principio *maximin*, lo que nos lleva a una segunda afirmaciòn:

2. Todos los bienes sociales primarios –libertad, igualdad de oportunidades, renta, riqueza y bases del respeto común– han de ser distribuidos de un modo igual –a menos que una distribución desigual de uno o de todos estos bienes redunde en beneficio de los menos aventajados"[35].

33. **Ib.**, p. 29.
34. **Ib.**, p. 84.
35. **Ib**., p. 341.

Rawls considera que estos contratantes ideales considerarían la libertad por encima de los restantes valores sociales primarios y que no serían igualitarios si esa distribución desigual no fuese ventajosa para todos. Por eso, "cada persona ha de tener un derecho igual al más amplio sistema de libertades básicas, compatible con un sistema similar de libertades para todos" –los derechos negativos de **Locke**– y las desigualdades sociales y económicas deben estar accesibles a todos, en igualdad de oportunidades y "deben suponer el mayor beneficio para los miembros menos aventajados de la sociedad"[36] –los derechos de "la segunda tabla".

Ello llevaría al siguiente resumen de la postura de **Rawls**, centrada en tres principios[37]:

1) Las libertades civiles se rigen por el principio de igual libertad de ciudadanía.

2) Los cargos y posiciones deben estar abiertos a todos, conforme al principio de justa igualdad de oportunidades.

3) Las desigualdades económicas y sociales (poderes y prerrogativas, rentas y riqueza) deben cumplir el principio de la diferencia, según el cual la distribución desigual de esos bienes sólo es justa o equitativa si obedece al criterio *maximin,* es decir, si ninguna otra forma de articular las instituciones sociales es capaz de mejorar las expectativas del grupo menos favorecido.

De los tres principios citados, el primero tiene prioridad sobre los otros dos y el segundo sobre el tercero –es decir **Rawls** da preferencia a la igualdad de oportunidades sobre cualquier otro criterio utilitarista.

Como afirma **D. Gracia**, **Rawls** "establece una teoría de la justicia social que integra a su modo las libertades civiles y políticas con los derechos económicos, sociales y culturales, y concede prioridad estructural a las primeras sobre los segundos. Entre el puro `liberalismo´ y el puro `igualitarismo´, propone una tesis intermedia, la de la justicia como `equidad'"[38].

Rawls no aplica su teoría de la justicia al tema sanitario y únicamente se refiere a "la estructura básica de la sociedad o, más exacta-

36. RAWLS, J., *Las libertades fundamentales y su prioridad*, en McMURRIN, S. M. (Ed.), **Libertad, igualdad y derecho. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral**, Barcelona, 1988, 13.

37. Cf. GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**... pp. 251-252.

38. **Ib.**, p. 252.

mente, al modo en que las instituciones sociales más importantes distribuyen los derechos y deberes fundamentales y determinan la división de las ventajas provenientes de la cooperación social"[39]. Por ello nos parece importante añadir la aproximación que hace **Charles Fried** a este tema en relación con la postura de **Rawls**.

Ante todo, **Fried** critica a **Rawls** por su insuficiente ponderación del tema de la lotería natural. **Rawls** considera que los mejor dotados pueden gozar de mayores ingresos si ello contribuye a mejorar la situación de los menos favorecidos, con lo que confiere un estatus moral a esas dotes. En una línea kantiana, **Fried** parte de la existencia de deberes anteriores a los derechos: "La justicia distributiva de **Locke** está basada en un sistema de derechos. **Fried**, en cambio, intenta fundarla sobre el principio kantiano del `deber de beneficencia´[40]: "Puesto que otras personas comparten nuestra dignidad moral, puesto que tienen vidas que es de gran importancia valorar para poder vivir según su concepto, puesto que por esa razón están más allá de todo precio... es injusto que seamos indiferentes hacia esas personas. El éxito y la felicidad de mis semejantes no me puede resultar indiferente a no ser que niegue la dignidad moral de mis propios proyectos y mi libertad para pretenderlos. La miseria humana es la sensación sin remedio de que tus valores sobre todo se deslizan irreversiblemente hasta quedar fuera de tu alcance. Y proclamar indiferencia como principio propio frente a la miseria de otros es inconsistente con la proclamación de la dignidad moral de nuestra propia felicidad"[41].

Como antes veíamos en **Engelhardt**, **Fried** hace derivar el derecho a la justicia distributiva del de beneficencia, de "responder compasivamente a la miseria de los otros"[42], pero añade dos precisiones importantes: 1) que ese deber de beneficencia genera un derecho correlativo de los demás a mi auxilio, por tanto un derecho a la justicia distributiva; 2) que eso otorga al Estado derecho y hasta obligación de socorrer a la miseria de los otros. Sin embargo, ¿cómo se delimita la ayuda que debe prestarse?:

Fried responde así a la pregunta ¿qué se le debe a un hombre?: "Primero, tanta parte de los recursos de la comunidad como para que

39. RAWLS, J., **Teoría de la justicia**... p. 23.
40. GRACIA, D., **Fundamentos de Bioética**... p. 254.
41. FRIED, Ch., *¿Es posible la libertad?*, en McMURRIN, S. M. (Ed.), **Libertad, Igualdad y Derecho**…pp. 91-132**.**
42. **Ib**., p. 101.

se tenga una oportunidad de vivir decentemente y de hacerse una vida propia: por sus propios esfuerzos, si es posible; por la ayuda de la comunidad, si esos esfuerzos son insuficientes. Más allá de eso no debería pedir nada". Concretando más su postura, **Fried** hace su propuesta: "Una persona puede reclamar de sus semejantes un paquete estándar de bienes básicos o esenciales: vivienda, educación, cuidado sanitario, alimento; esto es el mínimo social (o decente), si con esfuerzos razonables no puede ganar bastante para procurarse él mismo ese mínimo"[43]. Es la teoría del *decent minimum*, del *mínimo decoroso*, por el que debe procurarse una asistencia sanitaria estándar a todos los que no sean capaces de conseguirla por sí mismos.

Es también interesante la posición de **Norman Daniels**[44], quien justifica el derecho a una asistencia sanitaria a partir del principio de igualdad de oportunidades, propuesto por **Rawls**. A diferencia de **Fried** que lo deriva últimamente de la beneficencia, **Daniels** lo hace provenir de la justicia. Esto significa delimitar cuáles son las necesidades a las que debe subvenir una asistencia sanitaria justa. Su propuesta asume el criterio del "funcionamiento típico de la especie" o las "desviaciones de la organización funcional natural de un miembro típico de la especie", por lo que existe una exigencia de justicia de subvenir a una enfermedad aguda, pero no a una cirugía estética. Por ello, **Daniels** se distancia de la famosa definición de la *OMS*, ya que salud no es lo mismo que felicidad y bienestar, sino que se relaciona con el normal funcionamiento del organismo. Como consecuencia de todo ello, no puede afirmarse que existe una verdadera igualdad de oportunidades, mientras todas las personas no posean iguales posibilidades de acceso al sistema sanitario y, por tanto, al normal funcionamiento del organismo. Nos parece importante subrayar que el mismo **Rawls** considera que la propuesta de **Daniels** no es alternativa respecto de la suya propia, sino "complementaria"[45].

V. Nuestra concepción de la justicia en el ámbito sanitario

La justicia es una noción moral crucial para reflexionar sobre el derecho a una asistencia sanitaria. La tradición católica ha entendido la justicia como una virtud, como esos hábitos estables y permanentes

43. **Ib**., pp. 101-102.
44. DANIELS, N., **Just Health Care**, Nueva York, 1985.
45. RAWLS, J., **Justicia como equidad. Materiales para una teoría de la justicia**, Madrid, 1986, 195.

que marcan todos los aspectos de las relaciones humanas. El objeto y fin de la justicia es dar a cada persona lo que se le debe, proporcionarle los bienes y servicios que legítimamente puede reclamar. Sin embargo, esta definición desvía nuestro pensamiento desde lo que podemos exigir de los otros a lo que nos debemos mutuamente; en otras palabras, la justicia trata de las obligaciones y responsabilidades que tenemos para construir la buena comunidad. No se refiere a lo que nos gustaría hacer por los otros, ni de cómo ser generosos con ellos, sino de lo que les debemos sobre la base de nuestra común humanidad. No significa que carezca de importancia la caridad en la mejora de la sociedad, pero las respuestas basadas en la caridad son insuficientes y no cumplen las exigencias de la justicia[46].

La tradición católica habló de tres tipos de justicia:

a) **Justicia conmutativa**, que se refiere a las obligaciones que existen entre dos individuos: por ejemplo, el pago por hacer un trabajo. Esta justicia presupone la existencia de contratos previos. Al hablar del derecho a la asistencia sanitaria, no nos referimos a este tipo de justicia, ya que no trata de la relación existente entre dos individuos, pero ese modelo de la justicia conmutativa puede tener su importancia como paradigma para abordar algunas nociones más amplias de la justicia desde un trasfondo más personalizador.

b) **Justicia legal**, llamada a veces justicia general, es la que trata las obligaciones que los individuos deben a la comunidad. **Aristóteles** y **Tomás de Aquino** afirmaban que la sociedad fue creada y existe para nuestro bien; por ello, los individuos son responsables de dar a la comunidad lo que ésta requiere para el servicio del bien de todos: así la obligatoriedad de pagar impuestos. Hoy incluiríamos aquí la obligación de los ciudadanos de velar por el medio ambiente. La justicia legal está, por tanto, estrechamente relacionada con el concepto de bien común.

La justicia legal tiene importantes implicaciones en el área de la asistencia sanitaria. Si llegamos a la conclusión de que existe un derecho humano a dicha asistencia, los individuos deben aportar los bienes necesarios para ello.

c) **Justicia distributiva**, que es la que trata de las obligaciones de la sociedad como un todo en relación con los individuos que la componen. En virtud de la justicia distributiva, la sociedad debe atender a las

46. Cf. KEANE, Ph, S., **Health Care Reform**…pp. 133-144.

exigencias razonables de los ciudadanos, que lógicamente son variables con el paso del tiempo.

Es el tipo de justicia relacionado más directamente con el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria. Naturalmente, ello exige un acuerdo previo sobre lo que la sociedad debe ofrecer a las personas; de lo contrario, todas las cuestiones sobre la asistencia sanitaria son vacías.

d) **Justicia igualitaria**: en las actuales discusiones sobre la justicia se pone un marcado énfasis en la igualdad de todos los seres humanos, que es la base de este concepto de justicia, cuyas raíces proceden de la Revolución Francesa y de la afirmación de la Declaración de independencia USA de que "todos los hombres son creados iguales".

Estas afirmaciones son verdaderas, pero no evitan las discusiones conceptuales sobre este tema. Ciertamente somos iguales, en cuanto seres humanos, pero nacemos y crecemos dotados con diferentes cualidades que contribuyen al bien de la comunidad; igualmente, como individuos tenemos cargas diferentes: distintas discapacidades y situaciones de salud que llevan a la necesidad de una ayuda que no pueden esperar otras personas. Por eso, tanto **Keane** como **Curran**, creen que la distribución de beneficios y de cargas es un tema de justicia más que de igualdad.

e) **Justicia social**, que se refiere a la sociedad como un todo. Éste es el uso que daba al término **Pío XII**, al referirse a las instituciones del Estado, que deben proteger y promover los derechos y exigencias de los ciudadanos. Esta noción ha sido utilizada en la valoración de las instituciones y en su crítica, debiendo aplicarse, igualmente, a las mismas instituciones sanitarias. Pero, de nuevo, esa valoración y crítica de la asistencia sanitaria nos remite a la cuestión de dilucidar qué bienes deben ofrecerse a la persona en el campo de la salud.

Por tanto y después de haber descrito las cinco categorías de justicia, salta a la vista la relevancia de la justicia distributiva en el campo de la asistencia sanitaria. La pregunta es, pues, si la sociedad tiene la obligación, en la distribución de los beneficios entre los ciudadanos, de ofrecer una asistencia sanitaria y de qué tipo.

Como vimos anteriormente, **Engelhardt**, al proponer su ética para "extraños morales" en el contexto de una sociedad plural y posmoderna, afirma que únicamente puede construirse desde el principio de permiso, término con el que "rebautiza" el principio de autonomía, ya que "no está en juego ningún valor que poseen la autonomía o la libertad,

sino el reconocer la necesidad de obtener autoridad moral a través del permiso de los implicados en una empresa común", por lo que afirma "la naturaleza libertaria de una moralidad secular"[47]. También vimos la valoración positiva que hace de la beneficencia, en la que enraíza el principio de justicia, pero al que considera incapaz de fundar por sí mismo esa moral secular que presenta. Por otra parte, tiene razón en su afirmación del fracaso del proyecto ilustrado de fundar una ética universal desde la razón: la existencia de un disenso en los temas de Bioética y en los de su misma fundamentación son la prueba más palmaria de ese triste fracaso. ¿Significa esto que en una situación de disenso, de falta de uniformidad en las respuestas éticas, la única solución sea la de una ética minimalista, centrada únicamente en el principio de autonomía, incluso reducido al mero "principio de permiso"?

Sin embargo, ese énfasis en la autonomía y en el "permiso" de las personas en la construcción de la ética, ¿no está indicando el reconocimiento y la afirmación de la intrínseca dignidad de todo ser humano, de toda persona? Al construir su ética para "extraños morales", cuya autonomía o permiso deben ser respetados cuidadosa y estrictamente, ¿no hay que preguntarse por lo que sirve de fundamento para esa afirmación del principio básico y único de su ética? ¿No es este fundamento la convicción, que está en la base de los planteamientos de **Locke**, de la igual dignidad de todo ser humano? Lo mismo puede decirse de la "teoría de la justicia" de **Rawls**, que toma, igualmente, como punto de partida la afirmación de la libertad humana y de su reconocimiento. Esos contratantes hipotéticos son concebidos como seres humanos dotados de la misma dignidad y valor, que intentan ponerse de acuerdo en la institución de una sociedad justa. Por detrás de sus conclusiones, que pueden ser discutibles, hay un núcleo innegable, el de la afirmación de la dignidad de todos los seres humanos que debe ser salvaguardada, aun desde la conciencia de la inevitable existencia de ciertas desigualdades por importantes que éstas puedan ser.

Últimamente estamos situados en el mismo punto histórico que dio a luz a la segunda tabla de derechos humanos: ¿Basta con la afirmación de los derechos negativos o formales de todo ser humano, la propuesta lockeana, o esa afirmación debe ser necesariamente completada con la de la segunda lista de derechos, los materiales o positivos, los que pueden hacer posible la realización de esos primeros derechos conce-

47. ENGELHARDT, H. T., Jr., **Los fundamentos de la Bioética**... p. 21.

didos a todo ser humano y que tienen como trasfondo el reconocimiento de la igualdad y dignidad humanas?

Este paso ha sido afirmado por la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, la vivienda, *la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios...*"[48]. **Juan XXIII** afirmaba en la *Pacem in terris*: "Puestos a desarrollar... el tema de los derechos del hombre, observamos que éste tiene un derecho a la existencia, a la integridad corporal –los de la primera tabla– a los medios necesarios para un decoroso nivel de vida, que son, principalmente, el alimento, el vestido, la vivienda, el descanso, *la asistencia médica* y, finalmente, los servicios indispensables que a cada uno debe prestar el Estado. De lo cual se sigue que el hombre posee también el derecho a *la seguridad social en caso de enfermedad, invalidez, viudez, vejez, paro* y, por último, cualquier otra eventualidad que le prive, sin culpa suya, de los medios necesarios para su sustento" –los de la segunda tabla[49].

¿Cómo se puede fundamentar este derecho de justicia distributiva a la asistencia sanitaria y hasta dónde alcanza? Ésta es la pregunta básica en todo este tema.

a) Argumento a partir de la *dignidad inviolable de todo ser humano*, que es la base del respeto que se debe a toda persona humana, por el hecho de serlo. De esa dignidad emanan unas obligaciones y unos derechos que el ser humano puede exigir. El derecho fundamental y fundante es el derecho a la vida, que es el presupuesto para todo otro derecho ulterior. El derecho a la vida incluye ciertamente el derecho negativo de que nadie la pueda suprimir. Pero, lógicamente, también incluye el derecho al acceso a los bienes y servicios que son necesarios para vivir la vida humanamente y desarrollar, de la mejor forma posible, la propia personalidad. Parece indiscutible que la sociedad tiene que ayudar a todo ser humano a su realización personal, garantizándole la satisfacción razonable de sus necesidades fundamentales.

Dentro de estas necesidades fundamentales, una de las más importantes es el acceso a los servicios sanitarios, ya que la salud es necesaria para que la persona puede disfrutar de la vida y desarrollar su proyecto vital personal. La salud es, además, necesaria para poder contribuir al bien común de la sociedad. De ello se sigue que la segunda

48. Art. 25.
49. JUAN XIII, **Pacem in terris**, n.º 11.

tabla de derechos incluya, además de los derechos sociales, económicos y culturales, el derecho a la salud. Si no fue explícitamente citado en su tiempo –aunque enseguida se incluirá en la Constitución de la URSS– pudo ser consecuencia de los bajos niveles terapéuticos de la medicina del siglo XIX –el "nihilismo terapéutico", al que se refería en otro contexto, a propósito del *Proyecto Genoma Humano*, **A. R. Jonsen**[50].

b) Argumento a partir de la *naturaleza de la enfermedad* como elemento inseparable de nuestra común humanidad. La enfermedad y el sufrimiento forman parte de la condición humana, al margen de las características individuantes de cada persona. Dada esta condición humana y, por otra parte, existiendo medios para combatir la enfermedad y el sufrimiento, la conclusión es que toda persona debe tener acceso a una asistencia sanitaria que le ayude a recuperar la salud o a evitar el dolor. Restringir esta asistencia a sólo ciertas personas –las que tengan una utilidad social o posean medios para costearla– sería negar de hecho la igualdad y la dignidad de todo ser humano que, por el hecho de serlo, participa del destino humano abocado a esas experiencias negativas. Notemos, además, que el derecho a la asistencia sanitaria empalma directamente con el derecho a la vida y a la integridad física, y que la salud es también un requisito básico para la realización personal del ser humano. El *homo patiens*, del que hablaba **V. Frankl**, constituye uno de los elementos determinantes de nuestra común condición que reclama ayuda de la sociedad.

c) Argumento basado en la *protección social colectiva*: las necesidades de salud son similares a otras necesidades que deben ser protegidas y potenciadas por el Estado: protección contra el crimen y promoción de la seguridad, educación, seguridad medioambiental, etc. Si se considera que el Estado debe intervenir en las áreas citadas, parece lógico concluir que la misma naturaleza del Estado debe velar por la protección de la salud y la lucha contra las enfermedades. Si nadie discute que es función del Estado el combate contra la ignorancia y la promoción de la educación, lógicamente debe garantizar también la protección de la salud de los ciudadanos y prestarles una adecuada asistencia sanitaria. Una vez más hay que repetir que la salud y la enfermedad, estrechamente asociadas al derecho a la vida, son valores fundantes para el desarrollo de otros derechos humanos

50. JONSEN, A. R., *El impacto del cartografiado del genoma humano en la relación* paciente-*médico*, en AA. VV., **Proyecto Genoma Humano: Ética**, Fundación BBV, Bilbao, 1993, 235-236.

d) Argumento basado en la *norma de oportunidad equitativa*[51]. Esta norma, a la que **Beauchamp** y **Childress** califican como *fair opportunity role*, afirma que no deberían concederse beneficios a ninguna persona sobre la base de las diferencias en las que no tenemos ninguna responsabilidad y que se distribuyen de forma fortuita (como el género, la raza, la religión, el nivel intelectual...) e, igualmente, que no se nieguen los beneficios sociales a las personas sobre la base de condiciones desventajosas no merecidas. Esto significa que las cualidades o deficiencias, que dependen de la llamada lotería biológica o social, no son éticamente válidas para discriminar a las personas. La enfermedad forma parte, aunque no de forma exclusiva, de esa lotería biológica y social (piénsese en los problemas de salud relacionados con la pobreza). La norma de la oportunidad equitativa exige que el Estado garantice el acceso a los servicios sanitarios a aquellas personas con limitaciones naturales o sociales en el área de la salud, puesto que son las que más los van a necesitar. Habría que añadir, también, que los intentos de prestar servicios sanitarios a las personas enfermas, como, por ejemplo, a través de la caridad o la beneficencia, se han mostrado históricamente insuficientes para garantizar el acceso de todos los ciudadanos a una asistencia sanitaria digna.

Por tanto, debe concluirse, como afirman los documentos antes citados, que existe un derecho humano fundamental al acceso a una asistencia sanitaria, exigible en virtud de la justicia distributiva, por la que la sociedad distribuye sus cargas y sus beneficios entre los miembros de la comunidad.

La afirmación del derecho a una asistencia sanitaria no significa que tenga un carácter ilimitado. Como dijimos anteriormente, el presupuesto sanitario de un país no puede extenderse *ad infinitum* y choca con otros intereses y derechos sociales importantes: los de la educación, vivienda, seguridad, etc. Esto lleva a una inevitable limitación de las prestaciones sanitarias que una sociedad puede ofrecer a todos sus miembros y que, lógicamente, varían con el espacio y el tiempo: no es lo mismo la sociedad norteamericana de los años 50 que la actual y esa sociedad no es comparable con la de un país africano. Se trata de un tema que desborda los objetivos de este trabajo y, por ahora, nos limitamos a afirmar la obligatoriedad de ese *mínimo decoroso* o de un *paquete de servicios sanitarios* que toda sociedad debería ofrecer a cada ciuda-

51. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., **Principios de Ética Biomédica**, Barcelona, 1999, 326 ss.

dano. De hecho, tanto la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, como la *Pacem in terris*, hablaban de un nivel *adecuado* o *decoroso* de servicios médicos obligatorios.

VI. Hacia una criteriología en la distribución de los recursos sanitarios

En la década de los 70 **Gene Outka** desarrolló una contribución significativa para aplicar la justicia distributiva en el campo de la atención sanitaria[52]. Toma como punto de partida cinco posibles cánones o principios para la distribución de la atención sanitaria, para la existencia de una justa política sanitaria justa, que pasamos a exponer:

1. El primer cauce posible afirma que la distribución de los beneficios de la atención sanitaria se basaría en los *méritos* o la virtud de las personas. Esta aproximación, que repetiría la concepción griega y medieval, olvida el hecho de que la necesidad de atención sanitaria acontece de forma totalmente independiente de los méritos de las personas. Por otra parte, dadas nuestras parcialidades y la dificultad para la objetividad, ¿podemos realmente afirmar el mérito o virtud de una persona en relación con otra? Este canon es ciertamente inadecuado para distribuir los recursos sanitarios.

2. La segunda posibilidad distriburía los recursos sanitarios basándose en la *utilidad social* de las personas. Pero, de nuevo, las necesidades sanitarias pueden estar muy al margen de la utilidad social de ciertas personas, sobre todo cuando es claro que las mayores necesidades sanitarias y los mayores gastos se dan en niños y ancianos, cuya utilidad social es menor. Al mismo tiempo, ¿quién y cómo se puede afirmar qué persona es más útil socialmente? ¿Comprendemos suficientemente dónde está lo bueno para el hombre, lo socialmente útil, para poder hacer tales juicios?

En algunas raras circunstancias la sociedad o un determinado grupo puede determinar las personas de especial significado social. Es el ejemplo ya antiguo del *triage*, en el caso de una guerra en que un médico, desbordado por la necesidad de atender a los heridos, tiene que elegir aquellos soldados que podrán continuar luchando. Pero se trata, en

52. OUTKA, G., *Social Justice and Equal Access to Health Care*, en REISER et al. (Eds.), **Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns**, Cambridge, 1977, 584-592.

todo caso, de situaciones excepcionales, que impiden que se considere el valor social de una persona como criterio para una justa distribución de los servicios sanitarios[53].

3. Un tercer sistema determinaría que la distribución de los recursos sanitarios se debe basar en la *capacidad de los individuos para costearlos*. Ésta era la concepción del Estado liberal y reflejaría la situación de la asistencia sanitaria en el siglo XIX. Salta a la vista la injusticia de este criterio de distribución, aunque sigue persistiendo, al menos parcialmente, en USA y en los países occidentales.

No se niega que pueden existir servicios sanitarios, que vayan más allá de las necesidades básicas y que, en el contexto de nuestras sociedades, estén disponibles para aquellos que puedan costearlos. Pero esto sólo se puede aceptar si se asegura un mínimo, claramente adecuado, para todos los ciudadanos. Tampoco se puede prestar cualquier servicio a quien pueda pagarlo, ya que incluiría a veces un riesgo indebido o drenar los recursos sanitarios u otros necesarios para la vida social.

4. El cuarto canon se expresa en la máxima: *"A cada uno de acuerdo con sus necesidades"*. Es una máxima atractiva, ya que la atención sanitaria se refiere a las personas enfermas y, en general, necesitadas. Ciertamente, la necesidad humana de atención sanitaria debe estar en la base del desarrollo de una política sanitaria justa y este criterio es, al menos, una respuesta parcial en la búsqueda de justicia en el terreno de la salud.

Pero este criterio tiene también sus limitaciones. No puede olvidarse que la enfermedad y la muerte son inevitables y que la condición humana es finita y mortal. Por tanto, no es posible prestar todo servicio concebible en el área de la atención sanitaria. Esto conduce a **Outka** al último canon:

5. Es el conocido criterio de que *"casos iguales exigen tratamientos iguales"*: es decir, que una cuidadosa reflexión y un diálogo social determinaría, en primer lugar, qué servicios sanitarios deben ser prestados como mínimo por la sociedad a todos los ciudadanos y, entonces, proporcionárselos a todos, al margen de sus méritos, utilidad y capacidad económica. Recurrir en la distribución de los recursos sanitarios a criterios como el sexo, la raza, la religión, el cociente intelectual o el estatus social significa tratar de forma diferente a las personas en aspectos que

53. Cf. TRUOG, R. D., *Triage in the ICU*, en **Hastings Center Report** 22 (1992) nº 2, 13-17.

afectan profundamente sus vidas "a causa de diferencias de las que no son responsables"[54]. Esto significa que existen servicios sanitarios que no serán proporcionados, sea porque no responden a verdaderas necesidades o porque superan la capacidad de una sociedad, formada por personas mortales, y que debe asumir el hecho de la muerte.

De ello se seguiría, por ejemplo, que si se decide la exclusión de una tecnología, que puede aumentar la vida de algunas personas, pero que impide la posibilidad de conseguir otra tecnología con el mismo fin y que ofreciese mayores potencialidades, aquellas personas podrán argüir que se les está negando la primera técnica. Pero si se acepta que el hecho de la muerte es intrínseco a la condición humana y que el valor de la vida no es absoluto, se puede responder diciendo que la prolongación de la vida no es una necesidad absoluta, especialmente en los casos en que el bien común sobrepasa al individual.

Se trata, pues, de una criteriología que se basa en la existencia de un *mínimo estándar* de servicios sanitarios para casos similares y que excluye todo elemento de marginación que pueda aplicarse a determinadas personas o grupos sociales.

Se ha criticado el criterio de que *"casos iguales exigen tratamientos iguales"*, arguyendo que tenemos, por ejemplo, hacia nuestros padres mayores obligaciones que respecto de otras personas. Pero desde una política sanitaria social, que pretende distribuir justamente los recursos médicos, el criterio indicado es el más conveniente. La única área en la que se puede cuestionar el criterio de **Outka** es al referirse a los más pobres y necesitados de una sociedad, sobre los que se insiste que deberían tener una opción preferencial. **Keane** considera que esta opción por los más necesitados incluye el que se tomen las medidas necesarias que aseguren que las minorías más pobres sean conscientes de que tienen un derecho al acceso a una atención sanitaria justa, pero que los servicios de atención a los más necesitados no deben ser diferentes de los que se proporcionan a cualquier ciudadano.

Nuestro punto de vista personal es que debería considerarse la perspectiva de este criterio adicional, porque la sociedad tiende inevitablemente a prestar menor atención a sus miembros más necesitados económicamente, más limitados culturalmente y más marginados socialmente. Y, en ese sentido, debe ser muy sensible a admitir la existencia

54. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., **Principios de Ética Biomédica**…

de un criterio corrector: el de su compromiso con los más necesitados, para evitar que, aunque se afirme que "casos iguales, exigen tratamientos iguales", se tienda a considerar "desiguales" y "menos necesarios" los tratamientos proporcionados a determinados grupos sociales. Precisamente, el fuste y vigor ético de una sociedad se mide especialmente por la atención que proporciona a sus miembros menos favorecidos económica, cultural o socialmente.

Diego Gracia calificaría a estos criterios como principios deontológicos, como exigencias éticas básicas que deben estar en el trasfondo de las decisiones sobre política sanitaria. Pero esta política tiene que hablar también de disponibilidades terapéuticas, de costes y de demandas sanitarias, y subrayará que los responsables de la política sanitaria o de la administración de un hospital tienen también la exigencia, verdaderamente ética, de conseguir el máximo beneficio con los menores costos. Deberá tener también en cuenta lo que **Gracia** llama *momento teleológico*, las consecuencias de una concreta política sanitaria, que debe perseguir que los recursos sanitarios se apliquen con la máxima eficacia y lleguen al mayor número posible de ciudadanos.

Para **Gracia**, "con sólo principios deontológicos no se construye una teoría coherente de la justicia" y es necesario evaluar las consecuencias de una determinada política sanitaria, su racionalidad económica. También es verdad que cuando únicamente se valoran las consecuencias para calificar como justa o injusta una política sanitaria se incide en el utilitarismo, ante el que surge la pregunta de si no es tan injusto rechazar la dimensión utilitaria de la sanidad como darle un valor absoluto. **Gracia** considera que debe buscarse un equilibrio en que se armonicen los principios deontológicos con los criterios utilitarios: "negar el momento de las consecuencias de la justicia sanitaria sería tan peligroso como otorgarle un valor absoluto"[55].

Pero, ¿cómo actuar cuando entran en conflicto las exigencias éticas deontológicas con la exigencia ética de buscar el mayor rendimiento a los recursos sanitarios? **Gracia** opina que, en estas situaciones y para establecer una jerarquía entre los principios en conflicto, debe atenderse a las consecuencias. Serán estas consecuencias –la búsqueda del máximo beneficio para el mayor número de personas– las que permitirán una jerarquización de los principios éticos implicados, que, necesariamente, entran muchas veces en conflicto.

55. GRACIA, D., *¿Qué es un sistema justo...* p. 582.

La valoración de **D. Gracia** sobre cómo se está actuando en la práctica es sumamente crítica: "Las políticas sanitarias se diseñan las más de las veces con criterios casi exclusivamente utilitarios que atienden menos de lo debido a los principios de equidad... En la dialéctica obligada entre principios y consecuencias, éstas son poco atendidas en la teoría y aquéllos continúan siendo subestimados en la práctica... la ética parece haber desatendido a la economía y la política, y éstas, por su parte, han decidido prescindir de aquélla, cuando no suplantarla. Lo cual es ya, en mi opinión, una grave forma de injusticia"[56].

VII. El racionamiento –"rationing"– de los servicios y gastos sanitarios

Los criterios éticos que acabamos de exponer nos parecen adecuados y correctos, pero salta a la vista su carácter general y genérico y la necesidad de unas orientaciones más precisas. Ante todo, surge una cuestión básica: el derecho a la asistencia sanitaria, ¿ha de ser cubierto en toda su casi ilimitada extensión o hay límites? ¿es éticamente aceptable el *rationing*, la ponderación de los beneficios y costes, la limitación o restricción de los servicios sanitarios, la decisión de no desarrollar o no proporcionar a la población ciertos tratamientos con potenciales beneficios médicos?

Keane considera que la citada restricción de los servicios y gastos sanitarios puede ser éticamente justificable. Desde la aceptación de la condición mortal del ser humano, hay que afirmar la existencia de ciertos límites en relación con la prolongación de la vida y la posibilidad de impedir la muerte de una persona. En nuestra época histórica es necesario, para el bien común, el desarrollo de una política pública que nos ayude a reconocer los límites naturales de la vida. Hay que añadir, además, que la atención sanitaria entra necesariamente en conflicto con otros temas de interés general, como la educación. **Keane** cita el ejemplo *ad absurdum* de una sociedad que gastase todo su presupuesto en servicios sanitarios y que pudiera acabar siendo una sociedad de iletrados, incapaz de utilizar la misma tecnología médica ya conseguida.

Keane afirma la legitimidad de esa limitación o restricción de los servicios sanitarios, si se dan las siete condiciones siguientes:

56. **Ib.**, pp. 583-584.

1. Debe tratarse de un *último recurso* después de que se han hecho todos los esfuerzos para potenciar las posibilidades sanitarias disponibles, buscando alternativas para su utilización más eficiente. Antes de llegar a esa limitación debe sacarse partido de todos los recursos sanitarios ya existentes.

2. Antes de llegar a un programa de restricción de ciertos servicios sanitarios, debe existir un *consenso social* sobre la cuestión de la futilidad o superfluidad médica. Ello llevaría a que no se aplicase a ciertos pacientes servicios considerados superfluos. Obviamente, no es fácil delimitar el concepto de lo que es fútil y dar una respuesta en los casos fronterizos.

3. Tal programa exige su *aplicación a todos los miembros de la sociedad* y no sólo a ciertos grupos, como por ejemplo los pobres. Para que dicho programa sea efectivo debe proporcionar un nivel de atención suficientemente alto, con el fin de que la mayoría de la población se sienta satisfecha. Por tanto, debe atender a las necesidades esenciales sanitarias. En otro caso, habría continuas quejas acerca de ese programa y sería necesariamente inestable. En la línea antes indicada, **Keane** considera que, especialmente en los inicios de tal programa, debe ponerse un especial énfasis en las necesidades de los pobres, ya que a ellos les ha faltado atención en el pasado. Por ello, debe hacerse hincapié en que los más necesitados puedan gozar de los servicios básicos accesibles a todo ciudadano.

4. Un programa que proporcione un decente y razonable nivel de atención racionada a todos los ciudadanos no exige necesariamente que se excluyan *servicios adicionales opcionales* para aquellos que los puedan pagar, con tal de que no excluyan o amenacen el logro de otros bienes sociales, no sólo en relación con la sanidad, sino también en campos como la educación, vivienda, seguridad...

5. Aunque tal programa debe ser sensible a las necesidades de cada individuo, su último objetivo debe ser el bien común en un sentido completo, dentro del que deben subrayarse dos aspectos: la **participación** y la *no-discriminación*. En efecto, debería preceder un diálogo con los sectores sociales más amplios posibles: profesionales de la salud, economistas, líderes políticos y religiosos, filósofos y teólogos, líderes del comercio y sindicales, representantes de los medios de comunicación y portavoces de grupos de interés público. Las personas con dife-

rentes enfermedades deben participar especialmente en esas discusiones. También es crucial que tomen parte en ese diálogo representantes de los sectores más pobres de la sociedad. A la hora de decidir quién es eligible para esos servicios básicos, el bien común exige que no se utilicen criterios tales como la religión, raza, estatus económico, cualidades...

El *sexo* sólo debe tenerse en cuenta en relación con los servicios sanitarios que se requieren precisamente en función de la propia fisiología masculina o femenina. Al margen de estos servicios, que dicen relación con un determinado sexo, no deberían existir, en la atención básica, diferencias fundadas en el género de los individuos.

Keane considera que la *edad* no debe actuar como factor discriminador en relación con los servicios sanitarios, de tal forma que se llegue a discriminaciones, especialmente con los niños y ancianos. Pero puede debatirse qué servicios deben prestarse a una persona en relación con su esperanza de vida. Así, ciertas cirugías complejas, que exigen largos períodos de recuperación y ofrecen limitadas expectativas de éxito, pueden ser apropiadas para jóvenes, pero no para personas ancianas.

6. Si se decide no aplicar un tratamiento potencialmente beneficioso para una persona, debe fundamentarse en las cargas asociadas al tratamiento mismo, pero no en el juicio de que la vida de tal persona sea una carga social. Si un tratamiento es muy costoso, difícil de conseguir, con resultados inciertos y amenaza la capacidad para proporcionar otros servicios sanitarios básicos, la sociedad puede legítimamente optar por su no-utilización; pero si los puede proporcionar con facilidad y no constituye una carga desproporcionada para el enfermo, una política sanitaria justa debe incluirlo. En los casos fronterizos, **Keane** considera que debe primarse el derecho del enfermo a recibir el tratamiento, si éste así lo pide Pero también es verdad que los pacientes pueden reclamar tratamientos superfluos o que sólo se pueden proporcionar con importante perjuicio para el bien común.

7. Dados los rápidos cambios de la Medicina y de las condiciones socioeconómicas, una política de restricción debe someterse a frecuentes *revisiones periódicas* para discernir si está proporcionando el máximo nivel posible de servicios eficaces. En estas revisiones periódicas debe haber un amplio diálogo en la línea indicada en el punto 5).

VIII. Reflexiones finales

Al iniciar el capítulo ya apuntábamos que no pretendíamos dar una respuesta concreta a los problemas planteados. Nuestro objetivo era mucho más modesto: el de señalar unas pistas y cauces para la reflexión ética y política de un problema insoslayable. Por otra parte, la problemática concreta es estrechamente dependiente de la situación económica, social y sanitaria de cada país. La complejidad de la actual asistencia sanitaria y su diversidad de costes llevaría, en la práctica, a un tratamiento diversificado en relación con las distintas terapias hoy existentes. También en este punto sería necesario un *análisis de casos*; una valoración concreta de cada uno de los procedimientos terapéuticos puede aparecer hoy como discutible por sus grandes costes y, también, por su menor urgencia. Aquí habría que repetir, refiriéndose a la actual situación sanitaria española, los ejemplos antes citados, ciertos tipos de trasplante, la procreación asistida o el tratamiento farmacológico a los enfermos de SIDA.

Sin embargo, nos parece que las reflexiones precedentes nos pueden llevar a una serie de conclusiones:

1. Debe afirmarse con rotundidad el derecho de todo ser humano a una asistencia sanitaria.

2. Una función fundamental del Estado es la de articular medidas para que ese derecho pueda ser efectivo en la práctica.

3. Hoy ya es inevitable –y lo será cada vez más en el futuro– la valoración de la verdadera exigencia ética de la racionalidad económica. Los recursos sanitarios son, por su propia naturaleza, limitados, y será siempre necesario estudiar cuáles son las formas más idóneas para conseguir de ellos mayores beneficios para el mayor número de personas, tanto en el campo de la sanidad, como en el de otros objetivos sociales existentes.

4. Nos parece que va a ser imprescindible un "racionamiento" de los servicios sanitarios, que deberá incluir unas atenciones médicas esenciales y básicas, pero que tendrá necesariamente que incluir ciertas restricciones de servicios que podrían prestarse. Lógicamente, las características de esos servicios esenciales variarán de acuerdo con el nivel económico y sanitario de cada país y deberán estar sometidas a revisiones periódicas. El tema es ciertamente doloroso, porque afecta a

seres humanos concretos que viven el drama que acompaña a toda enfermedad, pero nos parece que va a ser inevitable y que se va a plantear cada vez con mayor urgencia.

5. En el marco de las sociedades democráticas es inevitable admitir el recurso a terapias que no están a disposición de todos los ciudadanos, sino sólo para los que las pueden pagar. Es otra consecuencia de las desigualdades sociales existentes y que parecen especialmente sangrantes porque afectan a algo tan esencial en el ser humano como su salud y su existencia. Ello exige una política que intente eficazmente superar estas diferencias, mejorar los niveles de atención accesibles a todos los ciudadanos y la creación de una intensa sensibilidad ética sobre las obligaciones en el tema de los impuestos –que es la colaboración de toda la sociedad en las cargas, sanitarias o no, comunes a todos.

6. A lo largo de estas páginas y dentro de sus indiscutibles limitaciones, se ha intentado fundamentar el derecho a una asistencia sanitaria a partir del principio de justicia. No puede negarse que vivimos en un mundo fuertemente marcado por el pluralismo, por tendencias y actitudes posmodernas, que llevan a un difícil consenso moral. Sin embargo, hay un denominador común que es el reconocimiento, aunque muchas veces sólo se quede al nivel de los principios y de los grandes y solemnes pronunciamientos, de la igual dignidad de todas las personas humanas. Ésta es la raíz de la que brotan las aproximaciones al tema de la justicia desde las posturas libertarias o igualitarias. Hemos intentado fundamentar que, de ambas concepciones, debe surgir la afirmación del derecho a una asistencia sanitaria, al menos como *mínimo decoroso*, dada la importancia fundamental que tienen la vida y la salud para la persona y la afirmación de la igual dignidad de todos los que pertenecemos a la especie humana. Aunque exista un importante debate sobre la existencia de tal derecho y sobre su extensión, sin embargo creemos que la función de la Bioética no puede acallar preguntas duras, en busca de fáciles consensos, y debe "expandir sus propios horizontes"[57]. Precisamente, el mismo nacimiento de la Bioética se inscribe dentro de los movimientos sociales norteamericanos de los años 60 y 70 del pasado siglo en defensa de los

57. CALLAHAN, D., *Why America Accepted Bioethics?*, en **Hastings Center Report** 23 (1993) nº 6, s9.

grupos marginados y hoy debe ser extremadamente sensible hacia la situación de toda persona enferma y a la urgencia de que se le preste la necesaria atención sanitaria.

7. Aunque no se ha tratado en estas páginas, debe abordarse el tema de la relación entre justicia y solidaridad. Se ha escrito que aún no se ha desarrollado y articulado plenamente el trasfondo del tercer lema de la fraternidad proclamado por la Revolución Francesa. Hoy, la palabra solidaridad es la mejor traducción de la fraternidad. Por esta vía, y sin negar el párrafo precedente, puede y debe abrirse otro cauce para justificar el derecho a una asistencia sanitaria, que ya está teniendo algunas repercusiones prácticas[58]. **Marciano Vidal** considera que la solidaridad debe entenderse como una virtud y como un verdadero principio ético. Uno no se atreve a compartir –aunque por obvias razones personales pueda sentirse cercano a ello– las interrogantes suscitadas por **Aranguren** y **Muguerza** sobre la dificultad de fundamentar la solidaridad, la fraternidad, desde postura**s** ajenas al universo religioso. Pero, al mismo tiempo, considero desde mi fe en el hombre, en todo hombre, que existe en él, pese a que se encuentren obturados por las presiones de un mundo materialista e insolidario, veneros de sensibilidad, de empatía hacia los que sufren, hacia los grupos vulnerables y débiles, hacia las víctimas de las "asimetrías", que pueden hacer manar de él sentimientos, actitudes, una verdadera virtud de la solidaridad, que se concrete en principios éticos, jurídicos, sociales y políticos que presten una coloración especial a este debate sobre el derecho de toda persona a una asistencia sanitaria.

Porque una dimensión fundamental de la solidaridad es la de su relación con las necesidades de las personas vulnerables, "frágiles". **Ricoeur** subraya la conexión existente entre solidaridad y responsabilidad: "donde la intervención del hombre crea poder y, por consiguiente, responsabilidad, esa acción crea también nuevas formas de fragilidad": "lo frágil nos convierte en responsables": un ser humano frágil es un ser humano "confiado a nuestros cuidados, entregado a nuestra custodia"; "el ser humano frágil cuenta con nosotros, espera nuestra ayuda y nuestros cuidados…una promesa tácita crea el vínculo entre la llamada

58. Un representante de la Administración española justificaba la indemnización que se había concedido a algunas personas contagiadas por el VIH, como consecuencia de transfusiones sanguíneas previas a la existencia de pruebas para detectar la presencia de anticuerpos. Fundamentaba esta medida en razones, no de justicia, sino de solidaridad.

de lo frágil y la respuesta de la responsabilidad…El otro, al contar conmigo, me hace responsable de mis actos"[59]. Es lo que también afirma **Victoria Camps**, recurriendo a la obra de **Rawls**: "La solidaridad debe ser selectiva…Hay que tender los brazos de la solidaridad a los más desposeídos, a los que no ven reconocida su categoría de ciudadano o de persona. Esos que –como afirma **Rorty–** están situados en el ámbito despectivo y despiadado del 'ellos'"[60]. Todas estas afirmaciones mantienen su sentido si, en lugar de "los frágiles" o del "ellos" de **Rorty** nos referimos a aquel que padece una enfermedad…

Queda, finalmente, una última cuestión: La asistencia sanitaria básica, ¿debe ser prestada únicamente por el Estado o puede participar en ella la iniciativa privada? ¿puede llegarse a un equilibrio entre la participación pública y privada? La respuesta a esa pregunta depende de posiciones socioeconómicas y políticas previas, que afectan a otros campos de la gestión pública y, también, a la sanitaria. Puede insistirse en que los aspectos básicos de la vida social deben ser gestionados por la propia administración pública, mientras que otros insistirán en los beneficios que surgen de una gestión privada: mayor eficacia, más control en los gastos, superior implicación de las personas responsables en la prestación de los servicios... La presencia de instituciones tales como hospitales privados, universidades, compañías farmacológicas... pueden ayudar a la prestación de la asistencia sanitaria. **Keane** considera que el mejor sistema de atención sanitaria es aquel en que exista la colaboración con la Administración de diferentes personas y grupos sociales.

La doctrina social católica ha insistido en el *principio de subsidiariedad*, que afirma que a lo que puede gestionarse por la iniciativa privada, debe dársele primacía. De la misma forma, ha considerado que deben preferirse las instituciones de rango inferior a las de nivel superior. El papel de las instituciones más altas del Estado debe ser el intervenir en asuntos que no pueden ser gestionados por las instituciones de rango inferior; precisamente eso es lo que significa la subsidiariedad. Este planteamiento admite la coexistencia de aproximaciones plurales cuando la sociedad quiere dar respuesta a sus diferentes problemas.

Sin embargo y desde el Vaticano II, la doctrina social católica ha sido consciente de que los problemas son muy graves y complejos y que es necesaria la implicación del Estado para afrontar los asuntos

59. RICOEUR, P., **Soi-même comme un autre**, París, 1990.
60. CAMPS, V., **Virtudes públicas**, Madrid, 1990, 47-48.

sociales más relevantes, por lo que se ha dado un mayor apoyo al concepto de *socialización*, al abordar las tensiones entre las iniciativas públicas y privadas.

El tema es complejo y su respuesta depende de posiciones sociopolíticas previamente asumidas. Nos parece, sin embargo, que es posible encontrar un equilibrio entre los polos de la iniciativa pública y privada, entre socialización y subsidiariedad en el campo de la asistencia sanitaria. Pero, al mismo tiempo y a la vista del carácter progresivamente complejo de la asistencia sanitaria, parece claro que es indispensable una muy fuerte implicación del sector público. Nos parece, finalmente, que un sistema mixto, de centros sanitarios concertados –tal como existe en España– no puede ser ética y políticamente descartado. Dependerá de opciones políticas previas, que tienen sus argumentos a favor, pero también sus puntos de crítica, el optar por modelos en que se prime de forma distinta la tensión entre iniciativa pública y privada, entre socialización y subsidiariedad en el campo de la asistencia sanitaria.

Bibliografía

AA. VV., en INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA, **Distribución de Recursos Escasos y Opciones Sanitarias**, Barcelona, 1996.

AA. VV., en GAFO, J. (Ed.), **El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos**, Madrid, 1999.

AA. VV., *Resource Allocation*, en KUHSE, H. y SINGER, P. (Eds.), **Bioethics. An Anthology**, Oxford, 1999, 349-379.

AA. VV., en AMOR, J. R., FERRANDO, I. y RUIZ, J. (Eds.) **Ética y gestión sanitaria**, Madrid, 2000.

BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., **Principios de Ética Biomédica**, Barcelona, 1999.

DANIELS, N., **Just Health Care**, Nueva York,1985.

DANIELS, N., LIGHT, D. y CAPLAN, R. L., **Benchmarks of Fairness for Health Care Reform**, Nueva York, 1996.

DEL LLANO, J. L., ORTÚN, V., MARTÍN, J. M., MILLÁN, J. y GENÉ, J., **Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos**, Barcelona, 1998.

ENGELHARDT, H. T., Jr., **Los fundamentos de la bioética**, Barcelona, 1995.

INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA, **Distribución de Recursos Escasos y Opciones Sanitarias**, Barcelona. 1996.

JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford, 1998.

KEANE, Ph, S., **Health Care Reform. A Catholic View**, Nueva York/Mahwah, 1993.

LÓPEZ CASANOVAS, G. Y ORTÚN, V., **Economía y salud. Fundamentos y políticas**, Madrid, 1998.
MACINTYRE, A., **Justicia y racionalidad**, Barcelona, 1994.
MACINTYRE, A., **Tras la virtud**, Barcelona, 1997.
RAWLS, J., **Teoría de la justicia**, México D. F./Madrid/Buenos Aires, 1971.
VEATCH, R. M., **The Foundations of Justice. Why the Retarded and the Rest of Us Have Claims to Equity**, Nueva York, 1986.

Capítulo séptimo

EL ABORTO

En la *Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo* se dio la cifra de 500.000 muertes anuales de mujeres como consecuencia del embarazo y del parto, el 99 por ciento de ellas en países en desarrollo[1]. Se indicó también que, en algunos países, la mitad de esas muertes eran consecuencia del aborto realizado en condiciones no médicas. Hubo importantes críticas a las cifras citadas, pero no se puede negar que el aborto es una práctica frecuente. Hace poco, la *Organización Mundial de la Salud* daba una nueva cifra aproximada de las dimensiones numéricas de esta práctica, situándola en torno a los 20 millones. Sobre el problema del aborto, tanto en su vertiente ética como jurídica, existe una fuerte polémica en varios países y se trata de un tema sobre el que la tradición cristiana se ha expresado a menudo, además de ser objeto de frecuentes tomas de postura del Magisterio eclesial[2].

I. Concepto y tipos de aborto

Por aborto se entiende la interrupción del desarrollo embrionario antes de que el producto de la concepción haya alcanzado la viabili-

1. **Conferencia Internacional de El Cairo sobre Población y Desarrollo**, Madrid, 1995, 125.
2. Cf. CAPRILE, G., **Non uccidere. Il Magistero della Chiesa sull'aborto**, Roma, 1974.

dad o capacidad de poder vivir fuera del útero materno[3]. Hay que distinguir entre el aborto espontáneo y el provocado: en el primer caso, el desarrollo embrionario se interrumpe sin que exista el propósito de hacerlo y se calcula que acontece en un porcentaje en torno al 10-15% (sin tener en cuenta los abortos muy precoces de las dos primeras semanas, a los que nos referiremos más adelante). Desde la antigüedad la humanidad ha desarrollado diversos procedimientos para interrumpir el desarrollo embrionario, que siguen siendo utilizados, aunque pueden ocasionar graves peligros para la salud y la vida de la gestante[4].

Hoy en día existen técnicas clínicas o farmacológicas sumamente eficaces y que ocasionan en general relativamente pocos problemas en forma de morbilidad y mortalidad para la mujer[5]. Durante el primer trimestre del embarazo hay que citar técnicas quirúrgicas o médicas. En el primer caso, se procede a la dilatación y evacuación de la cavidad uterina. Se utilizan dilatadores de diámetro creciente que se introducen bajo anestesia por el cuello del útero. La evacuación de la cavidad uterina se realiza, en el método Karman, por una potente aspiración, o bien mediante un legrado. En el primer caso, el procedimiento es menos agresivo y doloroso. Se consigue el aborto en un 98-99% de los casos.

Los principales procedimientos médicos para el aborto durante el primer trimestre son las prostaglandinas y la administración de RU-486, mifepristona, en general asociada a las mismas prostaglandinas. Éstas estimulan la contractibilidad de la musculatura uterina. La mifepristona tiene una acción antiprogresterónica que induce la imposibilidad de continuar el incipiente embarazo. Si el RU-486 se usa sólo, el porcentaje de terminaciones completas del embarazo es del 50-85%. Usado en combinación con las prostaglandinas, las tasas de aborto completo ascienden al 92-98% y descienden de forma muy marcada tras ocho semanas de gestación. El sangrado se inicia en general dos o tres días después y suele durar entre siete y catorce días[6].

---

3. Cf. GAFO, J., **El aborto y el comienzo de la vida humana**, Santander, 1979; **El aborto ante la conciencia y la ley**, Madrid, 1983.

4. Cf. NARDI, E., **Aborto procurato nel mondo greco-romano**, Milano, 1971; GRACIA, D., *El aborto en la historia* en **Vida Nueva** (1986) n.º 1367 (monográfico) 14-19.

5. SÁNCHEZ DURÁN, M. A., *Interrupción voluntaria del embarazo: técnicas, resultados y complicaciones*, en **Jano** 49 (2000) n.º 1349, 149-152.

6. Cf. LÓPEZ DE LA OSA, E., *La introducción del RU-486, ¿realmente una amenaza?*, en **Razón y Fe** 237 (1998) 529-532,

Muchas mujeres prefieren los procedimientos médicos sobre los quirúrgicos. Las razones de esa preferencia son el miedo a la intervención y a la anestesia, la mejor salvaguarda de la privacidad y la facilidad mayor del procedimiento. Sin embargo, no puede olvidarse una serie de desventajas: "lo prolongado del proceso... el sangrado prolongado, la no confirmación inmediata de la finalización del proceso, la mayor tasa de fallos que requieren una intervención quirúrgica, el mayor número de visitas y la mayor incidencia de hemorragias importantes"[7].

Durante el segundo trimestre existen igualmente procedimientos médicos y quirúrgicos. Dentro de los primeros se utilizaban hace no mucho soluciones hipertónicas, tales como salinas o de urea, que provocaban el aborto. Han caído en desuso por las complicaciones que originaban y por la introducción de las prostaglandinas. También se recurre a la oxitocina que produce contractibilidad en la musculatura uterina. Las complicaciones más frecuentes son la excesiva pérdida sanguínea y los desgarros cervicales. Se realiza con anestesia epidural, como si se tratase de un parto a término.

Desde el punto de vista quirúrgico, hay que citar la dilatación y evacuación de la cavidad uterina que, lógicamente, es más compleja que en el primer trimestre y conlleva riesgos como los desgarros cervicales, sangrados y la permanencia de restos que requieran un segundo legrado. En casos excepcionales, se recurre a la histerotomía o histerectomía.

Desde las perspectivas médica, jurídica y ética suelen distinguirse los siguientes tipos de aborto provocado:

1. Aborto terapéutico: es el realizado cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la gestante. Dada la ambigüedad del concepto de salud, formulado por la *Organización Mundial de la Salud* –que se relaciona con el bienestar físico, psíquico y social de la persona– es frecuente relacionar el concepto de aborto terapéutico con la salud psíquica de la embarazada, como acontece en el caso español[8].

Si damos al término su sentido estricto, relacionado con la salud física o la vida de la gestante, la llamada indicación terapéutica ha disminuido muy drásticamente, como consecuencia del progreso de la

7. SÁNCHEZ DURÁN, M. A., *Interrupción voluntaria*... p. 150.

8. Cf. **Ley de despenalización del aborto** (Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal). Cf. GAFO, J., **Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, 460-461.

Medicina. Es verdad que siguen existiendo embarazos, que exigen un especial seguimiento y son motivos de preocupación para el personal sanitario, pero hoy es muy raro que el médico se encuentre ante el conflicto de decidir entre la vida de la madre y del feto. La indicación terapéutica estricta es por tanto muy excepcional: pueden citarse los casos de embarazo *ectópico* –en que el nuevo ser no anida en el útero, sino especialmente en las trompas– y cuando el embarazo coincide con un tumor uterino en la embarazada.

2. Aborto eugénico: éste es el término más utilizado para referirse a las interrupciones del embarazo cuando existe probabilidad o, incluso, práctica certeza de que el nuevo ser va a estar afectado por anomalías o malformaciones congénitas[9]. Los avances de la Fetología y de las técnicas de diagnóstico prenatal permiten predecir, con diversos márgenes de probabilidad, la presencia de un número importante y creciente de las citadas anomalías. Las técnicas más importantes de diagnóstico prenatal son la biopsia de las vellosidades coriales, la amniocentesis[10], la funiculocentesis[11], la ecografía[12]… Algunas de las técnicas citadas comportan un pequeño riesgo de provocar el aborto, pero la ecografia es totalmente inocua. Entre las anomalias susceptibles de ser diagnosticadas pueden citarse las siguientes: anomalías cromosómicas –por ejemplo, el síndrome de Down, ocasionado por la presencia de un cromosoma 21 supernumerario– los defectos de cierre en el tubo neural –que ocasionan desde la espina *bífida* hasta la anencefalia– otras malformaciones externas e incluso de órganos internos, diagnosticables mediante ecografía...[13].

---

9. Cf. AA. VV., *Diagnóstico prenatal y asesoramiento genético*, en **Labor Hospitalaria** 22 (1990) n.º 218 (monográfico).

10. La biopsia corial puede ser realizada de modo más precoz (8-12 semanas de gestación). Si bien la amniocentesis es una técnica algo más segura, sólo se puede realizar más tardíamente (14-15 semanas) y el tiempo preciso para tener un diagnóstico cromosómico (3 semanas) es largo. La cifra de abortos que provoca la biopsia corial es de un 4-6% (mayor que en la amniocentesis, que se sitúa por debajo del 2%).

11. La técnica consiste en la obtención de sangre de un vaso umbilical mediante punción guiada por ecografía. Cf. HOBBINS, J. C. et al. *Percutaneous umbilical blood sampling*, **American Journal of Obstetrics and Gynecology** 152 (1985) 1.

12. LÓPEZ DE LA OSA, E., *Diagnóstico prenatal*, en GAFO, J. (Ed.), **Consejo Genético: aspectos biomédicos e implicaciones éticas**, Madrid, 1994, 49-63; ABEL, F., *Diagnóstico prenatal y aborto selectivo: la decisión ética*, en **Ib**., pp. 147-165; DEXEUS, S., CARRERA, J. M. et al., **El riesgo de nacer. El desafío del diagnóstico prenatal**, Barcelona, 1989, 100-102.

13. CARRERA, J.M. – DI RENZO, G.C., **Recommendations and Protocols for prenatal diagnosis. Report of the European Association of Perinatal Medicine**, Barcelona, 1993.

Además, debe mencionarse que ciertas enfermedades padecidas por la embarazada pueden tener un efecto teratogénico, malformativo, sobre el feto: debe citarse especialmente la rubéola, la toxoplasmosis, la sífilis... Como veremos más adelante, el VIH causante del SIDA puede trasmitirse también por vía placentaria al feto, de tal forma que el neonato venga al mundo afectado por la amenaza de esta gravísima enfermedad[14]. Existen, además, ciertos productos que pueden tener un efecto negativo sobre el nuevo ser: la dioxina y otras emanaciones tóxicas, el alcohol y otras drogas... En todos los casos citados no existe certeza de afectación por parte del feto, pero sí un indiscutible incremento de la probabilidad. Desde nuestro punto de vista el término más correcto para referirse a este tipo de aborto sería el de realizado *por indicación fetal.*

3. Aborto ético: es el provocado cuando el embarazo es consecuencia de una acción violenta delictiva: en casos de incesto o violación. Por ello, nos parece más correcto calificarlo como aborto *por indicación criminológica*, para no prejuzgar además su valoración moral. Existen datos que indican que en caso de violación –salvo en casos de violaciones masivas– el riesgo de embarazo no es elevado, incluso es inferior al 2%, especialmente por no darse penetración completa[15].

4. Aborto psicosocial: es el aborto realizado por consideraciones sobre la situación psicológica, familiar, económica o social de la mujer. Indiscutiblemente aquí se sitúa el mayor número de abortos realizados en el mundo, tanto en los países en que esa práctica está despenalizada como en aquéllos en donde tiene consecuencias penales.

Muchos países del mundo han despenalizado la práctica del aborto. Se trata de políticas de despenalización que no significan que el aborto tenga el rango de una práctica legal –y que tendría como consecuencia el reconocimiento de que se trata de un derecho de la mujer que el Estado está obligado a subvenir[16]. Por el contrario, se trata de una mera despenalización, que lleva consigo que el Estado no proteja la vida no

14. Si la mujer gestante está infectada por el virus del SIDA, aunque no padezca la enfermedad, el riesgo de trasmisión al nuevo ser es, aproximadamente, de un 25%. Posteriormente se ha constatado que ese riesgo disminuye hasta un 8-9%, si la mujer recibe un tratamiento antiviral contra el VIH. Cf. GAFO, J. (Ed.), **El SIDA: un reto a la sanidad, la sociedad y la ética**, Madrid, 1989; ALMOND, B. y ULANOWSKY, C., *HIV and Pregnancy*, en **Hastings Center Report** 20 (1990) n.º 2, 16-21. FERRER, J. J., **Sida y Bioética: de la autonomía a la justicia**, Madrid, 1997, 36-38.

15. Cf. Benigno Blanco. Carta al Dr. Pedro Guillo.

16. GAFO, J., **El aborto ante la conciencia**... pp. 120-121.

nacida, mediante sanciones penales sobre las personas que recurren al aborto. En todo caso, si una política despenalizadora implica que la práctica del aborto sea costeada con fondos públicos estamos en una situación fáctica próxima a la de la verdadera legalización.

Existen en el mundo dos grandes modelos legales en relación con el aborto: las legislaciones de "plazos" y las de indicaciones. En el primer caso, el aborto queda a la libre decisión de la embarazada –en ninguna legislación se contempla la decisión del padre– y dentro de un determinado plazo cronológico, que suele situarse en torno a las 12 semanas de gestación, si bien algunos países, como USA[17] y Suecia, marcan plazos más amplios. El segundo modelo es el de las indicaciones relacionadas con los tipos de aborto antes mencionados: muchísimos países admiten la indicación terapéutica y en la Conferencia de El Cairo se afirmó que el 96% de la población del mundo vive en países donde el aborto está despenalizado en este caso[18]. Muchos países, como España, admiten, además, las indicaciones fetal y criminológica. Otros, finalmente y de formas distintas, tienen en cuenta las consideraciones sobre la situación personal o económica de la embarazada. También es importante señalar, tal como lo muestra la experiencia, que estas indicaciones suelen aplicarse con amplitud. Así por ejemplo, la indicación terapéutica, especialmente si tiene en cuenta la salud psíquica de la mujer, se convierte, en la práctica, en la psicosocial y ésta se trasforma en una situación de aborto libre. Algunos países, como Francia o Alemania, prevén un período de reflexión por parte de la embarazada antes de que se realice el aborto provocado.

II. El aborto en la Biblia

En el actual debate sobre el aborto se recurre con cierta frecuencia, como argumento, al quinto precepto del Decálogo. Como indicamos en el capítulo dedicado al mensaje bíblico, los especialistas consideran que en el *no matarás* del legislador mosaico no se hacía referencia a la práctica del aborto. En el Antiguo Testamento se contienen algunas referencias al aborto, sin que tengan resonancias éticas, como, por ejemplo, en el libro de Job (21, 10). El profeta Amós (1, 13) condena el abor-

17. Sobre la situación del aborto en USA, cf. NATHANSON, B. N. y OSTLING, R. N., **Aborting America**, Nueva York, 1979.

18. **Conferencia Internacional de El Cairo**... p.126.

to practicado por los amonitas, pero la descalificación se centra en la ambición de ese pueblo para ampliar su territorio[19].

Un texto que va a tener importantes repercusiones en la tradición eclesial es *Ex* 21, 22-23, en el que se plantea la pena que debe imponerse a un varón que, en el curso de una reyerta, hiere a una mujer provocándole involuntariamente el aborto. La traducción correcta de este texto afirma que si sólo se ocasiona el aborto, el causante deberá pagar una multa al marido de la mujer embarazada, pero que si, además, se provocase daño a la mujer se le aplicaría al causante la ley del talión. Este texto será incorrectamente traducido por los *Septuaginta* y, de esta forma, tendrá importantes repercusiones en la tradición eclesial: según la citada traducción, el causante involuntario del aborto será penalizado con una multa, si el feto no tenía forma humana, mientras que se aplicaría la ley del talión, si ya había adquirido una configuración humana. Notemos que la pena impuesta por ese aborto involuntario es la de vida por vida (*animam pro anima*)[20]. Hoy se considera que la traducción, realizada en Alejandría, es incorrecta[21]. Así, la *Biblia de Jerusalén* traduce que, si sólo se provoca el aborto, "el culpable será multado", mientras que "si resultare daño, darás vida por vida", sin hacer ninguna referencia a la existencia o no de forma humana en el feto. La incorrecta traducción de los *Septuaginta* se debe al influjo del pensamiento de **Aristóteles** y a los conocimientos embriológicos de **Galeno**.

Sin embargo, sí existen en el Antiguo Testamento ciertos textos que van a tener una repercusión posterior sobre el problema del aborto[22]. Como afirma **Juan Pablo II** en la *Evangelium Vitae*[23], "los textos de la Sagrada Escritura, que nunca hablan del aborto voluntario y, por tanto, no contienen condenas directas y específicas al respecto, presentan de tal modo al ser humano en el seno materno, que exigen lógicamente que se extienda también a este caso el mandamiento divino 'no matarás'" (n.º 61). Deben citarse las afirmaciones bíblicas sobre Dios como único Señor de la vida y de la muerte, la condena del derramamiento de sangre inocente y, especialmente, los textos bíblicos, citados en relación con la voca-

19. Cf. GAFO, J., **El aborto y el comienzo**... pp. 65-70.

20. Existen autores que consideran que las penas impuestas podrían ser de menor entidad que la de "vida por vida".

21. Hay exegetas que piensan que la razón de esta traducción podría ser que los traductores trabajaron sobre un texto hebreo distinto del actual.

22. *Job* 10, 8-12; *Salmos* 22, 10-11; 71, 6; 139, 13-14; *Jer* 1, 15, *Sab* 7, 1-2; 2 *Mac* 7, 22-23.

23. JUAN PABLO II, **Evangelium Vitae**. **Valor y carácter inviolable de la vida humana**, Madrid, 1995.

ción de algunos profetas (*Is* 49, 1; *Jer* 1, 4-5) y el salmo 139. En todos ellos se habla de una relación de Dios con el ser humano aún no nacido, que empieza a ser sujeto de una llamada divina o de una especial providencia del Creador sobre la vida humana y que se va gestando ya en las entrañas maternas. La misma *Evangelium Vitae* añadirá: "¿Cómo se puede pensar que uno solo de los momentos de este maravilloso proceso de formación de la vida pueda ser sustraído de la sabia y amorosa acción del Creador y dejado a merced del arbitrio del hombre?" Y alude al pasaje de la madre, cuyos siete hijos son sometidos al martirio por su fe: "Yo no sé cómo aparecisteis en mis entrañas, no fui yo quien os regaló el espíritu y la vida, ni tampoco organicé yo los elementos de cada uno. Pues así el Creador del mundo, el que modeló al hombre en su nacimiento y proyectó el origen de todas las cosas, os devolverá el espíritu y la vida con misericordia..." (2 *Mac* 7, 22-23) (n.º 44).

Tampoco en el Nuevo Testamento hay textos explícitos de condena de la práctica del aborto. Sin embargo, existe igualmente un texto que se ha relacionado con la práctica del aborto: la condena de los *pharmakeia*, que aparece dentro de las obras de la carne descalificadas por *Gal* 5, 20. Esa misma condena aparece también en cuatro pasajes del *Apocalipsis* (9, 21; 18, 23; 21, 8; 22, 15). Debe notarse, no obstante, que los especialistas bíblicos consideran que las sustancias condenadas en los textos citados son las asociadas con la magia y la hechicería, como lo muestran las traducciones más recientes del Nuevo Testamento: "No practicarás la magia o la hechicería"[24].

También debe subrayarse que, igualmente, reaparece en el Evangelio la misma línea que hablaba de una presencia de Dios en la vida no nacida y que se refleja en el Evangelio de la infancia, en donde se presenta la vida de Jesús y de Juan Bautista previa a su nacimiento. Para algún autor estos relatos están en la base de la firme condena del aborto que se manifiesta en los primeros escritos cristianos.

III. La tradición de la Iglesia

La *Didajé* presenta dos textos, de los que uno es especialmente claro, en donde ya se condena el aborto como una práctica incompatible con la forma de vida del cristiano[25]. En los dos primeros siglos hay unos

24. Por ejemplo, la **Biblia de Jerusalén** traduce "hechicería" y la **Nueva Biblia Española** "magia".
25. **Didajé**, 2, 2; 5, 1-2.

pocos textos que condenan el aborto, de los que el más significativo es el de **Atenágoras** en su *Legatio pro Christianis*: en relación con la condena de infanticidio que se atribuía a los cristianos –refiriéndose a sus celebraciones eucarísticas– **Atenágoras** argumentará aludiendo al hecho de que para los cristianos es incluso sagrada la vida antes del nacimiento[26].

En el siglo III es digno de citarse el conocido texto de **Tertuliano**, que afirma, en relación con el no nacido, que "también es hombre el que lo va a ser –*etiam est homo qui est futurus*– de la misma forma que todo el fruto está ya contenido en la semilla"[27]. Pero el mismo **Tertuliano**, así como **Orígenes** y **Clemente de Alejandría**, comenzará a plantear el problema de la recepción del alma racional, que no coincide con el comienzo de la vida del nuevo ser. Así se inicia la llamada *tesis de la animación retardada*[28].

Esta tesis, que va a tener un gran impacto en la tradición eclesial, tomaba como fundamento la famosa opinión de **Aristóteles** que afirmaba que había una progresiva recepción de almas en el embrión humano: primero se recibía el alma vegetativa, más tarde la sensitiva y, finalmente, tenía lugar la recepción del alma racional[29]. Esta teoría contaba, además, con el apoyo de los conocimientos médicos de **Galeno**, para el que el nuevo ser era inicialmente informe y sólo posteriormente adquiría una configuración humana. La gran mayoría de los autores que defenderán la tesis de la animación retardada relacionan el proceso de animación con la adquisición de una forma o corporeidad humana en el nuevo ser.

La tesis de la animación retardada[30] será defendida de forma dominante por los escritores cristianos entre los siglos VII al XVII y de forma prácticamente unánime entre los siglos XI y XVI, ambos

---

26. ATENÁGORAS**, Legatio pro Christianis**, 35, 6. Cf. otros textos de los dos primeros siglos: **Epístola de Bernabé**, 19, 5; 20, 1-2; **Apocalipsis de Pedro**, 26, 5; MINUCIO FÉLIX, **Octavius**, 30, 3.

27. TERTULIANO, **Apologeticum**, 9.

28. ORIGENES, **In Exodum Homiliae**, 10; CLEMENTE DE ALEJANDRÍA, **Stromatum**, 2, 18.

29. ARISTOTELES, **De animalium generatione**, l. 2, c. 3.

30. Sobre el tema de la recepción del alma, cf. HONINGS, B., **Aborto e animazione umana. Un tema interdisciplinare al vaglio della teologia**, Roma, 1973; **Aborto e ominizzazione. Legalizzazione e liberalizzazione un problema di coscienza socio-morale**, Roma, 1973; VICO, J. **El comienzo de la vida humana**. **Bioética teológica**, Santiago de Chile, 1991; CASPAR, Ph., **Penser l´embryon. D´Hippocrate à nos jours**, París, 1991; CONGOURDEAU, M. H., **Entre science et philosophie: petite histoire de l´embryon**, París, 1992.

inclusive. Ésta fue también la postura de **Tomás de Aquino**[31] y de la Escolástica, afirmándose, además, que la infusión del alma racional acontecía a los 40 días en el varón y a los 90 en la mujer. La aceptación de esta teoría llevará, así mismo, a importantes repercusiones prácticas. Por ejemplo, no se calificará al aborto, realizado antes de las fechas citadas, como homicidio, sino que se hablará de *quasi homicidium* y las penas canónicas impuestas serán menores. El *Decreto de Graciano*[32] recogerá esta distinción entre feto con forma humana o sin ella. También tendrá sus repercusiones en el campo de las irregularidades canónicas[33]. En el siglo XVII, al comenzar a ganar fuerza la tesis de la animación inmediata, el sacerdote **Jerónimo Florentino** se unirá a esa nueva opinión. En la segunda edición de su libro, la *Congregación del Indice* le obliga a añadir que expone su teoría como probable y que no se sigue de ella la exigencia de la administración del bautismo a fetos que no tengan forma humana[34]. Este dato, dentro de las coordenadas teológicas de la necesidad del bautismo para la salvación, es muy expresivo de la convicción eclesial de que había una fase en el desarrollo embrionario en que el nuevo ser no era aún plenamente humano. Por otra parte, la vigencia de la tesis de la animación retardada no llevará a una aceptación de la práctica del aborto. La única excepción será la opinión de algunos moralistas –los más significados son **Martín de Azpilcueta** y **Tomás Sánchez**[35] que lo admiten si el embarazo pone en peligro la vida de la madre. Todavía **Alfonso María de Ligorio** se hace eco de la postura de **Sánchez**, a la que califica como "menos probable"[36].

A partir del siglo XVII, autores como **Fyens**, **Gassendi** y el médico **Zacchía** comienzan a defender la *tesis de la animación inmediata*, que afirma que la recepción del alma racional se da desde el mismo comienzo del desarrollo del nuevo ser, aunque **Fyens** la sitúa a los tres días de la

31. Sobre la postura de Tomás de Aquino, cf. GAFO, J., **El aborto y el comienzo**... pp. 93-95.

32. GRACIANO, **Decreto**, c. 32, q. 2; cánones 8-10.

33. El sacerdote incurría en irregularidad y no podía seguir celebrando Misa, si provocaba el aborto después de la formación del feto, según una respuesta del Papa Inocencio III en 1211 (cf. GAFO, J., **El aborto y el comienzo**... p. 97).

34. **De ministrando baptismate humanis foetibus abortivis disputatio prima**, Florencia, 1672.

35. AZPILCUETA, M., **Enchiridion sive Manuale confessarium et poenitentium**, c. 25, n.º 62; SÁNCHEZ, T., **De sancto matrimonii sacramento disputationum libri tres**, l. 9, disp. 20, 7. 9. 10. 13-17.

36. ALFONSO Mª DE LIGORIO, **Theologia moralis**, l. 3, tr. 4, c. 1, dub. 4.

37. Cf. GAFO, J., **El aborto y el comienzo**... pp. 99-102.

concepción[37]. La tesis va ganando adeptos y se convierte en mayoritaria durante el siglo XIX, si bien el *neotomismo* seguirá fiel al pensamiento de **Santo Tomás,** defendiendo la tesis de la animación retardada. En la literatura canónica se mantendrán aún ciertas consecuencias de esta última tesis, pero el *Código de Derecho Canónico* de 1917 supera esta discusión y condena todo aborto sin hacer referencia a la problemática de la recepción del alma racional[38].

Por tanto, la tradición eclesial rechaza el aborto, aunque la disputa sobre la animación del feto no dará la calificación de homicidio en sentido estricto al realizado antes de la adquisición de forma humana. También la moral católica admitirá el llamado aborto indirecto, de acuerdo con la aplicación del principio de doble efecto y las condiciones exigidas por dicho principio. El ejemplo típico de aborto directo será el que se planteaba cuando una mujer embarazada tenía una importante cardiopatía que ponía en peligro su propia vida. En este caso, la provocación del aborto era una acción occisiva, mediante la cual se pretendía el efecto positivo de salvar la vida de la gestante. Por el contrario, se consideraba aborto indirecto, moralmente aceptable, cuando una mujer embarazada estaba afectada por un tumor uterino que hacía necesaria su extirpación. En este caso, la acción puesta por el médico es "curativa" –y se habría realizado la extirpación del útero, aunque la mujer no hubiese estado embarazada– y no constituye en el orden causal un medio para realizar el aborto, aunque éste se siga, de forma paralela y "divergente", de la acción puesta y sea previsto por parte del agente moral[39].

Ante el embarazo ectópico se consideró inicialmente que se trataba de una forma de aborto directo, ya que la acción médica tiende de forma directa a provocar el aborto[40]. Aunque el embarazo ectópico es muy raramente viable y, por otra parte, pone en grave peligro la vida de la gestante, se afirmó que, desde el punto de vista moral, debería optarse por la aceptación de la muerte de la mujer y del embrión y no admitir una acción abortiva. Más tarde, la teología moral católica consideró que la interrupción de embarazo en estos casos tenía un carácter indirecto, ya que la acción médica no se dirige contra el embrión, sino que

38. **Código de Derecho Canónico**, 2350, 1; 985, n.º 4 (En el nuevo Código, el delito del aborto está contemplado en el canon 1398; en relación con las irregularidades en el 1041,4).

39. Cf. ZALBA, M., **Compendio de Teología Moral**, Bilbao, 1965, 208-210.

40. **Ib**., p. 208.

pretende extirpar el segmento de trompas, en donde se ha realizado la anidación y que, al poder romperse, provocaría graves hemorragias y pondría en serio peligro la vida de la gestante[41].

IV. El Magisterio de la Iglesia Católica

Las tomas de postura del Magisterio de la Iglesia son muy frecuentes en estos últimos años[42]. La Constitución *Gaudium et Spes* del Vaticano II condena el aborto en los n.º 27 y 51. En el n.º 27 se afirma que "cuanto atenta contra la vida y la dignidad humanas –homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado...– todas estas prácticas y otras parecidas son en sí mismas infamantes". Es importante resaltar que en el n.º 51 las *Actas Conciliares* muestran cómo se modificó un texto previo en el que se decía: "La vida ya concebida en el útero –*in utero iam concepta*– ha de ser salvaguardada con el máximo cuidado...". En su lugar se puso: *desde la concepción*, *inde a conceptione*, para evitar que la defensa de la vida sólo fuese obligatoria a partir de la anidación en el útero[43].

Haciendo una breve síntesis de los contenidos de esta amplia documentación magisterial de la Iglesia (con abundantes discursos de los últimos Papas, de muchas Conferencias Episcopales y la *Declaración sobre el aborto provocado* de la *Congregación para la Doctrina de la Fe* de 1974[44]) se podría resumir en los siguientes puntos:

1. Hay una clara y unánime afirmación de que la **vida es inviolable desde el momento de la concepción.**
2. La afirmación de este derecho a la vida del no-nacido se fundamenta en una **reflexión sobre los datos científicos** acerca del valor humano del nuevo ser: su carácter biológico humano, la continuidad del proceso de desarrollo embrionario, el ser llamado a la vida en un contexto humano.
3. El tema de la **recepción del alma racional** queda relegado a un segundo plano. Se alude a esa discusión con cierta frecuencia, pero no se fun-

41. DAVANZO, G., *Interrupción del embarazo*, en COMPAGNONI, F., PIANA, G. y PRIVITERA, S. y VIDAL, M. (Coords.), **Nuevo Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid, 1992, 948-961

42. Sobre el magisterio de **Pío XI**, **Pío XII** y **Juan XXIII**, cf. CAPRILE, G., **Non uccidere**... pp. 17-29

43. Cf. GAFO, J., **El aborto y el comienzo**... pp. 186-187

44. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración de aborto procurato*, en **Ecclesia** n.º 1719 (7 de diciembre de 1974) 1603 ss

damenta la afirmación del derecho a la vida en la existencia de un alma racional, sino –como lo hacían los Obispos españoles en 1974– en la presencia de "una individualidad genéticamente distinta y diferenciada de la de los padres, intrínsecamente orientada a la constitución de una persona humana, que origina un derecho fundamental a la vida"[45].

4. La afirmación del derecho a la vida del no-nacido se aplica incluso en las situaciones más dramáticas: **indicaciones terapéutica, fetal o criminológica**. En relación con la indicación terapéutica, los obispos belgas insinúan un cierto replanteamiento del principio clásico de doble efecto con su distinción entre aborto **directo e indirecto**[46].

5. Se insiste en un argumento de raíz evangélica para proteger la vida no-nacida: el valor que para Jesús tiene la **vida del pobre, del débil**, del que no tiene voz para defender su derecho a la vida.

6. Se resalta la **importancia del contexto social** en el que se da el aborto, subrayando las múltiples amenazas existentes hoy contra la vida humana, la existencia de un clima hedonista que desvirtúa el valor de la sexualidad, la necesidad de crear cauces de ayuda a la mujer embarazada...

7. En el tema de la **despenalización o legalización** del aborto, los documentos eclesiales repiten con frecuencia la distinción entre los planos ético y legal –claramente marcada por **Tomás de Aquino**– de que el legislador no está obligado a sancionar la violación de todo valor ético, sino únicamente de los valores que afecten al bien común[47]. Sin embargo, hay unanimidad en afirmar que, en el caso del aborto, está en juego un valor básico y un derecho fundamental –el derecho a la vida– que debe ser siempre protegido legal y penalmente.

Ésta es la doctrina que viene reafirmada, con extraordinaria fuerza, en la Encíclica *Evangelium Vitae*[48]: "Por tanto, con la autoridad que Cristo confirió a Pedro y a sus Sucesores, en comunión con todos los Obispos –que en varias ocasiones han condenado el aborto y que en la consulta citada anteriormente, aunque dispersos por el mundo, han concordado unánimemente sobre esta doctrina– declaro que el aborto

45. **Ecclesia** n.º 1712 (19 de octubre de 1974) 1352 ss.

46. Cf. Declaración de los Obispos Belgas sobre el aborto, en **La Documentation Catholique** 68 (1971) 148-149.

47. TOMAS DE AQUINO**, Summa Theologica** I-II, q. 96, art. 2.

48. Cf. GAFO, J., *La Evangelium Vitae: una defensa apasionada de la vida humana*, en **Razón y Fe** 231 (1995) 583-598; *La Bioética desde la perspectiva de la Encíclica ´Evangelium Vitae´*, en **Miscelánea Comillas** 53 (1995) 323-340.

directo, es decir, querido como fin o como medio, es siempre un desorden moral grave, en cuanto eliminación deliberada de un ser humano inocente". Añade enseguida que se trata de una doctrina fundada en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita, es trasmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal (n.º 62). Como había afirmado previamente, en un contexto más general, en el que se condena con solemnidad la eliminación de todo ser humano inocente, se añade que "la decisión deliberada de privar a un ser humano inocente de su vida es siempre mala desde el punto de vista moral y nunca puede ser lícita ni como fin, ni como medio para un fin bueno"; "Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante" (n.º 57; cf. n.º 39, 44, 54, 57, 62).

La Encíclica aborda el problema de si se puede hablar de vida humana personal desde la fecundación y la problemática sobre la recepción del alma racional, afirmando que "aunque la presencia de un alma espiritual no puede deducirse de la observación de ningún dato experimental, las mismas conclusiones de la ciencia ofrecen una indicación preciosa para discernir racionalmente una presencia personal desde este primer surgir de la vida humana: ¿cómo un individuo humano podría no ser persona humana?". Más adelante añade; "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 al fruto de la generación humana, desde el primer momento de su existencia, se ha de garantizarle el respeto incondicional que moralmente se le debe al ser humano en su totalidad y unidad corporal y espiritual" (n.º 60)[49].

Por eso, la condena del aborto se extiende igualmente a los métodos que impiden el desarrollo embrionario en sus primeras fases, incluyendo aunque sin citarla, la llamada *píldora abortiva*[50], en la que no sería necesaria la intervención del personal sanitario, así como los métodos de control de natalidad que, como el DIU, impiden el desarrollo del incipiente embrión humano (n.º 13).

---

49. Cf. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción Donum Vitae sobre el respeto para la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* (22 de febrero de 1987), I, 1. Cf. **Ecclesia**, n.º 2310 (14 de marzo de 1987) 358-373.

50. Sobre la toma de postura del Episcopado Español en relación con la píldora abortiva, véase: COMITÉ PARA LA DEFENSA DE LA VIDA DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, **El aborto. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos**, Madrid, 1991, 21-22.

Afirma que el drama del aborto adquiere una especial intensidad porque lo acepta la mujer, que debería ser la primera llamada a la protección del nuevo ser, y porque la familia deja de ser el "santuario de la vida". **Juan Pablo II** reconoce que "en muchas ocasiones la opción del aborto tiene para la madre un carácter dramático y doloroso... no se toma por razones puramente egoístas o de conveniencia, sino porque se quisieran preservar algunos bienes importantes, como la propia salud o un nivel de vida digno para los demás miembros de la familia". Sin embargo, estas razones "aun siendo graves y dramáticas, jamás pueden justificar la eliminación de un ser humano inocente" (n.º 58 y 59).

La *Evangelium Vitae* repite y recuerda la condena con excomunion vigente en el actual Código de Derecho Canónico. En efecto, la disciplina canónica, en el canon 1398, impone la pena de excomunión: "quien procure el aborto, si éste se produce, incurre en excomunión 'latae sententiae'", es decir, automática. Es una pena que afecta a todos los que cometen este delito "conociendo la pena": y también a cómplices sin cuya cooperación no se habría producido (canon 1329). **Juan Pablo II** califica este delito como "uno de los más graves y peligrosos", pero alienta a la conversión y dedica bellas palabras de acogida a la mujer que ha abortado (n.º 99)[51].

V. Reflexión ética sobre el aborto

En toda la discusión ética sobre el aborto hay una cuestión fundamental. Frecuentemente esa pregunta viene formulada así: "¿Cuándo comienza la vida humana en el desarrollo embrionario?", o "¿desde cuándo existe un ser humano o una persona humana?" Este interrogante, aunque ya diremos posteriormente que debe ser matizado, es básico en el debate ético sobre la interrupción del embarazo[52].

---

51. Ver también **Catecismo de la Iglesia Católica** (1992) n.º 2270-2275.

52. Sobre el debate ético sobre el aborto, cf. BLÁZQUEZ, N., **El aborto. No matarás**, Madrid, 1977; BÖCKLE, F., **Schwangerschaftsabbruch**, Düsseldorf, 1981; CUYÁS, M., *Dignidad de la persona y estatuto del embrión humano*, en **Labor Hospitalaria** 22 (1990) n.º 217, 334-338; FERRATER MORA, J., **Ética aplicada. Del aborto a la violencia**, Madrid, 1981; FORCANO, B., **El aborto**, Madrid, 1955; GAFO, J., **Diez palabras claves en Bioética**, Estella (Navarra), 1997, 41-90; **Ética y legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, 129-144; *Iglesia y aborto. Ética y comienzo de la vida*, en **Razón y Fe** 207 (1983) 628-641; *La opción cristiana ante el aborto*, en **Cuenta y Razón** 1 (1983) 25-38; GRISEZ, G., **El aborto: mitos, realidades y argumentos**, Salamanca, 1972; MARÍAS, J. et al., **En defensa de la vida**, Madrid, 1983.

Las principales opiniones sobre este punto básico pueden resumirse en el cuadro adjunto:

COMIENZO DERECHO A LA VIDA	FASE EMBRIONARIA ESTADIO DESARROLLO	DÍA O MES FECHA
FECUNDACIÓN	CIGOTO	PRIMER DIA
ANIDACIÓN	BLASTOCISTO	14 DIAS
FIN DE ORGANOGÉNESIS	FETO	DOS MESES
VIABILIDAD	NIÑO PREMATURO	21 SEMANAS
NACIMIENTO	RECIEN NACIDO	9 MESES
CRITERIOS RELACIONALES	?	?

Exponemos los argumentos en que se basan las posturas citadas:

1. La fecundación: Como indicamos antes, la postura oficial de la Iglesia Católica afirma que el derecho a la vida del nuevo ser arranca desde el momento de la fecundación, es decir, desde el momento en que se constituye la realidad biológica del **cigoto o célula-huevo**, resultante de la fusión del óvulo y del espermatozoide. Es importante subrayar que el proceso de fecundación no es un hecho puntual e instantáneo, sino que la *singamia* o unión del complemento cromosómico de las células germinales masculina y femenina dura bastantes horas[53]. Esta postura es compartida igualmente por otros autores, aunque no estén incluidos dentro del campo católico.

De acuerdo con esta posición, la fecundación constituye un **salto cualitativo** en relación con las células germinales precedentes antes de su fusión. El cigoto resultante tiene un estatuto ético equiparable a la del recién nacido por las siguientes razones:

a) Es una **realidad biológica humana**: aunque su apariencia externa sea similar al cigoto de otras especies animales, sin embargo, atendiendo a sus factores genéticos –a los aproximadamente 40.000 genes característicos de nuestra especie–, hay que decir que la información genética existente en la célula-huevo es humana y **solamente** humana.

b) En la información genética existente en el cigoto se **"prefigura"** el individuo humano que se va desarrollar a partir de aquél. Indiscutiblemente, los factores que actúan durante el desarrollo embrionario van a jugar un papel muy importante en el troquelado del nuevo

53. Los especialistas de la Comisión Nacional de Reproducción Asistida nos han informado que la unión de los núcleos del óvulo y del espermatozoide no se realiza sino tras la primera división celular.

ser. Sin embargo, cada ser humano –excepto en el caso de los gemelos monocigóticos– es único e irrepetible en la historia de la humanidad y su singularidad e irrepetibilidad están ya presentes en ese cigoto del que tomó origen su ulterior desarrollo. No se trata de reincidir en el *preformismo*, la teoria científica de los siglos XVII y XVIII, que creía que el nuevo ser estaba ya totalmente preformado en las células germinales[54], pero sí de afirmar que su carga genética, que tiene un influjo básico en la constitución de cada ser humano, está ya marcada desde la fecundación y que se va a mantener hasta el fin de la vida del individuo[55].

c) En el debate sobre el aborto se ha afirmado con frecuencia que el embrión o el feto son una parte del cuerpo de la madre, de la que ésta, por tanto, puede disponer como de un apéndice. Esta afirmación es, biológicamente y con toda claridad, falsa. El nuevo ser no es una parte del organismo materno, sino una **realidad biológicamente distinta,** que muy desde el principio comienza a dirigir su propio proceso de desarrollo, sintetizando sus propias proteínas y enzimas, que son distintas de las de su madre. El nuevo ser es, durante el desarrollo embrionario, sumamente dependiente del organismo materno, pero es, al mismo tiempo, **autónomo**, ya que es él mismo el que dirige su propio proceso de desarrollo. Utilizando una comparación, puede decirse que el nuevo ser es "arquitecto" de sí mismo en un doble sentido, ya que posee en su código genético los "planos" de lo que él mismo va a ser y organiza, mediante la síntesis de sus propias proteínas, su propio proceso de construcción; la madre le da albergue, le proporciona el "material" alimenticio y energético necesario, pero es el mismo nuevo ser el que, casi desde su misma constitución, dirige su propio desarrollo[56].

d) Finalmente, se subraya desde esta postura la **continuidad** del proceso de desarrollo embrionario que se instaura desde la fecundación. Este proceso participa del mismo carácter de continuidad inhe-

54. Sobre el preformismo, cf. GAFO, J., **El aborto y el comienzo**... pp. 109-112.

55. Como afirma el Premio Nobel Dausset, "se puede afirmar que cada hombre es único y que aparte de los verdaderos gemelos no ha habido, ni hay, ni habrá dos hombres idénticos sobre la Tierra. E incluso en lo que concierne a los verdaderos gemelos, actualmente sabemos que existen, después de la concepción, ciertos `rearreglos´ de los genes que se llevan a cabo al azar, por tanto de distinta forma en cada uno de los dos gemelos" (DAUSSET, J., *Personas, personalidades y trasplantes de órganos,* en **Folia Humanistica** 24 (1988) 79).

56. Puede aludirse en este contexto al niño nacido el último día de 1999 en Asturias: su madre estaba cerebralmente muerta y se le mantuvieron sus constantes vitales durante seis semanas para que sirviese como la mejor incubadora al feto que se estaba desarrollando.

rente a todos los procesos vitales. A los ojos de la Embriología, el desarrollo embrionario aparece como un proceso continuo, en el que progresivamente se van actualizando, de forma gradual y continua, todas las potencialidades ya presentes en el cigoto. Todo intento de marcar fronteras en ese desarrollo –que delimiten una fase "subhumana" de otra "plenamente humana"– suscita el interrogante sobre la artificialidad de tal frontera, ya que el proceso de desarrollo embrionario es un *continuum*, una vez que se ha producido el salto desde las células germinales hasta la constitución del cigoto.

2. La anidación: la fecundación acontece en el tercio superior de las trompas y el nuevo ser comienza a avanzar por las mismas en un proceso que dura aproximadamente tres o cuatro días; finalmente, penetra en el útero en cuyo interior queda libre durante dos o tres días más. Aproximadamente una semana después de la fecundación, en la fase biológica de blastocisto, el huevo comienza a emitir unas pequeñas raicillas o *villi*, con las que anida o se implanta en el endometrio, en el que continuará su ulterior proceso de desarrollo. El proceso de anidación finaliza 12 ó 13 días después de la fecundación.

Hay autores que dan una especial relevancia a la **anidación**, como momento significativo en el desarrollo embrionario, especialmente por las siguientes razones:

a) Hasta que finaliza el proceso de anidación, se mantiene abierta la **posibilidad de división del nuevo ser**, dando origen a los gemelos monocigóticos idénticos. En sentido contrario, se da también el *quimerismo*, es decir la fusión de dos embriones –que pueden ser incluso de distinto sexo– en un único embrión. Por tanto, tal como lo ha formulado acertadamente **Lacadena**, hasta que finaliza el proceso de implantación el nuevo ser no es "ni uno, ni único", ya que puede dividirse en dos o más y, en sentido contrario, dos embriones pueden fundirse en uno solo[57]. Esto significa que algo tan característico del ser humano como es su **individualidad**, el ser él y no otro, no está definitivamente determinado hasta aproximadamente dos semanas después de la fecundación.

b) Toda una serie de investigaciones –últimamente de forma especial en relación con la **fecundación *in vitro***– llegan a la conclusión de

57. Cf. LACADENA, J. R., *La naturaleza genética del hombre. Consideraciones en torno al aborto*, en **Cuenta y Razón** 1 (1983) 39-59; *Una lectura genética de la sentencia del Tribunal Constitucional sobre el aborto*, en **Jano** 29 (1985) n.º 665, 1557-1567; *Estatuto del embrión preimplantatorio*, en GAFO, J. (Ed.), **Dilemas éticos de la Medicina actual**, Madrid, 1986, 397-403.

que es muy elevado el **número de abortos espontáneos** antes de finalizar la anidación, de tal forma que en torno al 70% de los óvulos fecundados no llegan a realizar su implantación[58]. Más aún, se ha constatado que un número muy importante de estos abortos espontáneos se da en huevos cromosómica o genéticamente anómalos que, de continuar su desarrollo, estarían destinados a dar origen a un niño con graves anomalías. Esto parece significar que la anidación funciona como un "*rubicón*", a través de la cual se "corrigen" los frecuentes errores que acontecen en el proceso de fecundación y que, de esta forma, se evita un incremento del nacimiento de niños con malformaciones[59].

c) Otros autores confieren un especial relieve a la anidación por el hecho de que la frontera de los 14 días coincide también con la constitución de la *línea primitiva*, el primer esbozo del sistema nervioso. También se insiste en que con anterioridad a esa fecha no es posible, con los métodos diagnósticos habituales, determinar la existencia de una gestación, pero creemos que los dos argumentos citados precedentemente son los que pueden poseer un especial valor.

3. Finalización de la organogénesis: El proceso de desarrollo embrionario es sumamente rápido. Hablando de forma simplificada, puede decirse que en el primer mes de desarrollo se ponen los "cimientos" del niño que va a nacer: ya tiene una forma alargada, se ha formado el apéndice cefálico, existe un rudimento de los ojos, del corazón, hígado, de la columna vertebral... Al finalizar el segundo mes y aunque sólo mide 35 mm. y pesa unos 13 gramos, el aspecto externo es ya claramente humano, aunque lógicamente menos acabado que el del recién nacido: se ha constituido la cabeza con sus ojos, nariz, boca...; se han formado las extremidades, incluso con el detalle de las huellas digitales individuales; se han constituido la mayoría de los órganos internos que, en algunos casos, son ya funcionales... Precisamente para marcar esta apariencia humana y para indicar que, fundamentalmente, ha finalizado el proceso de constitución de los órganos humanos, la Medicina deja de hablar de embrión y comienza a referirse al nuevo ser como *feto*. A partir de este momento, los siete meses restantes del desarrollo embrionario van a significar un proceso de maduración, de crecimiento en

58. Cf. FORD, N. M., **When did I begin? Conception of the human individual in history, philosophy and science**, Cambridge, 1988.

59. LACADENA, J. R., *Una lectura genética* ... p. 1557; DUSTAN, G. R. y SELLER, M. J. (Eds.), **The Status of the Human Embryo. Perspectives from Moral Tradition**, Londres, 1988.

tamaño y en peso, pero ya no van añadir algo sustantivo a esa realidad que se ha formado al finalizar los dos primeros meses[60].

Los autores que dan relieve especial a este momento subrayan el valor antropológico de un ser cuya apariencia es ya humana y en el que están ya constituidos los órganos característicos del individuo humano. La calidad y el estatuto humanos del nuevo ser parecen imponerse con especial fuerza a la sensibilidad cuando se constata una apariencia claramente humana.

En torno a este planteamiento hay que citar la opinión que otorga un especial relieve al **comienzo de la actividad eléctrica del cerebro** del nuevo ser. Se relaciona de esta forma el inicio de la existencia de un nuevo ser humano con el final de la vida. Entre los criterios diagnósticos de muerte se ha dado un valor especial, como veremos en el capítulo dedicado a los trasplantes de órganos, a la falta de actividad eléctrica cerebral, constatada a través de un electroencefalograma (EEG) plano. De ahí, que se recurra al mismo criterio para diagnosticar el comienzo del existir humano y que, únicamente cuando se constata una actividad eléctrica cerebral en el nuevo ser, se pueda hablar de una verdadera existencia humana. Al mismo tiempo, se subraya el valor del cerebro como el órgano más específicamente humano, ya que será el que posibilite el desarrollo de nuestro psiquismo. Varios estudios afirman que el comienzo de la actividad eléctrica cerebral y la existencia de un EEG no-plano es muy temprana en el feto, de tal forma que ya existe una débil actividad en torno a los 43-45 días después de la fecundación, cuando aún no se ha alcanzado la fase fetal[61].

4. La viabilidad: Es la capacidad del nuevo ser para poder vivir fuera del útero, aunque sea con una especial apoyatura médica. En el campo de la Perinatología se ha dado un espectacular desarrollo en los últimos 30 años, de tal forma que hoy son viables niños prematuros que no lo eran hace poco[62]. Cuando el feto es viable, es posible la ruptura de esa relación radical de dependencia respecto de su madre; ya no se requiere el organismo materno para que el feto pueda alimentarse o

60. Ver las espléndidas imágenes del libro de NILSSON, L., **El arte de nacer**, Barcelona, 1990.

61. GAFO, J., **El aborto y el comienzo**... pp. 172-173.

62. Cf. QUERO, J. M., *Tratamiento de los recién nacidos con deficiencias*, en GAFO, J. (Ed.), **La eutanasia y el arte de morir**, Madrid, 1990, 67-75; *Neonatología y retraso mental*, en GAFO, J. y AMOR, J. R. (Eds.), **Deficiencia Mental y Comienzo de la Vida Humana**, Madrid, 1998, 33-50.

respirar. La existencia de esta nueva situación, el hecho de que el nuevo ser comience a vivir fuera del claustro materno y que empiece a existir, aunque sea de una forma incipiente, como "ser social", le confieren un estatuto ya plenamente humano y un derecho a la vida equiparable al recién nacido después de una gestación completa.

5. El nacimiento: es la postura del *Derecho Romano* para el que el derecho a la vida del nuevo ser arrancaba desde su nacimiento. En realidad, esta postura no es claramente diferenciable de la precedente, aunque podría tener especial aplicación en relación con la problemática de la asistencia que debe prestarse a los prematuros.

6. Los criterios relacionales: existe un grupo de autores que aporta una argumentación sugerente a esta discusión. Parten de una crítica básica a los planteamientos precedentes: el de intentar delimitar la realidad humana del nuevo ser basándose en criterios estrictamente biológicos (fecundación, anidación, EEG...). Consideran que el ser humano es mucho más que sus estructuras biológicas y que, por tanto, no puede definirse por la existencia de tales estructuras, ya que sería incurrir –como dicen algunos– en un craso materialismo[63].

Por otra parte, subrayan, con razón, la importancia de las relaciones interhumanas para que se realice el proceso de personalización, aludiendo, por ejemplo, a los llamados "*niños-lobos*", que no desarrollan un psiquismo ni una personalidad humana, porque les ha faltado un ambiente humano a su alrededor que les humanice y les personalice. Basándose en estos presupuestos, estos autores consideran que existe desde el principio un "ser humano", pero que no está aún "plenamente humanizado". Este salto hacia la plena humanización depende de las **relaciones** que entablen con él las personas que le rodean, especialmente los padres y la sociedad. Recurren, por tanto, para delimitar el carácter específicamente humano del nuevo ser, no a los datos biológicos sino a **"criterios relacionales"**, tales como la **aceptación**, el **reconocimiento** del nuevo ser como humano, el que haya sido **procreado intencionalmente**, el que esté **destinado a vivir**... Según algunos autores de este grupo, estos criterios relacionales tienen su aplicación únicamente al comienzo de la gestación –sin especificar más– mientras que otros no especifican límites cronológicos a esta forma de argu-

63. Sobre los autores que defienden los criterios relacionales, cf. GAFO, J., **El aborto y el comienzo**... pp. 153-166.

mentar. Nos parece que este planteamiento, expresado explícitamente por un grupo de autores, existe de forma difusa en las posturas de bastantes personas en relación con el aborto: no se concede el derecho a la vida a un ser que no es aceptado por su madre, al que no se le reconoce un carácter humano, al que no ha sido o no es ahora deseado o no ha sido procreado intencionalmente...

Antes de abordar la problemática ética del aborto y en relación con las líneas precedentes, nos parece importante delimitar algunas cuestiones previas. Ante todo hay que subrayar que determinadas preguntas que se realizan habitualmente en torno a esa discusión pueden carecer de sentido: el embrión, el feto, ¿son vida, ser humano, persona humana? Evidentemente, la respuesta a esta interrogante va a depender del contenido que incluyan los conceptos de "vida", "ser" o "persona" humana, que varían según las opiniones existentes. Nadie puede negar que la realidad biológica existente desde la fecundación, el cigoto, es indiscutiblemente humana, pero esto no significa automáticamente –como lo pretenden algunos autores– que se trate ya de un pleno ser humano cuya vida tenga que ser respetada absolutamente. En cualquier caso, toda discusión ética que se plantee en relación con el aborto debe tomar, como punto de partida, tres hechos científicamente incuestionables respecto del cigoto:

- Se trata de un ser vivo.
- Es biológicamente humano.
- Posee, en principio, la capacidad de dar origen a un recién nacido al que le atribuimos un derecho básico a la vida.

Esto nos lleva a la pregunta que, desde nuestro punto de vista, es central en todo discurso ético sobre la interrupción del embarazo: dado que atribuimos al ya-nacido un derecho básico y fundamental a la vida, ¿hasta qué grado este derecho es extendible a las etapas previas del desarrollo embrionario; por qué sí y, en su caso, por qué no? Como indicábamos previamente, plantear esta discusión desde el concepto de "ser" o "persona" humanos, lleva este debate a un terreno de imprecisión, ya que tales conceptos contienen un ingrediente inevitable de incertidumbre y de ambigüedad.

En la discusión pública sobre el aborto se tiende a dar un exagerado relieve a las opiniones expresadas por los biólogos o los médicos sobre el comienzo del derecho a la vida en el desarrollo embrionario. Parece como si existiese una expectativa, aunque no esté normalmente explici-

tada, de que son los científicos –del signo que sean– los que tienen la última palabra para aportar luz ética a toda esta discusión; como si fuesen ellos la máxima autoridad para dilucidar si estamos ante un ser humano o no. Sin embargo, el biólogo o el médico sólo nos aportan unos datos científicos neutros sobre el embrión o el feto en las diversas etapas de su desarrollo. Pero ya no es el científico, en el ámbito de su competencia, el que da juicios de valor sobre la realidad embrionaria, sino el hombre de ciencia que especula filosóficamente sobre los datos aportados por la Biología o por la Embriología. En efecto, todo discurso ético sobre la problemática del aborto debe tomar, como punto de partida, las aportaciones científicas más completas posibles sobre el desarrollo embrionario, pero después debe instaurarse una reflexión filosófico-ética –y en su caso teológica– que está ya fuera del ámbito estrictamente científico.

Es lo que acontece respecto del valor o estatuto del recién nacido. Los datos médicos nos aportarán una serie de conocimientos sobre las características del nuevo ser: su sexo, peso, estado de madurez, normalidad o anormalidad... Pero la pregunta sobre el estatuto y el valor de tal vida humana rebasa el ámbito de competencia de la Perinatología. Si afirmamos que la vida del recién nacido debe ser respetada, lo hacemos no en virtud de los datos médicos aportados por los científicos, sino basándonos en una reflexión ética, al menos implícita, que nos lleva a afirmar la inviolabilidad de tal ser. Este planteamiento es totalmente aplicable a la discusión ética sobre el aborto.

La continuidad del desarrollo embrionario es el centro de gravedad en el debate ético sobre el aborto. Aquí radica el argumento racional más importante en la protección de la vida humana no nacida. Dado que existe un consenso ético generalizado de que la vida ya nacida debe ser respetada y protegida, de forma equiparable a la que ya ha avanzado más en su proceso de desarrollo, los que defienden éticamente el aborto tienen la "carga de la prueba", son los que tienen que mostrar positivamente que existe fundamento para poder delimitar en el desarrollo embrionario una fase "prehumana" de otra plenamente humana. Y, dado que en este debate está en juego un valor ético y social básico y fundamental, el del derecho a la vida, no bastaría con meras hipótesis, sino que se exigirían argumentos taxativos y rigurosos para probar la existencia de una posible fase "subhumana", que justificase su legítima, y ética, supresión. De la misma forma que la sociedad exige criterios rigurosos para poder afirmar que una persona ha fallecido y que es legítimo extirpar sus órganos con fines de trasplante, este mismo rigor debe

estar presente para justificar que el embrión o el feto son cualitativamente distintos del recién nacido.

Los autores que recurren a criterios relacionales no valoran la capacidad de relacionalidad existente en el embrión o en el feto, su potencialidad de personalización que es anterior al proceso de reconocimiento o aceptación. Su forma de argumentación, como decía la Escolástica, *nimis probat*, "prueba demasiado": en su lógica interna, el argumento no sólo cuestionaría el estatuto plenamente humano del no-nacido, sino que también el recién nacido podría quedar dependiente de los criterios de aceptación o reconocimiento, del hecho de ser aceptado o reconocido por los padres o por la sociedad.

Los criterios del nacimiento o de la viabilidad son igualmente débiles. Es verdad que el nacimiento significa un paso importante en el proceso de avance de la nueva vida, pero no existe justificación, dada la continuidad del desarrollo embrionario y las grandes posibilidades de la Neonatología, para dar un estatuto distinto al recién nacido respecto de un feto de siete u ocho meses que tiene grandes posibilidades de supervivencia. El criterio de viabilidad es fluido y hoy se está consiguiendo el desarrollo de neonatos de menos de siete meses e incluso por debajo de los 500 gramos de peso. No parece coherente éticamente que se haga depender el estatuto humano del nuevo ser de un criterio que está modificándose como consecuencia del progreso de la Medicina.

Tampoco es válido el criterio del inicio de la actividad cerebral que, en todo caso, acontece en fechas bastante precoces del desarrollo embrionario. La falta de actividad cerebral puede ser un criterio sólido para determinar el fallecimiento de una persona, que ha entrado en un proceso irreversible de muerte. Por el contrario, ese mismo criterio tiene un significado diferente cuando estamos ante un ser, que todavía no ha llegado a desarrrollar una actividad cerebral, pero que se encuentra en un proceso que va abocar al inicio de esa actividad.

Repetimos que la gran dificultad para aceptar los argumentos de los que defienden el aborto surge de la continuidad del proceso de desarrollo embrionario y de la dificultad para marcar y delimitar, dentro de esa evolución continua, una posible fase, aún no plenamente humana, y que exigiese una menor protección a la vista de los conflictos que pueden surgir respecto de los intereses maternos. Más aún, dado que lo que está en juego es un valor ético y social fundamental, el de la vida humana, debería como mínimo otorgarse al nuevo ser el llamado beneficio de la duda. La moral clásica utilizó en este caso el llamado ejemplo del

cazador, que no podría disparar contra un objeto que se mueve en la maleza en la situación de duda de si se puede tratar de un ser humano[64]. Es decir, como mínimo debería afirmarse que en una situación de duda sobre la calidad humana del no-nacido, éste debería gozar del llamado *beneficio de la duda*, al entrar en juego el respeto debido a toda posible vida humana.

El estatuto del embrión preimplantatorio, también calificado como *preembrión*, suscita hoy una importante discusión dentro de varios moralistas católicos. La Instrucción *Donum* Vitae, a la que nos referiremos más adelante en relación con la procreación asistida, afirma conocer "las discusiones actuales sobre el inicio de la vida del hombre, sobre la individualidad del ser humano y sobre la identidad de la persona". Pero subraya al mismo tiempo, basándose en las aportaciones de la Genética, 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"[65]. Este mismo texto es recogido por la *Evangelium Vitae* (n.º 60).

Por otra parte y en el actual debate teológico, hay autores que tienen en cuenta las discusiones "sobre la individualidad del ser humano y sobre la identidad de la persona" del embrión preimplantatorio y lo aplican en la dramática situación de una violación. Dado que no existe constancia de haberse producido el embarazo, de que el tratamiento hormonal aplicable en este caso –la llamada *píldora del día siguiente*– puede tener también la consecuencia de bloquear la ovulación –y, por tanto, ser meramente anticonceptiva– ¿puede admitirse éticamente el citado tratamiento y primar el importantísimo derecho de una mujer a no quedar embarazada violentamente, sobre el derecho a la vida del embrión preimplantatorio, cuya individualidad e identidad no están aún plenamente definidas? Consideramos que esta postura es, como mínimo, respetable.

Como hemos dicho, la *Donum Vitae* afirmaba que "desde el primer instante se encuentra fijado el programa de lo que será ese viviente". Sin embargo, esta afirmación no aparece, de acuerdo con recientes aportaciones científicas, tan clara y convincente[66]. En este punto es especialmente significativa la aportación de dos científicos católicos: **R. Cefalo**

---

64. Cf. MAHONEY, J., *The Beginning of Life*, en MAHONEY, J., **Bioethics and Belief**, Londres, 1992, 52-86.

65. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción Donum Vitae*...pp. 358-373.

66. Ver GRACIA, D., *Problemas filosóficos en Genética y Embriología*, en ABEL, F. y CAÑÓN, C**., La mediación de la Filosofía en la construcción de la Bioética**, Madrid, 1993, 215-254.

y **C. Alonso Bedate**[67]. Basándose en las aportaciones de la Biología Molecular rechazan el presupuesto de que el cigoto contiene ya toda la información genética necesaria para producir el futuro adulto. No basta con esa información genética, sino que también es necesaria la procedente de la herencia mitocondrial materna y los mensajes genéticos, paternos o maternos, en forma de ARN-mensajero y proteínas. Esta información extrazigótica interacciona con el ADN del núcleo de las células embrionarias y es necesaria para que se produzca el proceso de diferenciación celular: "En resumen, el cigoto hace posible la existencia de un ser humano, pero no posee en sí y por sí mismo información suficiente para formarlo. La formación del embrión depende de una serie de hechos que ocurrirán durante el curso de la ontogénesis, estando algunos de los cuales fuera del control del programa genético". En la formulación propuesta por los citados autores, debe distinguirse entre dos tipos de información: la "necesaria", ya existente desde la fecundación, y la "suficiente", que se adquiere más tardíamente[68].

Aquí se ha abierto un debate que debe ser seguido con importante atención[69]. Porque también es verdad que la información genética presente en el cigoto va a marcar de una forma muy sustantiva el ulterior desarrollo del nuevo ser y que, por ejemplo, si se trata de una trisomía 21, se originará, a pesar de las aportaciones genéticas extrazigóticas, el nacimiento de un niño afectado por el *síndrome de Down*.

En el caso de la indicación terapéutica, afortunadamente nada frecuente en su sentido estricto, hay autores que consideran que debe superarse la aplicación del principio de doble efecto y que estas situaciones deben contemplarse desde la figura del conflicto de valores o derechos en donde se primaría el valor que se considere más importante y que no siempre sería el de la vida del feto. Éste es también nuestro punto de vista.

---

67. ALONSO BEDATE, C., *Reflexiones sobre cuestiones de vida y muerte: Hacia un nuevo paradigma de comprensión del valor ético de la entidad biológica humana en desarrollo*, en ABEL, F., BONÉ, E. y HARVEY, J. C. (Eds.), **La vida humana. Origen y desarrollo**, Madrid, 1989, 67 ss.

68. ALONSO BEDATE, C. y CEFALO, R., *El cigoto: ser o no ser una persona*, en **Labor Hospitalaria** 22 (1990) n.º 217, 231-233. Ver igualmente MCCORMICK, R. A., *The first 14 days*, en **The Tablet**, 10 March 1990; *Who or what is the Preembryo?*, en **Kennedy Institute of Ethics Journal** 1 (1991) 1-15; CAHILL, L. S., *Notes in Moral Theology*, en **Theological Studies** 54 (1993) 124-142; BYRNE, P., *The Animation Tradition in the Light of Contemporary Tradition*, en DUNSTAN, G. R. y SELLER, M. J. (Eds.), **The Status of Human Embryo**... pp. 86-110.

69. Cf. GRACIA, D., *El estatuto del embrión*, en GAFO, J. (Ed.), **Procreación humana asistida: Aspectos técnicos, éticos y legales**, Madrid, 1998.

No puede negarse el dramatismo de las situaciones en que existe el riesgo de que el niño venga al mundo afectado por anomalías congénitas. Como en el caso de la indicación criminológica, se ha argüido razonablemente, desde el punto de vista jurídico, que se trata de opciones sumamente difíciles y no exigibles por el Estado con todo el componente asociado a su penalización. Sin negar la gravedad de estas situaciones y afirmando los altos niveles éticos de las personas que, aun en estos casos optan por la continuación del embarazo, consideramos que la presencia de anomalías o malformaciones no priva de dignidad humana a los que las sufren y la experiencia muestra que la gran mayoría de las personas con deficiencias mentales o físicas prefieren la vida a su supresión durante el embarazo. Nos parece sumamente preocupante que se esté instaurando una mentalidad que considera que las personas portadoras de las citadas anomalías constituyen un error que debería haberse evitado, si fuese posible, antes de su nacimiento. La experiencia de los que trabajan con estas personas es de que, en un medio idóneo, son capaces de crear hondas vinculaciones humanas, que poseen importantes niveles de realización personal y de satisfacción vital y que aportan al entramado social valores que son muy importantes para nuestra convivencia interhumana. Evidentemente se requiere una mayor sensibilización social sobre el valor de estas personas con deficiencias, la creación de instituciones de apoyo y deben articularse cauces de ayuda y apoyo a las familias afectadas[70].

La *Evangelium Vitae* aborda la problemática legal del aborto, junto con la de la eutanasia. Considera que en estos dos temas es donde más se percibe un "oscurecimiento de las conciencias", al presentarlos como derechos de la persona y como signos de progreso y de tolerancia. Ante todo, repite la doctrina tradicional de la Iglesia de que el legislador no tiene que sancionar, jurídica y penalmente, todas las transgresiones del orden ético, sino que puede no hacerlo en aras al bien común: "El cometido de la ley civil es diverso y de ámbito más limitado que el de la ley moral" (n.º 71). Pero en los casos específicamente contemplados en la *Evangelium Vitae*, que se refieren a la protección de la vida en su inicio y en su final, se afirma que este derecho a la vida debe ser estrictamente protegido, y se opone radicalmente a

70. Cf. GAFO, J. (Ed.), **La deficiencia mental: aspectos médicos, humanos, legales y éticos**, Madrid, 1992; **La Ética ante el Trabajo del Deficiente Mental**, Madrid, 1996.

la legalización o despenalización del aborto[71] y la eutanasia. La ley civil debe garantizar una convivencia social en la justicia y asegurar a todos el respeto de los derechos fundamentales, de los que "el primero y fundamental es el derecho inviolable de todo ser humano a la vida". "Se reconoce que la autoridad pública puede, a veces, renunciar a reprimir aquello que provocaría, de estar reprimido, un **daño más grave**, pero nunca puede legitimar, aunque lo diga la mayoría, la negación del derecho fundamental a la vida". Por eso, "la tolerancia legal del aborto o la eutanasia no puede de ningún modo invocar el respeto de la conciencia de los demás, precisamente porque la sociedad tiene el derecho y el deber de protegerse de los abusos que se pueden dar en nombre de la conciencia y bajo el pretexto de la libertad" (n.º 71). Es muy grave que una sociedad no proteja ni defienda el derecho a la vida de sus miembros más débiles e indefensos, de aquéllos que ni siquiera tienen voz para hacerlo (n.º 8 y 101).

Queremos acabar afirmando la necesidad de que los que nos oponemos al aborto tengamos actitudes coherentes en otros temas en que la vida humana está amenazada. Proteger la vida no nacida significa la afirmación del valor de lo humano aun en las condiciones más débiles y discutibles. Creemos que esa actitud de fondo exige el rechazo de toda violencia contra las personas, la no aceptación de la pena de muerte y la lucha por eliminar las situaciones en que seres humanos ya nacidos son en alguna forma "abortados", ya que tropiezan con grandes dificultades para su desarrollo personal y la expresión y realización de su propia dignidad humana[72].

Bibliografía

AA. VV., **El aborto a examen**, Madrid, 1983.

AA. VV., *Informe sobre el aborto*, en **Vida Nueva** (1986) n.º 1.367 (monográfico).

AA. VV., en LÓPEZ BARAHONA, M. y LUCAS LUCAS, R. (Dirs.), **El inicio de la vida: identidad y estatuto del embrión humano**, Madrid, 1999.

71. Sobre las actitudes ante una situación de aborto despenalizado, cf. ELIZARI, F. J., **El aborto ya es legal**, Madrid, 1985. GAFO, J., *¿Hacia una despenalización del aborto?*, en **Sal Terrae** 73 (1983) 227-234.

72. Como afirma el Premio Nobel de la Paz, Adolfo Pérez Esquivel, "Quien justifica el aborto, justifica la pena de muerte y yo estoy contra la pena de muerte y contra el aborto. Ser progresista significa defender la vida y nada más" (Cit. en GAFO, J., **El aborto ante la conciencia**... p. 147).

AA. VV., en ABEL, F., BONÉ, E. y HARVEY, J. C. (Eds.), **La vida humana: Origen y desarrollo. Reflexiones éticas de científicos y moralistas**, Madrid, 1989.

ABEL, F., *Diagnóstico prenatal y aborto selectivo: La decisión ética*, en GAFO, J. (Ed.), **Consejo Genético: aspectos biomédicos e implicaciones éticas**, Madrid, 1994.

BARREIRO, B., **Democracia y conflicto moral: la política del aborto en España e Italia**, Madrid, 2000.

CASPAR, Ph., **Penser l´embryon. D´Hippocrate à nos jours**, París, 1991.

COMITÉ PARA LA DEFENSA DE LA VIDA DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, **El aborto. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos**, Madrid, 1991.

CONGOURDEAU, M. H., **Entre science et philosophie: petite histoire de l´embryon**, París, 1992.

DAVANZO, G., *Aborto*, en ROSSI, L. Y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid, 1978, 13-17.

DOOLEY, M., *¿Tiene derechos el embrión/feto?*, en PALACIOS, M. (Coord.), **Bioética 2000**, Oviedo, 2000.

ELIZARI, F. J., **El aborto ya es legal ¿Qué hacer ahora?**, Madrid, 1985.

FERRATER MORA, J., **Ética aplicada. Del aborto a la violencia**, Madrid, 1981.

GAFO, J., *La Evangelium Vitae: una defensa apasionada de la vida humana*, en **Razón y Fe** 231 (1995) 583-598.

GAFO, J., **El aborto ante la conciencia y la ley**, Madrid, 1983.

GAFO, J., **El aborto y el comienzo de la vida humana**, Santander, 1979.

GAFO, J., *El aborto*, en **Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, 129-143.

GAFO, J., *El aborto*, en **10 palabras claves en bioética**, Estella (Navarra), 1997, 41-90.

GAFO, J., *Reflexión ética sobre el consejo genético y el aborto*, en GAFO, J. y AMOR, J. R. (Eds.), **Deficiencia Mental y Comienzo de la Vida Humana**, Madrid, 1998, 147-168.

GRACIA, D., *Problemas filosóficos en Genética y en Embriología*, en ABEL, F. y CAÑÓN, C., **La mediación de la Filosofía en la construcción de la Bioética**, Madrid, 1993, 215-254.

GRACIA, D., *El estatuto del embrión*, en GAFO, J. (Ed.), **Procreación Humana Asistida: Aspectos técnicos, éticos y legales**, Madrid, 1998, 79-109.

GRISEZ, G. G., **El aborto. Mitos, realidades y argumentos**, Salamanca, 1972.

HONINGS, B., **Aborto e animazione umana. Un tema interdisciplinare al vaglio della teologia**, Roma, 1973; **Aborto e ominizzazione. Legalizzazione e liberalizzazione un problema di coscienza socio-morale**, Roma, 1973.

JONSEN, A. R., *Abortion*, en **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford, 1998, 285- 296.

LACADENA, J. R., *Estatuto del embrión preimplantatorio*, en GAFO, J. (Ed.), **Dilemas éticos de la Medicina actual**, Madrid, 1986, 399-403.

MAHONEY, J., *The Beginning of Life*, en **Bioethics and Belief. Religion and Medicine in Dialogue**, Londres, 1992, 52-86.

MOREIRA, J. A., **La fecundación in vitro; aspectos biomédicos, jurídicos y éticos**. Tesina de Licenciatura, UPCO, Madrid, 1999.

VICO, J. **El comienzo de la vida humana**, Santiago de Chile, 1991.

CAPÍTULO OCTAVO

LA PROCREACIÓN HUMANA ASISTIDA

I. LAS PRINCIPALES TÉCNICAS DE PROCREACIÓN ASISTIDA

Desde el año 1978 –fecha del nacimiento de **Louise Brown**, la primera *niña probeta*[1]– el tema de la procreación o reproducción asistida es objeto de continuos debates tanto en su vertiente jurídica, como en su dimensión ética. Es un hecho que afecta a un número reducido de casos dentro de los millones de niños que nacen actualmente, pero los nacidos mediante esta nueva tecnología se cuentan ya en muchos millares. Estas técnicas intentan resolver el problema de esterilidad de numerosas parejas –en torno al 10%[2]– de las que, aproximadamente, en el 40% la causa está en el varón, en otro 40% en la mujer, además de otro 20% de incompatibilidad en la misma pareja o de causa desconocida[3].

---

1. Ver EDWARDS, R. G. y STEPTOE, P. C., **Cuestión de vida**, Barcelona, 1980. Para los pasos previos a este logro, cf. GAFO, J., *Niños de laboratorio*, en **Razón y Fe** 190 (1974) 285-293.

2. En España se ha dado recientemente un porcentaje entre 12-15% de parejas con problemas de esterilidad, sin duda en relación con el importante retraso en la procreación que se ha dado en nuestro país.

3. Ver LASS, A., *Investigation of the infertile couple for assisted conception*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction** Nueva York/Londres, 1999, 13-26. Para un resumen de los aspectos científicos, cf. GAFO, J., **¿Hacia un mundo feliz? Problemas éticos de las nuevas técnicas reproductoras humanas**, Madrid, 1987; GAFO, J. (Ed.), **Nuevas Técnicas de Reproducción Humana**, Madrid, 1986.

Ante todo, debe subrayarse que son muchas las técnicas incluidas dentro del epígrafe de la procreación asistida y que se da en ellas un número relevante de variantes. Por ello, nos parece importante, en primer lugar, presentar sumariamente las más utilizadas.

1. La inseminación artificial (IA)

Es la técnica más sencilla dentro de la procreación asistida[4]. Consiste en introducir el semen, obtenido por masturbación, en distintas zonas del aparato reproductor de la mujer (especialmente en el interior del útero, aunque también se ha hecho en el cuello del útero o dentro de las trompas) con la finalidad de conseguir la fecundación. Se recurre a la IA, especialmente cuando la causa de la esterilidad está en el varón (semen sin espermatozoides, *azoospermia*; o con espermatozoides muertos, de bajo número o insuficiente motilidad, *necrospermia, oligospermia* y *astenospermia*, respectivamente)[5]. También se recurre a ella en casos de esterilización o sometimiento previo a un tratamiento quimio- o radioterapeútico.

Dentro de esta técnica debe distinguirse entre IAC, indebidamente llamada *homóloga*, cuando se realiza con el semen del cónyuge o compañero con el que vive establemente la mujer; y la IAD, calificada como *heteróloga*, cuando el semen procede de un donante[6]. En la teología católica se ha hablado de IA *impropia*: en ella no se prescinde del acto sexual, sino que se potencia su capacidad fecundante, por ejemplo, dilatando el cuello del útero para facilitar la penetración del semen, o se recoge éste en la vagina, después del acto sexual, para introducirlo en el cuello del útero.

Los resultados conseguidos mediante la IA son cada vez más satisfactorios. Referidos a su aplicación durante seis ciclos, se ha logrado

---

4. Cf. REMOHÍ, J., GUTIÉRREZ, A. y CANO, F., *Historia e indicaciones de la inseminación artificial*, en **Cuadernos de Medicina Reproductiva** 1 (1995) n.º 1, 1-13; MARCUS, S. F., y BRINDSEN, P. R., *Intrauterine Inseminarion*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 257-265.

5. HIRSH, A.V., *The investigation and therapeutic options for infertile men presenting in assisted conception units*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 27-52.

6. En efecto, en otros temas médicos, se llama "homólogo" a lo que acontece dentro de la misma especie y "heterólogo" a lo que afecta a distintas especies. Por tanto, tanto la IAC como la IAD son homólogas y sería heteróloga la hibridación de la especie humana con otro primate.

éxito con la IAC en un 60% de los casos[7] y con la IAD el porcentaje se eleva hasta un 79%[8]. Lógicamente son peores los resultados con la IAC, ya que se trata del semen de un varón con problemas de esterilidad[9]. En el caso de la IAD existe una selección de los donantes por las características positivas de su líquido seminal e, igualmente, se busca donantes de características similares al que será el futuro padre legal del niño (atendiendo al color de la piel, cabellos y ojos, talla y grupos sanguíneos A, B, 0 y *Rh* positivo o negativo).

2. La fecundación in vitro o FIV

Como antes se indicó, a finales de julio de 1978 tuvo lugar el nacimiento de **Louise Joy Brown**, la llamada *primera niña probeta*, gracias al trabajo de **Robert Edwards** y **Patrick Steptoe**. Se trataba del primer ser humano cuya concepción aconteció, no en el interior del aparato reproductor de la mujer, sino *in vitro*, en el laboratorio. La madre de esta niña ovulaba con normalidad, pero padecía una obstrucción de trompas –la causa más frecuente de esterilidad femenina– por la que los espermatozoides no podían llegar al óvulo[10].

La técnica de fecundación *in vitro*[11], tal como hoy suele realizarse, tiene cuatro fases:

---

7. Los datos me los ha aportado el Dr. Pedro Caballero. Añade que el 98% de los éxitos de la IAC se obtienen en esos primeros seis ciclos y el 87% en los cuatro primeros. Según **Marcus** y **Brindsen**, el porcentaje de éxitos por ciclo, tanto de la IAC como de la IAD intrauterinas, dependiendo de la causa de infertilidad, se sitúa en torno al 15% (MARCUS, S. F. y BRINDSEN, P. R., *Intrauterine Inseminarion*... pp. 261-262.

8. Cf. TESTART, J., **La procreación artificial. Una exposición para comprender, un ensayo para reflexionar**, Madrid, 1994; GAFO, J., **Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, 145-159.

9. Para los resultados de ambos tipos de IA, cf. REMOHÍ, J., CANO, F. y GUTIÉRREZ, A., *Resultados de la inseminación artificial cónyugal*, en **Cuadernos de Medicina Reproductiva** 1 (1995) n.º 1, 107-127; *Inseminación artificial con semen de donante: Resultados*, en **Ib**., pp. 128-139.

10. Sobre esta temática pueden consultarse, además, mis publicaciones: GAFO, J. (Ed.) **Dilemas éticos de la Medicina actual**, Madrid, 1986; **Nuevas técnicas de reproducción humana**, Madrid, 1986*; Reproducción asistida*, en VIDAL, M. (Ed.), **Conceptos fundamentales de ética teológica**, Madrid, 1992; **Diez Palabras clave en Bioética**, Estella (Navarra),(1997) 163-200; *Las nuevas formas de reproducción humana*, en **Sal Terrae** 74 (1984) 537-552; *El dominio del hombre sobre su propia reproducción*, en **Communio** 6 (1984) 519-532; *Reflexión ética sobre las nuevas formas de reproducción humana*, en **Jano** 30 (1986) n.º 723, 51-59.

11. Cf. BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... en el que se recogen varios capítulos dedicados a las distintas fases de la técnica.

a) Un **tratamiento hormonal** de la mujer, de tal forma que sus ovarios puedan producir en el mismo ciclo un número elevado de ovocitos –frecuentemente se consiguen 10-12.
b) La **recuperación de ovocitos**: en los primeros años se realizaba mediante laparoscopia o visualización directa de los ovarios, que exigía hospitalización y anestesia general. Hoy se realiza por vía vaginal y a través de ecografía, con lo que basta con un simple calmante o relajante y no se requiere internamiento hospitalario.
c) La **fecundación en sentido estricto**, es decir, la puesta en contacto de los ovocitos con esperma, obtenido por masturbación, en donde basta con ponerlos en contacto con un número bajo de espermatozoides.
d) La **trasferencia de embriones**, a las pocas horas de la finalización de la fecundación, cuando constan de pocas células. Con un simple catéter se introducen los embriones en el interior del útero, para que allí realicen, por sí mismos, el proceso de anidación.

Por la importancia de las dos últimas fases, se califica también a la técnica como FIVTE[12], fecundación *in vitro*/transferencia embrionaria. Se recurre a ella sobre todo en esterilidades de origen femenino o de causa desconocida. También se usa en esterilidades masculinas, ya que basta un número bajo de espermatozoides que puedan ponerse en contacto con el óvulo para conseguir la fecundación. Los resultados de la FIV[13] varían lógicamente con los equipos y centros: en los mejores se obtienen éxitos entre el 20-25%[14], pero debe resaltarse que se trata de embarazos en relación con el número de trasferencias realizadas y que, dado que suelen transferirse 3-4 embriones, los resultados en relación con los embriones transferidos oscilaría entre 6-10%[15].

En los últimos años se han desarrollado nuevas técnicas, relacionadas con la fecundación *in vitro*, de las que la más importante es la

12. En Italia se usa la expresión FIVET –fecondazione *in vitro*/embryo transfer. Éste es el término usado por la **Donum Vitae.**

13. RIZK, B., *The outcome of assisted reproductive technology*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 311-332.

14. Los resultados guardan relación con la edad materna (24,4% en mujeres de 30-34 años; 14,7% en las que tienen más de 40. También se relaciona con la causa de la esterilidad y el número de embriones transferidos: 9,6%, si se transfiere un solo embrión; 15,9% con dos embriones; 24, 2% con tres y 30,6% con cuatro (**Ib.**, pp. 311-314).

15. Cf. TESTART, J., **La procreación artificial**... pp. 54-60. Los datos españoles, referidos a la FIV, son del 21,2% en relación con las trasferencias de embriones realizadas.

ICSI o inyección de un único espermatozoide en el interior del citoplasma del óvulo (*Intra cytoplasm sperm injection*)[16].

3. La trasferencia intratubárica de gametos (GIFT)

Es una variante de la FIV, iniciada por el argentino **Ricardo Asch** –*Gamets Intrafalopian Transfer*[17]. Una vez conseguidos los gametos masculinos y femeninos, por los mismos medios que en la FIV, en lugar de intentar la fecundación en el laboratorio, se introducen en el interior de las trompas de Falopio, para que allí se realice la fecundación[18].

Es un método menos difundido que la FIV y que obtiene resultados similares, incluso superiores en algunos equipos médicos, si bien en los últimos años su utilización ha disminuido bastante. La GIFT[19] significa aproximadamente un 10% en comparación con la FIV y tiene unos resultados que pueden situarse en torno al 21%[20].

4. Criopreservación

Una técnica habitualmente unida a las anteriores es la congelación o criopreservación de semen o de embriones[21]. Este proceso se realiza mediante nitrógeno líquido, con lo que se mantiene el semen, o los embriones, por tiempo indefinido, a temperatura de -196º C. En el caso del semen, hay una buena recuperación de los espermatozoides, tras su

---

16. Los resultados conseguidos en España a través de la ICSI son del 25% de éxitos. Cf. CUMMINS, J. M. y JEQUER, A. M., *Concerns and recommendations for intracytoplasmic sperm injection (ICSI) treatment*, en OMBELET, W. y VEREECKEN, A. (Ed.), **Modern Andrology**, Oxford, 1995; DE VOS, A. y VAN STEIRTEGHEM, *Assisted reproduction techniques for male factor infertility: current status of intracytoplasmic sperm injection*, en BRINDSEN, P. R. (Eds.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 219-236.

17. El término GIFT es muy expresivo en inglés, dado que significa "regalo". Los resultados conseguidos en España son de 43% de embarazos.

18. Habría que citar también la ZIFT (trasferencia del zigoto al interior de la trompa) y la TET (en que se trasfiere el embrión, igualmente, a la trompa de Falopio). En relación con otras técnicas, ver BUCKETT, W. M., y LIN TAN, S., *Alternative assisted conception techniques*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 243-255.

19. También se la ha calificado en nuestra lengua como TIG, transferencia intratubárica de gametos.

20. Cf. ELDER, K. T., *Laboratory techniques: oocyte collection and embryo culture*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 198-200.

21. Ver GAFO, J. (Ed.), **Nuevas técnicas**... pp. 35-38; Cf. CABALLERO, P., NÚÑEZ, R. y VÁZQUEZ, I., *Técnicas de congelacion y descongelación del semen*, en **Cuadernos de Medicina Reproductiva** 1 (1995) n.º 1, 87-106; AVERY, S. M., *Embryo cryopreservation*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 211-217.

descongelación, de tal forma que mantienen su capacidad fecundante. En el caso de embriones, se dan pérdidas en torno al 60%, debido al *shock* hipotérmico. Es importante subrayar que la criopreservación se realiza también en la llamada "fase de pronucleos" –cuando en el proceso de fecundación, se ha constituido ya el núcleo del espermatozoide, pero aún no se ha unido con el núcleo del óvulo en el proceso de singamia. Se podría calificar este estadio como *pre-cigoto*, ya que aún no se ha producido la fusión de los complementos cromosómicos femenino y masculino[22]. Actualmente se está avanzando en la investigación para consolidar la técnica de criopreservación de ovocitos[23].

5. Otras técnicas relacionadas con la procreación asistida

a) La **maternidad subrogada o sustitutiva**: citada con frecuencia con el término de "*madres de alquiler*". Se han dado bastantes casos y funcionan algunas agencias especializadas en la búsqueda de mujeres que se prestan a gestar por otras que, por razones médicas o de otro tipo, recurren a aquéllas para conseguir un hijo deseado[24]. Generalmente media una compensación económica, que en USA suele cifrarse en torno a los 10.000 dólares, además de los gastos ocasionados por el embarazo y el parto. También se ha hecho por consideraciones filantrópicas: entre dos hermanas, entre una mujer y su propia madre...

b) La **maternidad en mujeres postmenopáusicas**: se ha conseguido en los últimos años que puedan ver logrado su deseo de maternidad mujeres que han pasado ya su climaterio. En estos casos se recurre a la donación de ovocitos, fecundados *in vitro* con esperma del marido de la mujer menopáusica, o a la donación de embriones[25]. Debe realizarse un tratamiento hormonal de la mujer para que su útero esté preparado para la gestación. Se ha conseguido de esta forma que sean madres incluso mujeres de más de 60 años.

---

22. Hay datos que muestran que el porcentaje de embarazos conseguidos mediante la criopreservación de ovocitos es del 17, 4%, en comparación con el 12,5% con embriones en las primeras fases de su desarrollo (RIZK, B., *The outcome of assisted reproductive technology*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 313-314).

23. OKTAY, K. y GOSDEN, R. G., *Cryopreservation of human oocytes and ovarian tissue*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 303-310.

24. BRINDSEN, P. R., *Surrogacy*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 361-368.

25. Cf. MARCUS, S. F. y BRINDSEN, P. R., *Oocyte donation*, en BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization**... pp. 343-354; MARCUS, S. F., *Embryo donation*, en **Ib**., pp. 355-360.

c) La **elección de sexo**: existen dos técnicas para conseguirlo. La primera consiste en separar en el eyaculado, por centrifugación y otros medios físicos, una fracción más rica en espermatozoides X o Y, que darán origen a una descendencia del sexo deseado. Con esta técnica se consiguen éxitos del 70-80%[26]. La otra técnica es mucho más precisa y consiste en aislar una célula o blastómero de un embrión de pocas células, criopreservando el resto del embrión. El estudio del cariotipo o de los cromosomas de dicho blastómero, permite determinar con exactitud el sexo del embrión[27].

d) La **clonación de embriones**: en 1993 causó gran impacto la noticia de que los Dres. **Hall** y **Stilman**, de la Universidad de Washington, habían clonado embriones humanos de pocas células, es decir, habían dividido tales embriones, cuyas células son todavía totipotentes y capaces de dar origen a un individuo humano completo[28]. La técnica ya ha sido desarrollada en animales, con vistas a la mejora ganadera y en el caso de **Hall** y **Stilman** se realizó con embriones humanos noviables (se trataba de polispérmicos, es decir penetrados por dos espermatozoides e incapaces de desarrollarse). Esta técnica podría realizarse también en humanos y se plantearía especialmente en casos en que la FIV proporcione sólo uno o dos embriones, ya que mediante la clonación podría incrementarse el número de embriones disponibles para lograr el deseado embarazo. A esta técnica nos referiremos más ampliamente en el capítulo dedicado a la clonación, donde indicaremos que el término más correcto para referirse a la primera es el de *gemelación artificial*.

II. La ética civil y la procreación asistida

Desde el gran impacto mundial causado por el nacimiento de **Louise Brown** se empezó a pedir que existiesen cauces jurídico-legales que contemplasen estas nuevas situaciones que no habían sido previstas por los legisladores. Se estaba en una situación de vacío legal y no existía un marco jurídico que regulase el campo de la procreación asistida, que protegiese a la sociedad de posibles abusos y

26. GAFO, J., *Elección de sexo*, en **Razón y Fe** 222 (1990) 347-352.
27. **Ib**., pp. 347-348.
28. GAFO, J., *Los niños clónicos*, en **Ecclesia** n.º 2658 (13 de noviembre de 1993) 1652.

que sirviese para responder a las polémicas que podrían surgir por la colisión de intereses enfrentados[29].

Ante esta situación se crearon desde instancias políticas y en varios países –especialmente en aquéllos en que la nueva tecnología se había desarrollado– comisiones de estudio para que pudiesen presentar las recomendaciones que el poder legislativo habría de tener en cuenta a la hora de promulgar una legislación sobre estas materias. Este procedimiento ha sido seguido por países como Gran Bretaña –con su famoso *Informe Warnock* de 1984[30], que ha servido de inspiración a otros informes similares– Suecia, España –el llamado *Informe Palacios* de 1988[31]– varios Estados australianos, el Consejo de Europa...[32] En el momento actual tienen leyes de procreación asistida: Suecia (que legisló ya sobre inseminación artificial en 1984 y, de forma general en 1988), España (que lo hizo en 1988 y fue la primera ley que abordó toda la problemática de la procreación asistida), Alemania (1990), Gran Bretaña (1990), Austria (1992), Francia (1994), además de algunos Estados australianos.

Las Comisiones antes citadas tuvieron una composición multidisciplinar y pluralista en las concepciones de vida de sus miembros. Su interés primordial era jurídico, pero inevitablemente se abordaron los aspectos éticos implicados en la procreación asistida. Así se llegó a un consenso básico que reflejaría los planteamientos éticos más frecuentes y que podría tener el rango de una ética civil o mínima. Las principales conclusiones, con muy importantes puntos de coincidencia, son las siguientes[33]:

1. Consideraciones éticas generales

a) **El poder técnico no coincide con el poder ético**: no todo lo que puede realizarse en el campo de la procreación asistida es ética y social-

29. Sobre la situación legal española, cf. GAFO, J., *Ante la proposición de Ley sobre procreación asistida*, en **Razón y Fe** 217 (1988) 528-535; *Dos nuevas leyes españolas sobre Biotecnología*, en **Ib**., 219 (1989) 295-302.

30. AA. VV., **Informe de la Comisión Investigadora sobre Fertilización Humana y Embriología** (Informe Warnock, Londres, 1984); Ver BLÁZQUEZ, N., *Ética de la reproducción humana según el "Warnock Report"*, en **Studium** 24 (1984) 391-442.

31. **Informe de la Comisión especial de Estudio de la Fecundación "*in vitro*" e inseminación artificial humanas**, Congreso de los Diputados, Madrid, 1986. El nombre de *Informe Palacios* alude al diputado socialista, **Marcelo Palacios**, que fue presidente de la Comisión de Bioética del Consejo de Europa.

32. Ver GAFO, J., *Regulación jurídica de la procreación asistida*, en **Razón y Fe** 213 (1986) 239-252. Ahí se recogen los principales aspectos de esa amplia documentación.

33. **Ib**.

mente aceptable[34]. Por citar un ejemplo especialmente claro: aunque fuese técnicamente posible hibridar gametos humanos con los de otro primate, tal hecho no es, de ninguna forma éticamente admisible.

b) **Implicación de la sociedad**: los problemas éticos y jurídicos que plantean las técnicas de reproducción asistida humana afectan a valores muy significativos en la vida social (los conceptos de paternidad, maternidad y filiación, el estatuto de la incipiente realidad embrionaria...) y no pueden ser dejados en manos de los especialistas en este campo para que ellos decidan lo que es o no es éticamente aceptable. Esto no significa negar la **libertad de investigación**[35], pero sí afirmar que esa libertad no es absoluta y que existen barreras éticas que no deben ser sobrepasadas. Es el conjunto de la sociedad, a través de cauces representativos –con cierta frecuencia, mediante los Comités Nacionales de Ética u otras comisiones especiales[36]– el que debe determinar qué valores éticos deben ser respetados y fomentados en este campo.

c) **Problemas éticos específicos**: En el debate sobre la procreación asistida se ha constatado la implicación de tres importantes valores éticos.

- **El valor de la procreación**, el importante significado humano que posee para muchas parejas el poder tener una descendencia propia y la necesidad de recibir ayuda cuando ello no es posible por problemas relacionados con la esterilidad[37].
- Los valores éticos relacionados con **el bien del niño** que va a venir al mundo como consecuencia del recurso a las técnicas de procreación asistida. Debe ponderarse la exigencia ética de crearle condiciones de vida y un entorno humano que le ayuden en su largo proceso de desarrollo personal.
- El **estatuto del embrión preimplantatorio** (o preembrión): una consecuencia del recurso a la FIV es la existencia de embriones humanos, disponibles en el laboratorio, que pueden quedar so-

34. Las lenguas latinas tienen un verbo "poder" que es ambiguo, ya que se refiere tanto al poder físico, como al poder moral, a diferencia de lo que sucede en el aleman – können/dürfen– y en el inglés –can/may. Lo expresa el título en alemán del libro de P. Sporken, **Darf die Medizin was sie kann?** Düsseldorf, 1971.

35. Así lo hace la Constitución Española en el artículo 20.

36. En el caso español se constituyó finalmente en 1997, casi diez años más tarde de lo que estaba previsto, la *Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida*, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, que hizo público su primer Informe Anual en diciembre de 1998.

37. En los documentos internacionales no se reconoce explícitamente el derecho a procrear, sino el de crear una familia. Ver GAFO, J. (Ed.), **Nuevas Técnicas**... pp. 52-56.

brantes de un proceso de fecundación *in vitro* o criopreservados... ¿Cómo valorar, ética y jurídicamente, esa incipiente realidad humana?

d) **Utilización con fines terapéuticos**: hay unanimidad en la documentación, que estamos estudiando, en afirmar que únicamente puede recurrirse a la tecnología reproductora para resolver problemas de esterilidad o para evitar la posible o probable transmisión de anomalías genéticas. Por el contrario, se rechaza el recurso a la procreación asistida con fines eugénicos o por preferencias de tipo personal sobre el futuro genético de la descendencia[38].

e) **Beneficiarios de la reproducción asistida**: la mayoría de los informes o leyes reservan el recurso a la tecnología reproductora al ámbito de la pareja heterosexual, tanto la jurídicamente unida en matrimonio, como la que vive en condiciones equiparables, aunque no esté unida por el compromiso matrimonial. Es lo que exigen las leyes de Suecia, Gran Bretaña, Alemania y Francia. Por el contrario, la ley española afirma que será "usuaria" toda mujer mayor de edad y en buen estado de salud física y mental. Por tanto, la mujer "sola" –soltera, viuda, divorciada o separada– puede recurrir en España a las técnicas de procreación asistida (art. 6)[39].

f) **Procedencia de gametos y embriones**: Aquí se proponen varias exigencias éticas:

- Necesidad de un **cribado (***screening*) o estudio previo de los donantes para evitar que puedan trasmitir una enfermedad hereditaria. Se seleccionan donantes cuyos rasgos físicos generales coincidan, como se indicó con anterioridad, con los de los futuros padres legales.

38. En España suscitó una fuerte polémica el caso de una mujer de Mataró, madre de cinco varones, a la que la falta de hijas ocasionaba serios problemas psicológicos. La técnica que se iba a utilizar consistía en la separación de espermatozoides, portadores del cromosoma X, para así conseguir una niña. Su petición no fue aceptada por no estar admitida por la ley española. Posteriormente se ha realizado la elección de sexo, mediante la determinación del mismo en una blastómera de un embrión incipiente. Se trataba de una mujer trasmisora de la hemofilia, enfermedad que sólo padecen los varones. Con la técnica descrita, nacieron dos niñas.

39. Cf. la ley española: **Ley de Reproducción Asistida (Ley 35/1988 de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida)**. Puede consultarse en GAFO, J., **Ética y Legislación**... pp. 482-496. Esta ley, en el capítulo dedicado a "las usuarias", afirma en el art. 6: "Toda mujer podrá ser receptora o usuaria de las técnicas... siempre que haya prestado su consentimiento... de manera libre, consciente, expresa y por escrito. Deberá tener dieciocho años al menos y plena capacidad de obrar".

- **Límites en las donaciones de semen**, con el fin de evitar que sea concebido un elevado número de niños de un mismo donante –que en el futuro pudiesen entrar en relaciones consanguíneas desconocidas. Así la ley española determina que de un mismo donante no sean concebidos más de seis niños (art. 5. 7).
- **Donación**: se prohíbe que el recurso a la procreación asistida pueda tener un carácter lucrativo por la compra-venta de gametos o embriones. Deberá hacerse en un ámbito de donación. Sin embargo, sí se admite una cierta compensación económica, justificada como gastos de desplazamiento o pérdida de tiempo... Esta compensación es reducida en el caso de donación de semen, pero es mucho más importante en el caso de donación de ovocitos.
- **Anonimato**: la documentación estudiada opta por esta medida en la donación de gametos o embriones. Los padres legales y el hijo, si se le informa de su origen, podrán conocer rasgos generales de los donantes, pero sin poder identificarlos. La ley sueca es excepción, al reconocer el derecho del hijo, al llegar a su mayoría de edad, a conocer la identidad de sus padres genéticos[40]. El informe previo a la ley sueca justifica esta opción por el bien del niño: su no-discriminación respecto del niño concebido por procedimientos naturales y la existencia de estudios sobre la adopción, que muestran la importancia que tiene para el niño poder conocer sus orígenes genéticos, si así lo desea.
- **Responsabilidades dimanantes de la paternidad**: las obligaciones y los derechos provenientes de la paternidad o maternidad recaen sobre los padres legales y no sobre los donantes de gametos y embriones.

g) **Control y supervisión de los centros y equipos especializados** en reproducción asistida, con el fin de que reúnan las condiciones exigibles para la obtención de buenos resultados. Este punto es sumamente importante, ya que las parejas suelen depositar grandes expectativas en la nueva tecnología –incluso desproporcionadas– y la sociedad debe velar para que sus grandes costos, económicos y emocionales, no sean defraudados.

40. Se han dado algunos casos llamativos: así el del norteamericano Dr. Johansson, que utilizaba su propio semen para realizar la IAD. Recientemente, una pareja holandesa recurrió a la IAD y tuvo un hijo blanco y otro mulato...

2. Valoración de las distintas técnicas de procreación asistida

- Se admite de forma unánime la **IAC**. Respecto de la llamada *IAC post-mortem*, realizada después de la muerte del cónyuge, la tendencia general es negativa[41]. Sólo la ley española la admite en el plazo de seis meses posteriores a la muerte del marido y si éste ha dejado un documento escrito que lo permita (art. 9. 1).
- También se admite la **IAD**.
- Igualmente se consideran legítimas la **FIV/GIFT**.
- Se permite la **criopreservación de semen y de embriones preimplantatorios**. Existen reservas sobre la congelación de ovocitos, con fines de procreación asistida, por el carácter aún experimental de esta técnica[42].
- Un tema muy debatido es el de la experimentación con embriones humanos. Se rechazan los experimentos de interés científico –no terapéuticos– realizados en embriones de más de dos semanas. Las posturas de los estados miembros del Consejo de Europa, son divergentes, pero hay algunos países que admiten la realización de experiencias de interés científico realizadas en embriones sobrantes preimplantatorios, sean o no viables[43].
- Las posturas sobre la maternidad subrogada son negativas. La ley española considera "nulo de derecho" un hipotético "contrato de alquiler de útero". Si se realizase y surgiesen posteriormente conflictos, la maternidad se determinaría por la gestación (art. 10).

---

41. El caso más famoso fue el de la francesa Corynne Parpaleix, que se casó *in articulo mortis* con un varón que habia dejado su semen criopreservado, antes de someterse a un tratamiento anticancerígeno. La dirección del banco de semen rechazó la petición, pero la mujer acudió a los tribunales los cuales accedieron a su deseo. Parece que no hubo éxito. Cf. VERSPIEREN, P., *L´insémination artificielle post-mortem*, en **Études** 361 (1984) 193-196.

42. Hay datos que indican que puede conseguirse la congelación de ovocitos. Naturalmente, esto evitaría todos los problemas éticos y jurídicos relacionados con los embriones sobrantes ya que que no existen reparos en la eliminación de ovocitos. Posteriormente a la redacción de este libro se han conocido varios casos de nacimientos a partir de ovocitos congelados. La ley española va a cambiar para permitir la utilización de ovocitos congelados bajo determinadas condiciones.

43. Este es un tema especialmente polémico en el intento de lograr una Convención Europea de Bioética (Ver *Convenio Europeo de Bioética*, en **Bioètica & Debat** 1 (1996) n.º 4, 1, 6-7. La postura más restrictiva contra esta experimentación es la alemana, mientras que la británica admite, incluso, la creación de embriones con fines de investigación.

- Finalmente se rechaza una serie de técnicas relacionadas con la procreación asistida: la selección de sexo –salvo por razones terapéuticas para el nuevo ser– las manipulaciones genéticas en el embrión, la clonación, partenogénesis, ectogénesis...[44].

III. La Iglesia Católica y la procreación asistida

Lógicamente, ni la Biblia ni la tradición eclesial abordan esta temática. Sin embargo algún autor ha subrayado la semejanza entre lo que hoy llamamos "maternidad sustitutiva o subrogada" y el hijo, en cierto sentido matrimonial, Ismael, que Abraham tuvo con su esclava Agar (Gn 16). Sólo en el siglo actual, con el inicio de la procreación asistida, comienzan a darse algunos pronunciamientos de la Iglesia sobre este tema.

1. Pío XII

Las primeras tomas de postura de la Iglesia sobre la procreación asistida tienen lugar en tiempos de **Pío XII**. El Papa **Pacelli** se refiere a la inseminación artificial –a la que califica como *fecundación artificial*– descalificándola, tanto si se realiza extramatrimonialmente, como dentro del matrimonio; lo mismo si se realiza con semen del marido, como *a fortiori* si procede de un donante. Más en concreto, la postura de **Pío XII** es la siguiente[45]:

a) Condena como inmoral la **inseminación artificial fuera del matrimonio**, ya que la ley natural y la ley divina positiva exigen que la procreación de una nueva vida no pueda ser sino fruto del matrimonio.

b) La **inseminación artificial dentro del matrimonio, con semen de un donante** –a través del "elemento activo de un tercero" es "igualmente inmoral", ya que únicamente los esposos tienen un derecho recíproco sobre sus propios cuerpos para engendrar una vida nueva, un derecho que es exclusivo e inalienable de los esposos.

---

44. En el artículo 20 de la Ley española, que trata de "las infracciones y sanciones", se rechaza una serie de posibilidades técnicas, éticamente no aceptables y que, en el informe previo, fueron calificadas como "desviaciones no deseables".

45. Las tomas de postura de Pio XII son las siguientes:
- *Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de Médicos Católicos*, en **Ecclesia** n.º 430 (8 de octubre de 1949) 397-398.
- *Alocución a los Congresistas de la Unión Católica Italiana de Obstetricia*, en **Ecclesia** n.º 539 (10 de noviembre de 1951) 517-523.
- *Alocución a los participantes en el II Congreso Mundial de la Fertilidad y la Esterilidad*, en **Ecclesia** n.º 777 (2 de junio de 1956) 629-631.

c) También rechaza la **inseminación artificial dentro del matrimonio y con semen del marido**. En primer lugar, porque el "elemento activo", el semen, no puede procurarse por actos contrarios a la naturaleza –una referencia clara a la masturbación. Además **Pío XII** subraya que esta forma de fecundación "sobrepasa los límites del derecho que los esposos han adquirido por el contrato matrimonial, a saber: el de ejercer plenamente su capacidad sexual natural en la realización natural del acto matrimonial. El contrato en cuestión no les confiere el derecho a la fecundación artificial, que no se justifica por el deseo de tener un hijo".

d) **Pío XII** admite la llamada **inseminación artificial impropia**, refiriéndose a determinados procedimientos médicos que podrían acentuar la capacidad procreadora del acto sexual, como hemos citado anteriormente.

e) Finalmente, en uno de sus últimos discursos, **Pío XII** se refiere a la que posteriormente fue calificada como fecundación *in vitro*, rechazando esos procedimientos como "inmorales y absolutamente ilícitos"[46].

2. Tomas de postura eclesiales anteriores a la Donum Vitae

Desde la época del Papa **Pacelli** hasta la década de los 80 no hay tomas de postura oficiales de la Iglesia respecto de la procreación asistida. Durante esta época hay algunas tomas de postura episcopales. En unas se perciben silencios expresivos respecto de la **IAC** e incluso la **FIV** en el caso de que se realice con semen del marido. Sí existen fuertes condenas referidas a las experimentaciones de interés científico, realizadas en embriones humanos; a la congelación de embriones; a la maternidad subrogada y a ciertas maternidades que excluyen la presencia de un padre del niño[47].

Juan Pablo II hizo en estos años alguna referencia a estos temas, pero centrándose casi exclusivamente en la condena de la experimentación no terapéutica realizada en embriones humanos. Por el contrario, valora positivamente las intervenciones terapéuticas realizadas en el embrión o feto para evitar que pueda nacer afectado por anomalías o malformaciones. Incluso valora también positivamente, como veremos en el capítulo dedicado a la manipulación genética, la terapia

46. *Alocución a los participantes en el VII Congreso Internacional de Hematología*, en **Ecclesia** n.º 899 (4 de octubre de 1958) 359ss.

47. Cf. GAFO, J. (Ed.), **Nuevas Técnicas**... pp. 143-160; GAFO, J., **¿Hacia un mundo feliz?**... pp. 64-67.

génica realizada en el no-nacido, con el fin de evitar alguna enfermedad, citando en concreto el caso de la *anemia falciforme*[48].

3. La Instrucción Donum Vitae

El 22 de febrero de 1987 fue firmada por el Cardenal **Joseph Ratzinger** esta *Instrucción* de la Congregación para la Doctrina de la Fe, que había sido aprobada poco antes por el Papa **Juan Pablo II**[49]. Desde hacía algunos meses se venía anunciando esta toma de postura eclesial y existía una importante expectativa en ambientes eclesiales acerca de su contenido[50].

La *Instrucción* da un juicio negativo sobre las técnicas de procreación asistida. No sólo condena la maternidad subrogada y las llamadas, por el *Informe Palacios*, "desviaciones no-deseables", que tampoco son admitidas por los Informes antes citados, sino que extiende su condena a la **IAC**, **IAD**, **FIV**, a la congelación de embriones, rechazando asimismo todo tipo de experimentación realizada en los embriones que no tenga un significado terapéutico para el nuevo ser. La *Donum Vitae* puede únicamente dejar abierta la legitimidad de la **GIFT**.

Los puntos más importantes de la *Instrucción* son los siguientes:

1. Se afirma que el **hombre ha recibido la misión de "dominar la tierra"** y que "la investigación científica, fundamental y aplicada, constituye una expresión significativa del señorío del hombre sobre la creación" (Introd., n.º 2). Esta afirmación es importante por su reconocimiento del valor de la ciencia y de la investigación como medios para que el hombre cumpla su misión de dominio sobre la naturaleza.

---

48. Los principales discursos de JUAN PABLO II son los siguientes:
- *Discurso a los participantes en dos Congresos de Medicina y Cirugía*, en **Ecclesia** n.º 2005 (27 de octubre de 1980) 1383-1384.
- *Discurso a los participantes en el Congreso sobre Experimentación en Biología*, en **AAS** 75 (1983) 35-39 (También en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 343-344).
- *Alocución a la Asociación Médica Mundial*, en **Ecclesia** n.º 2150 (19 de noviembre de 1983) 1448 ss.
- *Discurso a la Facultad de Medicina de la Universidad del Sagrado Corazón*, en **AAS** 76 (1984) 958-962.

49. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, **Donum Vitae. *Instrucción* sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación** (22 de febrero de 1987). Cf. **Ecclesia** n.º 2310 (14 de marzo de 1987) 358-373.

50. Sobre la *Donum Vitae*, cf. GAFO, J., *El documento vaticano sobre Bioética*, en **Razón y Fe** 215 (1987) 461-471; AA. VV., *El don de la vida: Comentarios teológico-morales a la Instrucción de la Santa Sede*, en **Moralia** 7 (1987) n.º 35-36 (monográficos).

2. Sin embargo, la *Instrucción* va a insistir preferentemente en la **ambigüedad del progreso tecnológico**. Por eso subraya "la tentación de transgredir los límites de un razonable dominio de la naturaleza" (Introd., n.º 1) y que "la ciencia y la técnica no pueden indicar por sí solas el sentido de la existencia y el progreso humano" (Introd., n.º 2). El impresionante poder tecnológico del ser humano significa una especial llamada a su responsabilidad ética para usar ese poder al servicio de la condición humana: "La ciencia sin conciencia no conduce sino a la ruina del hombre. Nuestro tiempo, más que los tiempos pasados, necesita de esa sabiduría para humanizar más todas las cosas nuevas que el hombre va descubriendo. Está en peligro el futuro del hombre, a no ser que surjan hombres más sabios" (Introd., n.º 2).

3. La *Instrucción* presenta una visión del ser humano como una **totalidad unificada**. Tomando ideas repetidas por **Juan Pablo II**, insiste en que lo corpóreo no es un aspecto accidental o parcial de la persona; la corporeidad es constitutiva de la persona, que se expresa y se manifiesta a través de su cuerpo. Esto significa que toda intervención sobre el cuerpo humano afecta a la persona misma (Introd., n.º 3).

4. Basándose en esta comprensión antropológica del ser humano, *Donum Vitae* hace una presentación de la "**ley moral natural**" fundamentada en "la naturaleza corporal y espiritual de la persona humana". Afirma que "esa ley no puede entenderse como una normativa simplemente biológica, sino como el orden racional por el que el hombre es llamado por su Creador a dirigir y regular su vida y sus actos y, más concretamente, a usar y disponer del propio cuerpo". Esta formulación es importante porque significa la superación de un planteamiento biologicista de la ley natural, en virtud del cual los procesos biológicos naturales tienen en sí mismos la garantía de la moralidad.

5. A partir de esta visión de la ley moral natural, la *Instrucción* deduce la **originalidad de la transmisión humana de la vida** que deriva de la originalidad misma de la persona humana (Introd. n.º 4). Esta comprensión antropológica, no meramente biológica, lleva a considerar el acto sexual como "un acto inseparablemente corporal y espiritual". Como consecuencia de esa visión antropológica, "para ser conforme con el lenguaje del cuerpo y con su natural generosidad, la unión conyugal debe realizarse respetando la apertura a la generación, y la procreación de una persona humana debe ser el fruto y el término del amor esponsal". Este planteamiento es el que lleva a repetir las formulaciones de la *Humanae Vitae* sobre la inseparabilidad de los significa-

dos unitivo y procreativo del acto sexual. Se da la vuelta al argumento de aquella Encíclica, que descalificaba los métodos que permiten la expresión unitiva del acto sexual, pero que no expresan su significado procreativo. De la misma forma hay que descalificar los métodos de procreación asistida, que son procreativos, pero que no respetan el significado unitivo del acto sexual: "La fecundación artificial homóloga, intentando una procreación que no es fruto de la unión específicamente conyugal, realiza objetivamente una separación análoga entre los bienes y significados del matrimonio" (2ª parte, B, 4).

Nos parece importante subrayar que la *Donum Vitae* sale al paso de dos críticas, que se hicieron, en su tiempo, a la *Humanae Vitae*: la afirmación de que subyacía a la Encíclica una comprensión meramente biológica del concepto de ley natural; la *Instrucción* afirma, por el contrario, que "esta ley no puede entenderse como una normativa simplemente biológica" (Introd., n.º 2). También se aborda la crítica, hecha a la Encíclica de **Pablo VI**, de que se basaba en una discutible distinción entre lo "natural" y lo "artificial". La *Donum Vitae* afirma explícitamente que tales procedimientos no deben rechazarse "por el hecho de ser artificiales" (Introd., n.º 4).

Por el contrario, en la base de la *Instrucción* se pretende delinear una comprensión de la "íntima estructura" del acto conyugal, como "inseparablemente corporal y espiritual" y que tiene un "gran valor antropológico y moral" (2ª parte, B, 4). La *Instrucción* quiere presentar, pues, una visión antropológica del acto conyugal que surge de la comprensión del ser humano como "totalidad unificada", y afirma que la ley moral natural "evidencia y prescribe las finalidades, los derechos y deberes, fundamentados en la naturaleza corporal y espiritual de la persona humana" y constituye "el orden racional por el que el hombre es llamado por el Creador a dirigir y regular su vida y sus actos y, más concretamente, a usar y disponer del propio cuerpo" (Introd., n.º 3), algo que debe tenerse en cuenta en la procreación de la vida humana, que posee "una originalidad propia" (Introd., n.º 4). Por tanto, la *Instrucción* intenta presentar una comprensión antropológica del gesto sexual, del que surgen intrínsecamente unas exigencias éticas, que no proceden de su dimensión meramente biológica, ni del carácter "artificial" de la técnica realizada.

6. Hay, además, un segundo argumento por el que se descalifican las técnicas de procreación asistida: la exigencia ética de que el nuevo ser sea llamado a la vida en un contexto personal y no técnico. Se afirma que la nueva vida humana "no puede ser querida ni concebida como el producto de intervención de técnicas médicas y biológicas; esto equivaldría

a ser objeto de una tecnología científica. Por el contrario, toda persona humana tiene derecho a ser "el resultado de una donación" y "ha de ser acogida en el gesto de unión y de amor de sus padres"; su origen debe ser resultado de una donación y no consecuencia de "eficiencia técnica mensurable según parámetros de control y dominio" (2ª parte, B, 4).

7. La *Donum Vitae* insiste en el valor de la vida del ser humano llamado a la existencia. Subraya que la vida física no agota en sí misma el valor de la persona, ni representa el valor supremo del hombre. Considera a la vida como un "valor fundamental", ya que sobre él se apoyan todos los demás valores de la persona. Desde aquí se insiste en la "inviolabilidad del derecho a la vida humana del ser inocente desde el momento de la concepción hasta la muerte". Más adelante, la *Instrucción* afirma, como indicamos en el capítulo dedicado al aborto, tener en cuenta las discusiones actuales sobre el **estatuto** del embrión humano preimplantatorio, "sobre la individualidad del ser humano y sobre la identidad de la persona". Sin embargo, *Donum Vitae* afirma que la vida humana debe ser respetada desde la fecundación. Reconoce que ningún dato experimental es suficiente para probar la existencia de un alma espiritual, pero los conocimientos científicos sobre el embrión humano llevan a afirmar la existencia de una "presencia personal desde este primer surgir de la vida humana" (1ª Parte, 1). La defensa de la vida humana desde la concepción es el criterio ético fundamental en los problemas del diagnóstico prenatal y en la congelación, experimentación e investigación con embriones, en donde el nuevo ser debe ser respetado desde su calidad humana. Por ello, rechaza taxativamente la congelación y destrucción de los llamados embriones "sobrantes".

8. La *Donum Vitae* repite la condena, expresada por **Pío XII**, de la **masturbación** como procedimiento de obtención de semen para la procreación asistida ya que "constituye otro signo de esa disociación –entre lo unitivo y lo procreativo–; aun cuando se realice con vistas a la procreación, ese gesto sigue estando privado de su significado unitivo" (2ª parte, B, 6).

9. Anteriormente ya aludíamos al conflicto que puede presentarse entre el **derecho del adulto a procrear** y el del nuevo ser a que se le creen las condiciones que mejor le posibiliten su desarrollo. *Donum Vitae* afirma que no puede hablarse de "un verdadero y propio derecho al hijo" y que éste "no es algo debido y no puede ser considerado como objeto de propiedad" (2ª Parte B, 8). En este planteamiento se fundamenta el rechazo de la *Instrucción* a la utilización de estas técnicas por parejas no

casadas, por la mujer "sola" o la maternidad subrogada: "Sólo a través de la referencia conocida y segura a sus padres pueden los hijos descubrir la propia identidad y alcanzar la madurez humana" (2ª parte, A, 1).

10. La tercera parte del documento vaticano trata sobre **Moral y Ley Civil** y aborda las exigencias éticas que el legislador deberá tener en cuenta en este tema. Considera que debe procederse a una regulación jurídica ya que "el llamamiento a la conciencia individual y a la autodisciplina de los investigadores no basta para asegurar el respeto a los derechos personales y del orden público". Basándose en la tradición católica, se afirma que "la ley civil a veces deberá tolerar, en aras del orden público, lo que no puede prohibir sin ocasionar daños más graves". Esto significa que la *Instrucción* reconoce que no todo lo que no es éticamente aceptable en el campo de la procreación asistida tiene que estar también legalmente sancionado. Pero añade: "Sin embargo, los derechos inalienables de la persona deben ser reconocidos y respetados por parte de la sociedad civil y de la autoridad pública". Entre estos derechos fundamentales, la *Instrucción* cita el derecho de todo ser humano a la vida y los derechos, tanto de la familia y del matrimonio como institución, como el derecho de los hijos a ser concebidos, traídos al mundo y educados por sus padres. Esto lleva en concreto a rechazar toda legislación que admita el aborto o el convertir al embrión en objeto de experimentación; también debe sancionarse la donación de gametos entre personas no unidas en matrimonio, los bancos de embriones, la inseminación *postmortem* y la maternidad sustitutiva (3ª parte).

4. La Encíclica *Evangelium Vitae*

El tratamiento de este tema en la Encíclica de **Juan Pablo II** está en continuidad con el expresado por la *Donum Vitae*. Sin embargo, la Encíclica se centra sobre todo en la fecundación *in vitro* y, especialmente, en el problema suscitado por su elevado número de fracasos y por los llamados "embriones supernumerarios", a los que se destruye o se utiliza con fines de **experimentación**. Se afirma que las técnicas de procreación asistida, que parecen puestas "al servicio de la vida y que son practicadas no pocas veces con esta intención", producen, sin embargo, "nuevos atentados contra la vida". Son moralmente inaceptables porque "separan la procreación del contexto integralmente humano del acto conyugal" y, además, "registran altos porcentajes de fracaso" y afectan al desarrollo del embrión expuesto al riesgo de muerte en brevísimo tiempo. Al mismo tiempo, crean el problema de "los embriones supernumerarios", posteriormente suprimidos o utilizados para investigaciones "bajo el

pretexto del progreso científico": reducen la vida humana a "simple material biológico` del que se puede disponer libremente" (n.º 14).

Siguiendo a la misma *Donum Vitae* se rechaza el diagnóstico prenatal que esté encaminado al aborto en el caso de que el resultado sea positivo y se condena duramente la utilización de embriones o fetos con fines de investigación científica, admitida por algunas legislaciones. Únicamente es legítima la realización de experimentaciones, en condiciones éticamente delimitadas, que puedan ser beneficiosas para el nuevo ser: son aceptables si respetan la vida y la integridad del embrión, no le exponen a riesgos desproporcionados, tienen fin terapéutico, la mejora de su salud o supervivencia individual. Pero, "el uso de embriones o fetos humanos como objeto de experimentación constituye un delito en consideración a su dignidad de seres humanos, que tienen derecho al mismo respeto debido al niño ya nacido y a toda persona" (n.º 63).

Igualmente se condena el "procedimiento que utiliza los embriones y fetos humanos todavía vivos –a veces 'producidos' expresamente para este fin mediante la fecundación *in vitro*– sea como 'material biológico' para ser utilizado, sea como abastecedores de órganos o tejidos en el tratamiento de algunas enfermedades", ya que la eliminación de "criaturas humanas inocentes", aunque beneficie a otras, "constituye un acto absolutamente inaceptable" (n.º 63).

IV. Reflexión ética sobre las técnicas de procreación asistida

Son muchos los dilemas éticos que se plantean en torno a las diversas técnicas y variantes de la procreación asistida. Una vez presentada la doctrina de la Iglesia, vamos a referirnos a ellas desde planteamientos generales, aplicables a las técnicas concretas[51].

Un autor significativo en la defensa de la postura oficial católica es **W. May**[52]. El teólogo norteamericano descalifica la procreación humana asistida, que comporta, según afirma, una separación del *baby making* y del *love making*. Afirma que, cuando se origina vida a través de la unión marital, el hijo deviene un "don" que corona el acto mismo y que, en esa circunstancia, no se trata de un *making*, sino de un acto de amor que lleva al hijo. Subraya que el amor no es un producto que la persona "hace", sino de un don que se "da". De forma similar, un hijo no es un

51. Ver AA. VV., **La fecundación artificial: ciencia y ética**, Madrid, 1986.

52. MAY, W., Donum Vitae*: Catholic Teaching Concerning Homologous* in vitro *Fertilization* en WILDES, K. Wm. (Ed.), **Infertility: A Crossroad of Faith**, **Medicine**, **and Technology**, Dordrecht/Boston/Londres, 1997, 73-92.

producto inferior a quienes le producen, ya que tiene igual dignidad que sus padres. Por ello, **May** subraya que debe tenerse en cuenta la distinción existente en inglés entre *to do* y *to make*: El acto marital es una realidad que los esposos *do*, pero no es algo que ellos *make*, concediendo una gran importancia a esta distinción. En efecto, en el *making*, la acción procede de agentes que hacen algo en el mundo externo, un producto; es una acción de naturaleza transitiva, ya que pasa de los agentes a un objeto (por ejemplo, un coche u otro producto) y externo a ellos, que se regula por las reglas del arte, por los centros de interés en el producto, lo que lleva al rechazo y destrucción de los productos no logrados. Por el contrario, el acto marital no es un *making*; es un acto libremente elegido por los esposos para corporeizar su unión marital, abierto a la comunicación de una forma especial de amor y a la transmisión de una nueva vida. Es un acto que perfecciona internamente a los esposos, a los co-sujetos que lo realizan.

Recoge asimismo formulaciones de otro teólogo norteamericano, **B. Ashley**[53], para el que los sustitutos de ese acto de relación personal son como los químicos que elaboran un producto, o los jardineros que siembran una semilla; el técnico se convierte así en la causa principal de la procreación. En esa línea, **May** afirma que se viola el principio kantiano de que la humanidad racional, sea en la persona propia o en la del otro, debe ser tratada como fin y no como mero medio. Como afirma Sgreccia[54]: "Desde un punto de vista teológico... la procreación artificial se presenta a sí misma como cortando el vínculo de obediencia entre los procreadores (es decir, los esposos) y el Creador; implica el rechazo del designio trascendente de Dios".

1. Con gametos de los progenitores: Ya hemos indicado los argumentos utilizados por la *Donum Vitae* y que fueron previamente formulados por algunos autores[55]. Hay, sin embargo, teólogos que subrayan las dificultades de esta argumentación[56]. La *Instrucción* eclesial presenta una comprensión antropológica del gesto sexual en el que la dimensión unitiva

53. ASHLEY, B., *The chill factor in moral theology, en* **The Linacre Quarterly** 57 (1990) n.º 4, 67-77.

54. SGRECCIA, E., *Moral theology and artificial procreation in light of Donum Vitae*, en PELLEGRINO, E., HARVEY, J. C. y LANGAN, J. P. (Eds.), **Gift of Life**, **Catholic Scholars Respond to the Vatican Instruction,** Washington, D. C., 1990, 128.

55. Cf. CAFFARRA, C. *Riflessione etico-teologica sulla inseminazione artificiale*, en **Medicina e Morale** 20 (1980) 129 ss; TETTAMANZI, D., **Bambini fabbricati. Fertilizzazione in vitro, embryo transfer**, Casale Monferrato (AL), 1985.

56. WILDES, K, Wm., *In Vitro Fertilization: Secular Moral Authority, Biomedicine, and the Role of the State*, en WILDES, K. Wm. (Ed.), **Infertility: A Croosroad of Faith**…pp. 181-194.

es inseparable de la procreativa. Pero, ¿tal inseparabilidad debe referirse a todos y cada uno de los actos sexuales o, por el contrario, el acto técnico de la procreación asistida no debería englobarse en el contexto de la comunidad de amor y de vida de la pareja, aunque tal unión no se realice en el acto procreativo técnico por el que se pretende resolver el problema de la esterilidad de la pareja?[57]. También surgen discusiones sobre la afirmación de la *Instrucción* del Vaticano de que un niño, concebido mediante procreación asistida, no es resultado de una donación, sino producto de eficiencia técnica y "objeto de una tecnología científica". Hay autores que sostienen que es consecuencia de la donación de sus padres, que recurren a la técnica procreativa en el marco y contexto de una comunidad de amor y de vida. También suscita debate la calificación moral de masturbación, dada al procedimiento de obtención de semen. ¿No debería englobarse ese procedimiento, que reviste en general características muy poco gratificantes, en un contexto general procreativo?[58]. No se puede negar el carácter muy restrictivo de la postura católica, que lleva a afirmar al bioeticista judío **Baruch Brody**: "No conozco ninguna otra comunidad religiosa que comparta el punto de vista católico"[59]. Ciertamente, las posiciones de las grandes religiosas son de mayor aceptación que las existentes en la Iglesia Católica[60].

Son varios los autores que consideran que la **GIFT** es plenamente compatible con la *Donum Vitae*[61]. Para ello y de acuerdo con los criterios de la *Instrucción*, sería necesaria la unión sexual con un preser-

57. Ver AUBERT, J. M., *L'insémination artificielle devant la conscience chrétienne*, en **Recherches des Sciences Religieuses** 55 (1981) 203-209; 253-263; *À propos de l'insémination artificielle*, en **Ib**. 57 (1983) 318-321; CURRAN, Ch. *Fecondation in vitro et transfer d'embrion du point de vue de la Théologie morale*, en **Le Supplément** 147 (1979) 316-317; DOUCET, H., *L'insémination artificielle*, en **Église et Theology** (1979) 387-400; CHIAVACCI, E., *Fertilità e sterilità. Approccio etico*, en **Rassegna di Teologia** (1982) 415.

58. Ver ZALBA, M., *Aspetti morali e giuridici circa l'inseminazione artificiale*, en **Palestra del Clero** (1979) 15.

59. BRODY, B., *Current religious perspectives on the new reproductive techniques*, en BARTELS et al. (Eds.), **Beyond Baby M**, New Jersey, 1990, 54.

60. Ver *Les religions et la bioétique*, en **Actualité Religieuse dans le Monde** n.º 115, 15 octubre 1993, 38-39. Puede consultarse GAFO, J., *Valoración ética de la procreación humana asistida. Examen crítico de la Donum Vitae* en GAFO, J., (Ed.), **Procreación humana asistida: aspectos técnicos, éticos y legales**, Madrid, 1998, 193 ss.

61. Pueden consultarse los siguientes escritos del prestigioso bioeticista estadounidense MCCORMICK, R. A., *Therapy of tampering: the ethics of reproductive technology and the development of doctrine, en* ***The Critical Calling: Reflection on Moral Dilemmas*** **Since Vatican II**, Washington, 1989, 329-352; *Document is unpersuasive*, en **Responses to the Vatican Document on Reproductive Technologies**, The Catholic Health Association, St. Louis, 8.

vativo perforado –para que el acto sexual sea procreativo y unitivo– la recogida ulterior del semen y su posterior introducción en las trompas junto con los ovocitos previamente recuperados. Surge la pregunta de si es éticamente tan distinto este modo de realizar la GIFT de las otras técnicas de IAC o FIV[62].

2. Con donación de gametos[63]: Las objeciones éticas son más relevantes en este caso y la *Donum Vitae* califica esa donación como "contraria a la unidad del matrimonio, a la dignidad de los esposos", subrayando que "lesiona los derechos del hijo, lo priva de la relación filial con sus orígenes paternos y puede dificultar la maduración de su identidad personal" (2ª parte, A). En la IAD, como ya afirmaba hace tiempo **G. Marcel**, se crea una situación asimétrica: el niño tiene una doble vinculación biológica con su madre –la genética y la de gestación– mientras que no existe ninguna relación biológica con su padre legal-afectivo. Esa situación de asimetría puede provocar dificultades en la relación de la pareja con importantes repercusiones en el hijo[64].

Igualmente surge el interrogante sobre la calidad de relación del padre legal con un hijo que será un continuo recordatorio de su esterilidad –con cierta frecuencia, vivenciada como una disminución de la propia condición e identidad sexual. También es problemático el tipo de relación de ese hijo con una madre que constituirá su única referencia biológica; el posible impacto negativo en la convivencia continua de la pareja... La donación de gametos significa la introducción, en un ámbito sumamente íntimo de la pareja, de la capacidad de llamar a la vida procedente de una persona ajena. Todas estas dificultades son ciertamente muy importantes, pero también se ha argumentado que pueden existir parejas con capacidad de asumir esas situaciones y que una consecuencia del desarrollo de la procreación asistida es la presencia de actitudes crecientes que dan menos importancia, en la procreación de una nueva vida, a los factores genéticos, para centrarse más en las vinculaciones afectivas que se comienzan a instaurar duran-

62. Asimismo se considera como método aceptable la LTOT: ver CARLSON, J. W., *Interventions upon Gametes in Assisting the Conjugal Act Toward Fertilization* en WILDES, K. Wm. (Ed.), **Infertility: A Crossroad of Faith**… pp. 107-124.

63. CLEMENT, J. L., *Au sujet de l'insémination artificielle avec donneur (IAD),* en **Recherche des Sciences Religieuses** 57 (1983) 243-247; HORTAL, A., *Inseminación artificial y fecundación "in vitro". Aspectos éticos,* en **Miscelánea Comillas** 44 (1986) 69-83.

64. MARCEL, G., *Incidences psychologiques et morales*, en AA. VV., **L'insémination artificielle**, París, 1948, 35-46; ver también el antiguo artículo de TROISFONTAINES, R. *L'insémination artificielle: Problèmes étiques,* en **Nouvelle Revue Théologique** 95 (1973) 764-778.

te el mismo embarazo. Notemos que las reflexiones precedentes serían también aplicables, en su medida, a la donación de ovocitos[65].

3. Las pérdidas embrionarias: Esta dificultad es muy importante en relación con la FIV. Aun en los mejores centros, los éxitos de esa técnica, en relación con el número de transferencias de embriones realizadas, está por debajo del 25%. También es verdad que las pérdidas espontáneas, en el proceso natural de reproducción, se pueden situar en torno al 70%. Por otra parte, se trata de parejas con especiales dificultades para reproducirse y en donde es lógico esperar que los resultados sean más bajos. ¿No sería comparable su situación a la de esas mujeres, que tienen abortos precoces repetidos y a las que no se les exigiría la abstención del deseo de reproducirse, aunque es previsible que, en bastantes casos, ese deseo acabe en un aborto espontáneo? Hay autores que consideran que la dificultad de las inevitables pérdidas embrionarias es superable en el contexto de personas que intentan todo lo posible para conseguir y llevar adelante un embarazo[66].

4. Los embriones sobrantes: Éste es otro aspecto muy preocupante en la FIV. Como antes hemos indicado, se suele obtener un número alto de embriones, como consecuencia de la previa estimulación ovárica. Desde el punto de vista médico, así se logra una mayor eficacia en una técnica que tiene además importantes costes económicos y emocionales para la pareja que recurre a ella, sobre todo para la mujer. Se suele transferir un cierto número de embriones, mientras que los restantes son criopreservados. Nos parece importante poner límites al número de embriones transferidos. Estamos de acuerdo con la ley alemana que prescribe que no se transfieran más de tres[67]. De esta forma, se evita el problema de embarazos con muchos embriones, con los riesgos para la gestante y para los nuevos seres –que serán prematuros, con todos los problemas asociados a la prematuridad. Es evidente que no debe aceptarse la llamada reducción embrionaria, que consiste en el aborto *in utero* de los embriones considerados como excedentes[68].

---

65. GAFO, J. *Problemática moral de la inseminación artificial*, en **Razón y Fe** 207 (1983) 157-174.

66. Cf. LÓPEZ AZPITARTE, E., *La fecundación artificial: problemas éticos*, en **Proyección** 31 (1984) 279-294.

67. **Gesetz zum Schutz von Embryonen**, 13 de diciembre de 1990.

68. Con frecuencia, la IAC está unida a un tratamiento para inducir una ovulación múltiple. Esto significa un grave problema adicional, ya que, como consecuencia, se producen simultáneamente varios ovocitos. De hecho y según la información recibida de un especialista, esta forma de IAC ocasiona un 25% de embarazos gemelares, un 5% de triples y un 1% de cuádruples.

Otra posibilidad, que era contemplada por los teólogos católicos con anterioridad a la *Donum Vitae*, era la del llamado *caso simple*, tanto porque la FIV se hacia con gametos de la pareja, como porque no se concebían más embriones que los que se iban a transferir inmediatamente, evitándose así el problema de los embriones sobrantes. Es indiscutible que se trata de una buena respuesta ética ante este sensible problema. Otra posible solución, desde la perspectiva médica y ante el gran número de embriones sobrantes, sería la donación de tales embriones a otras parejas en una forma de *adopción prenatal*.

5. La congelación de embriones constituye un fuerte motivo de preocupación y era tajantemente rechazada por la *Donum Vitae*. Es importante también subrayar que, con frecuencia, la criopreservación se realiza en el estado de precigoto antes mencionado. En nuestra opinión este aspecto es éticamente relevante, ya que consideramos que el debate sobre el derecho a la vida del nuevo ser arranca desde que se ha producido la *singamia*, ha finalizado el proceso de fecundación y se ha constituido el cigoto. En el capítulo dedicado al aborto, nos extendimos con amplitud sobre el estatuto del embrión preimplantatorio. Nuestro punto de vista es en principio contrario a la congelación de esos embriones por el respeto que merece esa incipiente realidad humana.

6. Los experimentos con embriones preimplantatorios: Consideramos igualmente que el embrión preimplantatorio no debe ser objeto de investigaciones no beneficiosas para el propio embrión, por mucho que aquéllas posean un relevante interés científico. Éste ha sido uno de los temas más polémicos en el llamado Convenio Europeo de Bioética, suscrito por 21 países del Consejo de Europa[69], que aborda los problemas de la procreación asistida en dos artículos[70]. Dentro de los experimentos en humanos se hace referencia también a los realizados en "embriones humanos *in vitro*". La Convención rechaza la posición británica: "Se prohíbe la constitución de embriones humanos con fines de experimentación". Pero, al mismo tiempo, se afirma que si la ley admite ese tipo de investigaciones, lógicamente en embriones *in vitro* sobrantes, se

69. **Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina**. Puede verse mi comentario a dicho documento: GAFO, J., *El Convenio Europeo de Bioética*, en **Razón y Fe** 227 (1998) 79-91.

70. Es llamativo el escaso relieve prestado a este tema por el **Explanatory Report** (sólo seis líneas en los n.º 115 y 116, en contraste con las amplias referencias a otros), lo que puede indicar el temor a herir sensibilidades contrarias.

"deberá garantizar una protección adecuada del embrión" (art. 18). Naturalmente que surge la pregunta sobre en qué consiste ese "respeto", ya que, de hecho, se está tratando al embrión humano, como si se tratase del de cualquier otra especie...[71].

Por otra parte, son varios los científicos que consideran que, dado el interés de este tipo de investigaciones, bastaría realizarlas con embriones de primates no humanos. Así mismo, sería discutible el valor de los resultados conseguidos con esos embriones sobrantes de menor calidad –ya que los "mejores" son los que se transfieren– y mucho menos aún si se trata de no-viables. En ese sentido y desde el punto de vista estrictamente científico, es lógica la postura británica, ya presente en el *Informe Warnock*, de admitir la creación de embriones humanos con el fin exclusivo de someterlos a estudios de investigación[72].

7. El derecho del adulto a procrear *versus* los "derechos" del niño: En el tema de la procreación asistida surgen conflictos entre el legítimo deseo de un adulto de tener descendencia propia y los intereses del nuevo ser que va a ser concebido por la nueva tecnología. La ley española es paradigmática de una posición que prima desmedidamente los intereses del adulto, al revés que la ley sueca, muy sensible a los del nuevo ser. Desde nuestro punto de vista, deben primarse los intereses del más débil, del nuevo ser, más vulnerable y dependiente de las condiciones en que se va a producir su desarrollo personal. Por esta razón, consideramos que no debe, de ninguna manera, permitirse el acceso a la procreación asistida en la mujer "sola" o en pareja homosexual[73].

También debe aplicarse ese principio al caso de la maternidad subrogada: además de la referencia a ese principio médico por el que lo íntimamente relacionado con la vida humana no debe convertirse en negocio lucrativo –vigente también en el tema de los trasplantes de órganos–, habría que ponderar la previsible insuficiente calidad de la relación madre/hijo, que se instaura en el embarazo y que será importante para el nuevo ser. Aun en el caso de que se realice de forma filantrópica, entre

71. Expresándolo irónicamente, se tiene la impresión de que, "para garantizar una protección adecuada al embrión" humano, la investigación deberá realizarse mientras que se escucha la Marcha Fúnebre...

72. **Informe de la Comisión Investigadora sobre Fertilización Humana y Embriología** (Informe Warnock), Londres, 1984.

73. Ver las razones que se oponen a la utilización por la mujer sola: GAFO, J., *Regulación jurídica...* p. 244; VERSPIEREN, P., *Un droit à l´enfant*, en **Études** 362 (1985) 623-628; JULIEN, Ph., *Le droit d´avoir un père*, en **Projet** 195 (1985) 139-146.

personas emparentadas, consideramos que ello puede originar relaciones afectivas ambiguas, no claramente delimitadas, y de consecuencias negativas para el nuevo ser[74].

8. Los riesgos de abusos: Ya es un tópico hablar, a propósito de la actual procreación asistida, del "mundo feliz" de **Aldous Huxley**. También es verdad que la Escolástica advertía que *abusus non tollit usum;* que el peligro de abusos no debe impedir los usos legítimos. Pero también debe reconocerse que en, este campo, se están dando ciertos "malabarismos reproductores", que deberían ser enérgicamente rechazados. ¿Tiene sentido que una mujer de 60 años se convierta en madre gestante y "abuela" cronológica de un niño o que un viudo recurra a su propia hermana para que geste unos embriones congelados procedentes de su previo matrimonio? Y, también y desde otra perspectiva, ¿no existe una importante contradicción entre los grandes esfuerzos y gastos en materia de procreación asistida y la trivialización de la práctica del aborto? O, como criticaba la Premio Nobel **Rita Montalcini** en una entrevista televisiva, ¿son coherentes todos los esfuerzos en el campo de la reproducción asistida, cuando la adopción de niños abandonados del Tercer Mundo podría ser una solución más noble, ética y humana?

Sin duda, la reproducción asistida ha constituido una página importante en la historia de la Medicina. Curiosamente, el Cardenal **Albino Luciani**, pocos días antes de convertirse brevemente en **Juan Pablo I** y sin entrar en los aspectos éticos implicados, felicitó al matrimonio **Brown**, padres de la primera *niña probeta*[75]. Evidentemente, la nueva tecnología ha servido para ver realizado el deseo de paternidad de miles de parejas. Pero exige un rigor ético y humano para que su desarrollo ayude a crear un mundo verdaderamente más feliz y humano.

Bibliografía

AA. VV., **La fecundación artificial: ciencia y ética**, Madrid, 1986.

AA.VV., **Informe de la Comisión especial de Estudio de la Fecundación "*in vitro*" e inseminación artificial humanas**, Congreso de los Diputados, Madrid, 1986.

74. En contra de la maternidad subrogada ver: GAFO, J. (Ed.), **Nuevas Técnicas**... pp. 89-104; COMITÉ NATIONAL D'ÉTHIQUE DE FRANCE, *Contre le recours aux 'mères de 'substitution'*, en **La Documentation Catholique** 81 (1984) 1130-1132.

75. **Vida Nueva** n.º 1152 (4 de noviembre de 1978) 2182.

AA. VV., *El don de la vida: Comentarios teológico-morales a la Instrucción de la Santa Sede*, en **Moralia** 9 (1987) n.º 35-36 (monográficos).

AA. VV., en WILDES, K. Wm. (Ed.), **Infertility: A Crossroad of Faith, Medicine, and Technology**, Dordrecht/Boston/Londres, 1997, 181-194.

BRINDSEN, P. R. (Ed.), **A Textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction**, Nueva York/Londres, 1999.

CHILDRESS, J. F., *Reproductive Interventions: Theology, Ethics and Public Policy*, en CURRAN, Ch, E. (Ed.) **Moral Theology. Challenges for the Future**, Nueva York/Mahwah, 1990.

COMISIÓN NACIONAL DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA, **Informe Anual**, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.

EDWARDS, R. G., *Fertilization of human eggs in vitro: Morals, ethics and the law,* en **Quarterly Review of Biology** 44 (1974) 3-26.

EDWARDS, R. G. y STEPTOE, P. C., **Cuestión de vida**, Barcelona, 1980.

GAFO, J. *Problemática moral de la inseminación artificial*, en **Razón y Fe** 207 (1983) 157-174.

GAFO, J. (Ed.), **Nuevas Técnicas de Reproducción Humana. Biomedicina, Ética y Derecho**, Madrid 1986.

GAFO, J. (Ed.), **Dilemas Éticos de la Medicina Actual**, Madrid, 1986.

GAFO, J., *Reproducción Asistida*, en VIDAL, M. (Ed.), **Conceptos Fundamentales de Ética Teológica**, Madrid, 1992.

GAFO, J., **¿Hacia un mundo feliz? Problemas éticos de las nuevas técnicas reproductoras humanas**, Madrid, 1987.

GAFO, J. (Ed.), **Procreación Humana Asistida: Aspectos técnicos, éticos y legales**, Madrid, 1998.

LÓPEZ AZPITARTE, E., *La fecundación artificial: problemas éticos*, en **Proyección** 31 (1984) 279-294.

MAY, W. E., *Donum Vitae: Catholic Teaching Concerning Homologous* In vitro *Fertilization* en WILDES, K. Wm. (Ed.), **Infertility: A Crossroad of Faith, Medicine, and Technology**, Dordrecht/Boston/Londres, 1997, 73-92.

MOREIRA, J. A., **La fecundación in vitro; aspectos biomédicos, jurídicos y éticos**. Tesina de Licenciatura, UPCO, Madrid, 1999.

RAMSEY, P., *Shall we "reproduce"? I. The medical ethics of in vitro fertilization*, en **The Journal of the American Medical Association** 220 (1972) 1346-1350.

SGRECCIA, E., *Moral theology and artificial procreation in light of Donum Vitae,* en PELLEGRINO, E., HARVEY, J. C. y LANGAN. J. P. (Eds.), **Gift of Life, Catholic Scholars Respond to the Vatican Instructions**, Washington, D. C., 1990, 128.

TESTART, J., **El embrión transparente**, Barcelona, 1988.

TESTART, J., **La procreación artificial. Una exposición para comprender, un ensayo para reflexionar**, Madrid, 1994.

VERSPIEREN, P., *L'aventure de la fécondation in vitro*, en **Études** 357 (1982) 479-492.

VERSPIEREN, P., *L' insémination artificielle post-mortem*, en **Études** 361 (1984) 193-196.

VERSPIEREN, P., *Un droit à l´enfant*, en **Études** 362 (1985) 623-628.

WILDES, K. Wm., In vitro *fertilization: Secular Moral Authority, Biomedicine and the Role of the State*, en WILDES, K.Wm. (Ed.), **Infertility: A Crossroad of Faith, Medicine, and Technology**, Dordrecht/Boston/Londres, 1997, 181-194.

CAPÍTULO NOVENO

LA CLONACIÓN

I. PRINCIPALES DATOS CIENTÍFICOS RELACIONADOS CON LA CLONACIÓN

El 24 de febrero de 1997 los medios de comunicación daban una noticia que conmovió a la opinión pública: el nacimiento de la mundialmente famosa oveja *Dolly*. Desde entonces se han ido anunciando nuevos progresos en la técnica de la clonación, al mismo tiempo que se ha ido perfilando y decantando mejor el debate ético sobre ese sorprendente y gran logro de la Biología a finales del siglo XX[1]. Antes de exponer el debate social y ético originados, nos parece relevante hacer referencia a los principales aspectos científicos implicados.

El término clonación deriva del griego *klon*, que significa esqueje o retoño ("patillas", es el nombre usado en algún país de Latinoamérica). Cuando una mujer andaluza toma una rama de un geranio, la planta en otro tiesto y tiene éxito, en realidad ha hecho una clonación: el geranio hijo es, desde el punto de vista genético, idéntico a la planta madre. Se trata de la reproducción asexual, el primer tipo de reproducción existente en los seres vivos y que, con el avance en la evolución, ha sido progresivamente sustituido por la reproducción sexual, en que el nuevo ser recibe su herencia al 50% de cada uno de sus progenitores. Desde el punto de vista biológico se subraya la ventaja evolutiva de este tipo de reproducción, que introduce un elemento de variabilidad en cada generación con importantes ventajas selectivas para el futuro de la especie.

1. Cf. GAFO, J., *La sorpresa científica de la clonación*, en **Razón y Fe** 235 (1997) 363-376.

Como se sabe, una vez que se constituye el cigoto, la célula huevo, resultado de la aportación de células germinales de distintos sexos, se inicia el proceso de segmentación. En sus primeras fases, todas y cada una de las células, por ejemplo de un embrión humano de ocho células, son *totipotentes*: es decir, capaces cada una de dar origen a un individuo completo. Esta *totipotencia* se pierde pronto, al iniciarse el proceso de diferenciación celular que llevará a que, a lo largo del desarrollo embrionario, se formen las células hepáticas, cutáneas, cardíacas, etcétera.

Cada una de las células ya diferenciadas posee todos los factores genéticos propios de cada especie. En el caso de la especie humana, toda célula posee 23 parejas de cromosomas y, aproximadamente, 40.000 genes (hasta hace poco se hablaba de 50.000-100.000, una cifra que se ha ido afinando en los últimos años). Sin embargo, la existencia de distintos tipos de células, las antes mencionadas y otras muchas más, se debe al proceso de diferenciación que depende, a su vez, de la impronta genética, que hace que unos genes se expresen, mientras que otros se silencien.

En 1993 ya se habló de clonación humana. Se trataba de la experiencia realizada por **Hall** y **Stilman**, de la Universidad George Washington, de la capital federal USA[2]. Tomaron como punto de partida 17 embriones humanos de pocas células –que, por tanto, no habían perdido su totipotencia– y mostraron que si se los dividía, cada una de las porciones proseguía las ulteriores divisiones celulares. El experimento fue interrumpido, aunque se hubiera producido también espontáneamente, ya que se trataba de embriones humanos no viables al haber sido fecundados por más de un espermatozoide. El tema ya tuvo importante resonancia y la revista *Time* le dedicó su *cover story* y su portada, en que se reproducía el inigualable juego de las manos de Yahveh y del hombre Adán de la Capilla Sixtina, pero que el dibujante ahora triplicaba... Es importante subrayar que tal técnica ya estaba consolidada en algunos animales y que, en ese sentido, no constituía un avance científico. Nos parece también importante resaltar que esta técnica debería calificarse como *gemelación artificial*, ya que es el mismo proceso por el que se constituyen los gemelos idénticos, que ahora se realiza de forma artificial.

---

2. HALL, J. Y STILMAN, R., *Human Embryo Cloning Reported*, en **Science** 262 (1993) 652-653.

En 1996 se comenzó a hablar en los medios de comunicación del *Instituto Roslin* de Edimburgo. En efecto, en el mismo centro en que un año más tarde iba a nacer *Dolly*, ya se anunció el nacimiento de unas pocas ovejas por otra técnica de clonación. Para ello se tomó un óvulo de oveja, al que se le quitó el núcleo, que contiene en el caso de la oveja 27 cromosomas que es la mitad de la información genética de esta especie, mientras que la otra mitad la aportará el espermatozoide. En su lugar se inyectó el núcleo procedente de células de embriones de pocos días, aún no diferenciadas, lográndose el nacimiento de algunos ejemplares clonados por esta técnica[3]. Posteriormente, ya en 1997 y con la misma técnica, se logró clonar dos macacos *rhesus*, con lo que se mostraba que la técnica era factible en parientes próximos a los humanos. Esta técnica debe calificarse como *clonación por transferencia de núcleo de células no diferenciadas*. En realidad y aunque existían ciertas dudas, **K**. **K**. **Ilmensee** y **P**. **P**. **Hoppe** ya lo habían conseguido con anterioridad en ratones, y publicado los resultados (1981).

Es en este contexto cuando se produce la noticia sorprendente del nacimiento de *Dolly.* Efectivamente, el gran éxito de **Ian Wilmut,** del citado Instituto Roslin, constituyó una verdadera sorpresa científica porque, aunque ya al inicio de los 60 **J. B. Gurdon** había conseguido un éxito similar en un anfibio, el sapo *Xaenopus laevis*,[4] no se había logrado en mamíferos, a pesar de los esfuerzos realizados. Incluso un autor tan prestigioso como **D**. **Solter** –uno de los mejores especialistas en estudios sobre ratones– había afirmado solemnemente que este tipo de clonación nunca sería técnicamente posible en mamíferos. Lógicamente tenía razones para esa afirmación: la citada anteriormente de que el proceso de diferenciación hacía imposible, por así decirlo, dar marcha atrás en el reloj biológico y poder convertir en totipotente una célula que ya se había diferenciado. Expresado de otra forma, una célula que había "perdido su virginidad", ya no podía recuperarla. La gran sorpresa es que, si a estas células se las ponía mediante privación de suero en el medio (deprivación, *starvation*) en un *estado quiescente*, llamado *Go* volvían a esa situación de indiferenciación. En este caso,

3. CAMPBELL, K. H. S., McWHIR, J., RITCHIE, W. A. y WILMUT, I., *Sheep cloned by nuclear transfer from a cultured cell line*, en **Nature** 380 (1996) 64-66; cf. SOLTER, D., *Lambing by nuclear transfer*, **Ib**., 24-25.

4. GURDON, J. B., LASKEY, R. A. y REEVES, O. R., *The developmental capacity of nuclei transplanted from keratinized skin cells of adult frogs*, en **Journal of Embriology and Experimental Morphology** 34 (1975) 93-112; GURDON, J. B., **The control of gene expression in animal development**, Oxford, 1974.

estamos ante la *clonación por transferencia de núcleo de células ya diferenciadas*. También hay que señalar que *Dolly* fue el único éxito en los 277 experimentos realizados por **Wilmut**[5].

Desde enero de 1997 hasta el verano de 1998, el logro científico de *Dolly* se mantenía en un cierto entredicho. En primer lugar, no se había conseguido repetir y una experiencia científica que no se consigue reproducir no goza de plena aceptación por la comunidad investigadora. Existían, además, dudas sobre el origen de la célula somática, procedente de las glándulas mamarias, que sirvió para transferir los factores genéticos de la famosa oveja. Notemos que la "madre" de *Dolly* había fallecido y que la célula mamaria procedía de un cultivo *in vitro*, en el laboratorio. Pues bien, en el verano de 1998, la revista *Nature* anunciaba que estudios de ADN llevaban a la afirmación de que en efecto se había transferido el núcleo de una célula ya diferenciada, como habían indicado los investigadores de Edimburgo. Al mismo tiempo, se dieron en los mismos meses otras dos noticias muy relevantes en la revista *Nature*: la primera fue que el francés **Jean-Paul Renard**[6] había conseguido éxito en vacunos como consecuencia de la aplicación de la misma técnica y, poco más tarde, que el mismo logro se había conseguido en ratones por el equipo de los japoneses **R. Yanagimachi** y **T. Wakayama** en un *habitat* tan idílico como Hawai.[7] Para ello tomaron células procedentes del cúmulo oóforo femenino –de ahí el nombre de *Cumulina*, con el que fue bautizado el primer ratón hembra conseguido. Ello llevó a que **Davor Solter**, que había afirmado la imposibilidad de este tipo de clonación, tuviese que retractarse en el mismo número de la revista *Nature*: "Dolly ya no está sola"[8]. A comienzos de junio de 1999 se dio la noticia de que los mismos investigadores japoneses de la Universidad de Hawaii consiguieron, mediante la misma técnica, el primer ratón macho, *Fibro*. Este salto al ratón, el mamífero por excelencia de las investigaciones en el laboratorio y con un rit-

5. WILMUT, I., SCHNIEKE, A. E., McWHIR, J., KIND, A. J. y CAMPBELL, K. H. S., *Viable offspring derived from fetal and adult mammalian cells*, en **Nature** 385 (1997) 810-813; cf. STEWART, C., *An udder way of making lambs*, en **Ib**., 769-771; SPECTER, M. y KOLATA, G., *After many years and missteps, a dazzling cloning breakthrough*, en **The New York Times**, 3 de marzo de 1997, A1, A8-10.

6. BUTLER, D., *French clone provides support for Dolly*, en **Nature** 392 (1998) 113.

7. WAKAYAMA, T., PERRY, A. C. F., ZUCCOTTI, M., JOHNSON, K. R. y YANAGIMACHI, R., *Full-term development of mice from enucleated oocytes injected with cumulus cell nuclei*, en **Nature** 394 (1998) 369-374.

8. SOLTER, D., *Dolly is a clone – and no longer alone*, en **Nature** 394 (1998) 315-316.

mo muy rápido de reproducción, va a significar un gran avance en el conocimiento de la técnica de la *clonación por transferencia de núcleo de célula somática ya diferenciada.*

Desde que se anunció la noticia del nacimiento de *Dolly* se comenzaron a hablar de sus aplicaciones a humanos. Pronto se añadió que tener un hijo clónico podría significar la posibilidad de poder recurrir a él, si se requiriese un trasplante de tejidos e incluso de órganos. Salta a la vista que nuestra sociedad no iba a aceptar, de ninguna forma, que una persona pudiese recurrir a su descendencia clónica, ya constituida, para conseguir un riñón, más aún si se tratase del corazón... Esta posibilidad es absolutamente rechazable éticamente, por lo que supone de utilizar a una persona como mero medio terapéutico. Pero hay otra posibilidad, que se ejemplificó especialmente en el *Parkinson* u otras patologías cerebrales: la de conseguir un clon del mismo individuo al que se le desarrollase, no para constituir un ser humano, sino únicamente para desarrollar tejidos, quizá en un futuro hasta órganos, que pudiesen ser trasplantados sin dar origen a rechazo inmunológico. Se trata de la *clonación humana no reproductiva*, sobre la que se ha iniciado una intensa polémica ética y jurídica.

Pero aún ha habido más posteriormente. Toda una serie de investigaciones están mostrando que existen en los distintos órganos del cuerpo unas células llamadas *troncales* o *células madre* (*stem-cells*) que, al no estar diferenciadas, pueden servir de base para conseguir, de forma análoga a la *clonación no reproductiva*, la diferenciación de tejidos, quizá un día hasta incluso de órganos, que puedan ser trasplantados al mismo individuo, del que se tomaron las células troncales, sin que se produzca rechazo inmunológico, ya que en este caso poseen la misma dotación genética que el futuro receptor[9].

Poco después del nacimiento de *Dolly*, el equipo del Instituto Roslin anunció el nacimiento de otra oveja, en este caso *Polly*: se trataba de una oveja transgénica, obtenida por trasferencia de núcleo de célula embrionaria al que se había transferido un gen para que en su leche estuviese presente una proteína de interés humano. En efecto, las técnicas de manipulación genética son complejas y, cuando se ha conseguido un

9. Michel West, presidente y director general de la compañía norteamericana Advanced Cell Technology, anunció el 25 de noviembre de 2001 la clonación del primer embrión humano clónico con fines terapeúticos, abriendo un profundo debate ético científico y legal de consecuencias imprevisibles. Cf. MARSHALL, E. y VOGEL, G., *Cloning Announcement Sparks Debate and Scientific Skepticism*, en **Science** 294 (2001) 1802-1803.

ejemplar en el que se ha tenido éxito en la inserción de un gen de interés humano, es lógico clonar o copiar esa oveja. Con ello, se aúnan los dos temas que más han impactado recientemente a la opinión pública, los de la clonación y la transgénesis. También debe citarse que el **Dr. Wolf** y colaboradores consiguieron aplicar la *clonación por transferencia de núcleo de células no diferenciadas* a un primate, el macaco *Rhesus*, naciendo de esta forma un macho y una hembra[10].

II. El "desencantamiento" del proceso reproductor

La obtención de la clonación significa un gran incremento de la capacidad de la ciencia para estar presente en el inicio del desarrollo de la vida. Si lo referimos a los seres humanos, puede hablarse de los siguientes pasos:

a) La inseminación artificial: es verdad que esta técnica ya se intentó a finales del siglo XVIII, pero su gran difusión se ha dado mucho más tarde, con la congelación de los espermatozoides y la creación de los primeros "bancos" de semen. La inseminación intenta resolver el problema de las parejas estériles –sobre todo, por causa masculina– y se limita a introducir el semen, previamente obtenido, en el interior de las vías reproductoras de la mujer.

b) La fecundación in vitro: Podemos decir que ese proceso de "desencantamiento" se acentúa; Ya no sólo se introducen los espermatozoides en el aparato reproductor de la mujer, sino que una vez obtenidos también los ovocitos, el proceso de fecundación se realiza en el laboratorio. Se puede filmar y estudiar directamente la fecundación, las primeras segmentaciones... y el hecho reproductor humano aparece controlado por la misma ciencia.

c) La selección de sexo: Con anterioridad al desarrollo de esta técnica, no se podía hacer nada para conseguir un niño o una niña. Ahora, la ciencia puede intervenir, "desencanta" el misterio de la división de géneros –que, anteriormente, sólo se desvelaba en el momento del nacimiento. En una primera fase, se pudo conocer el sexo del nuevo ser, mediante las técnicas de diagnóstico prenatal, durante el

10. MENG, L., ELEY, J. J., STOUFFER, R. L. y WOLF, D. P., *Rhesus monkeys produced by nuclear transfer*, en **Biology of Reproduction** 57 (1997) 454-459; WOLF, D. P., MENG, L., OUHIBI, N. y ZELINSKI-WOOTEN, M., *Nuclear tranfer in the Rhesus monkey: practical and basic implications*, en **Ib**. 60 (1999) 199-204.

desarrollo embrionario. Más tarde se hizo ya una selección de sexo por la división del semen en dos fracciones –ricas en espermatozoides X o Y– sin que se consiguiese un 100% de seguridad. Finalmente, se ha realizado con embriones de pocas células, de los que se estudia una –y se congela el resto– para así conseguir la certeza de tener un niño del sexo deseado. Por tanto, la intervención de la ciencia en el proceso reproductor humano incide ya en la determinación del género de la descendencia.

d) Las incipientes aplicaciones del proyecto genoma humano: Con los primeros resultados de ese gran proyecto de la comunidad científica, se han comenzado a desarrollar los primeros marcadores o sondas genéticas, que permiten estudiar los embriones de pocas células, con el fin de evitar que nazcan niños con anomalías genéticas debidas a un único gen, como la enfermedad de Tay-Sachs, la fibrosis quística... Surge así una forma nueva de eugenesia negativa, que hace juicios de calidad de vida y que, con el avance del proyecto genoma, desarrollará nuevos marcadores genéticos que puedan buscar la presencia de genes valorados positivamente en una verdadera eugenesia positiva.

e) La ICSI (Intra-cytoplasm-sperm-injection): es una nueva técnica que está consiguiendo grandes logros en la reproducción humana asistida. Se utiliza especialmente en el caso de varones oligospérmicos, cuyo semen tiene un número bajo de espermatozoides. La ICSI introduce un único espermatozoide en el interior del citoplasma del ovocito y da un paso más en el "desencantamiento" del proceso reproductor humano. Ya no es sólo, como acontecía en la fecundación *in vitro*, que se pongan espermatozoides en un cultivo donde está presente el ovocito. Ahora es el mismo investigador el que selecciona el espermatozoide y lo microinyecta en el interior del óvulo. De esta forma el poder de la ciencia en el surgimiento del nuevo ser da un paso más en su poder de manipulación.

f) La clonación: los tres tipos de clonación, descritos con anterioridad, significan pasos crecientes en el dominio del hombre de ciencia sobre el proceso de reproducción. Pero, es especialmente en el caso de Dolly, con la posibilidad de aplicar esa técnica a humanos, cuando se hace patente el proceso de "desencantamiento" que estamos subrayando. En efecto, en el caso de la ICSI sigue siendo un misterio el material genético del único espermatozoide que se microinyecta y que se encuentra comprimido en el interior de su cabeza. Por el contrario, si el tercer tipo de clonado se aplicase a la especie humana, se sabría

mucho del material genético de la célula somática que se introduce en el ovocito. No sólo se realizaría une eugenesia negativa o positiva, sino que se lograrían copias de personas cuya base genética pareciese más apropiada. De esta forma, el proceso de "desencantamiento", de creciente dominio de la ciencia sobre los orígenes del nuevo ser, llega a un verdadero climax. Es mucho más que seleccionar el sexo; más aún que evitar los caracteres genéticos negativos o potenciar los positivos. Es reproducir, de forma prácticamente exacta, la base genética de determinados seres humanos. Ahí radica la gran novedad de la clonación de Dolly y el importantísimo avance en el dominio de la ciencia sobre la reproducción humana.

III. La respuesta social ante el hecho de la clonación

Las reacciones ante las posibilidades de la aplicación de la clonación no se han hecho esperar. Lógicamente, la máxima preocupación es la posibilidad de su utilización en humanos –alguien ha dicho gráficamente que "hoy la oveja, mañana el pastor". Nos parece importante reflejar las principales reacciones que se han dado en la comunidad internacional:

El tema de la clonación no está tratado directamente por las tomas de postura eclesiales. Como se ha indicado en el capítulo dedicado a la procreación humana asistida, dados los principios planteados por la Declaración *Donum Vitae*, que han sido repetidos por el *Catecismo* y por la Encíclica *Evangelium Vitae* –que exigen que la llamada a la vida de un nuevo ser tenga lugar en el contexto de un acto de amor sexual y que rechazan que el nuevo ser pueda ser producto de "eficiencia técnica mensurable según parámetros de control y de dominio"– estos principios llevarían a un claro rechazo de la clonación[11]. A ello deberían añadirse los varios discursos de **Juan Pablo II** que descalifican la utilización de las técnicas genéticas o de procreación asistida, que pudiesen crear seres humanos de distinta calidad genética y tuvieran un significado eugénico. Debe reseñarse, además, el pronunciamiento de la *Pontificia Academia para la Vida* (11 julio 1997)[12]. Repite el rechazo de

11. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, **Donum Vitae**, II, B, 4. Cf. **Ecclesia** n.º 2310 (14 de marzo de 1987) 358-373.

12. *La clonación pervierte las relaciones fundamentales de la persona.* Reflexiones de la Academia Pontificia para la Vida sobre la clonación, en **Ecclesia** n.º 2855-56 (23 y 30 de agosto de 1997) 1249-1251.

la clonación ya que "a nivel de los derechos humanos, la posibilidad de la clonación humana representa una violación de los dos principios básicos sobre los que se fundamentan los derechos humanos: el principio de igualdad entre seres humanos y el principio de no discriminación". Esa misma institución pontificia ha rechazado con idéntica contundencia todo tipo de clonación terapeútica en su "Declaración sobre la producción y uso científico y terapeútico de las células estaminales embrionarias humanas" (25 agosto 2000)[13].

Nos parece importante exponer aquí las principales tomas de postura públicas que se han dado ante la posibilidad de la práctica de la clonación:

1. *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medic*ina (el llamado *Convenio Europeo de Bioética*, 4 abril 1997): Pronto se añadió un *Protocolo Adicional* por el que se prohíbe la clonación de seres humanos (12 enero 1998): Art.1.1. "Se prohíbe toda intervención que tenga por finalidad crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano vivo o muerto". Además, se añade en el Art.1.2. que, a los efectos de este artículo, se entiende por ser humano "genéticamente idéntico" a quien comparta con otro la misma serie de genes nucleares.
2. *Asamblea Mundial de la Salud*, en su 50ª Sesión (14 mayo 1997), condena la clonación porque "es éticamente inaceptable y contraria a la integridad y la moralidad humana".
3. *Declaración Universal de la UNESCO sobre El Genoma Humano y los Derechos Humanos* (11 noviembre 1997). Afirma en el Art.11: "No deben permitirse las prácticas que sean contrarias a la dignidad humana, como la clonación con fines de reproducción de seres humanos".
4. *Resolución del Parlamento Europeo sobre la clonación de seres humanos* (15 enero 1998), en cuyo Art.2. se pide a los Estados miembros del Consejo de Europa que firmen y ratifiquen el Convenio del Consejo de Europa, citado en el apartado anterior, así como

13. Declaración de la Academia Pontificia para la Vida, en **Ecclesia** n.º 3013 (9 de septiembre de 2000) 1383-1386. Véase también las críticas de la Iglesia a las decisiones del Reino Unido y Estados Unidos sobre clonación de embriones humanos: **Ecclesia** n.º 3012 (2 de septiembre de 2000) 1323; **Ecclesia** n.º 3030-31 (6 y 13 de enero de 2001) 12; **Ecclesia** n.º 3062-3063 (18 y 25 de agosto de 2001) 1233, entre otras manifestaciones de rechazo.

su Protocolo Adicional, por el que se prohíbe la clonación de seres humanos, en la medida en la que estos dos instrumentos jurídicos son vinculantes[14].

5. *Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la protección jurídica de las invenciones biotecnológicas* (12 mayo 1998), en cuyo Art. 6. se afirma que quedarán excluidas de la patentabilidad "los procedimientos de clonación de seres humanos".

De las declaraciones recogidas se deduce que hay un consenso ético de rechazo a la clonación en la comunidad internacional. Sin embargo, algunas voces solicitaron que se cambiara la condena, y la subsiguiente prohibición de la clonación, por una simple moratoria hasta que el tema hubiera sido racionalmente valorado y discutido, tanto desde el punto de vista científico como desde una perspectiva ética y humanística. Así, se puede citar el editorial de la revista *Nature* (6 marzo 1997) o el informe elaborado como consecuencia de la reunión organizada por la *Organización Mundial de la Salud* (24 octubre 1997) para ser presentado en la 51ª Sesión de la *Asamblea Mundial*. También es importante señalar que en algunos casos, como en la *Declaración de la UNESCO* (11 noviembre 1997), se condena la clonación reproductiva, dejando la puerta abierta a la clonación no reproductiva. Quizás, lo mismo podría interpretarse de la redacción del Protocolo Adicional (12 enero 1998) del Convenio Europeo de Bioética (4 abril 1997): ¿qué se puede entender por el rechazo de la clonación "que tenga por finalidad crear un ser humano…"?

En cuanto a las legislaciones nacionales, hay varios países que han incorporado la prohibición de la clonación, unos a consecuencia de la oveja Dolly (por ejemplo, Argentina, Italia, Reino Unido) y otros con anterioridad (por ejemplo, España, Alemania, Nueva Zelanda). Por otro lado, en muchos países se han pronunciado los respectivos *Comités Nacionales de Bioética* o las instituciones académicas de mayor rango solicitando al poder legislativo la prohibición correspondiente (por ejemplo, Bulgaria, Canadá, China, Federación Rusa, Francia, Japón, Portugal, Túnez).

En cuanto a la legislación española, la situación es la siguiente: la *Ley 35/1988 sobre Técnicas de Reproducción Asistida* afirma en su Art. 20.2B: "Son infracciones muy graves: k) Crear seres humanos idénticos, por

14. El 7 de septiembre de 2000, el Parlamento Europeo aprobó un documento en contra de la clonación terapeútica.

clonación u otros procedimientos dirigidos a la selección de la raza; l) La creación de seres humanos por clonación en cualquiera de las variantes o cualquier otro procedimiento capaz de originar varios seres humanos idénticos". Esto ha llevado a nuestro Código Penal de 1995 a declarar punible, en su Art. 161.2 "la creación de seres humanos idénticos por clonación u otros procedimientos dirigidos a la selección de la raza".

Como último elemento en el actual debate puede citarse que la *Comisión de Asesoramiento Nacional para Bioética*, creada por el Presidente Clinton, ha recomendado al gobierno que subvencione la investigación sobre embriones humanos con vistas a la *clonación no reproductiva*, como consecuencia de su gran interés terapéutico. El Presidente de esta Comisión, **Harold Shapiro**, ha afirmado que "tenemos obligaciones morales hacia la futura salud y bienestar de la gente, y necesitamos equilibrar esto con la simbólica obligación moral que tenemos hacia los embriones humanos". También debe hacerse referencia al hecho de que la *Comisión Nacional sobre Reproducción Humana Asistida* de nuestro país, en su Informe de 1998, se plantea el tema de admitir este mismo tipo de investigación en embriones de menos de 14 días y no rechaza totalmente la clonación no reproductiva.

IV. Reflexiones éticas

Como se subraya en el Informe publicado recientemente por el *Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud*, en el que he participado personalmente, el tema de la clonación, especialmente desde la perspectiva de su aplicación a humanos, ha venido acompañado de una excesiva carga emocional. Las emociones y los sentimientos tienen indiscutiblemente su valor y debe reconocerse que la filosofía occidental tiene ahí una asignatura pendiente. Pero debe reconocerse la primacía de la razón que es la que, últimamente, debe clarificar las distintas situaciones que se presentan y aportar luz y rigor a los debates éticos. Como ha escrito **F. Savater**, "ciertamente la razón tiene unos límites. Lo que no hay es otras vías alternativas de conocimiento, no hay otro tipo de conocimiento que no sea racional, pero que sea mucho mejor que la razón... Lo que sería más absurdo sería suponer que hay otro tipo de conocimiento que, siendo conocimiento, no tiene nada que ver con la razón... La razón no da saltos, no tiene atajos, es decir, la razón siempre se desarrolla a partir del trabajo, del estudio, de la reflexión... nunca tiene una especie de visión intuitiva y mágica de la reali-

dad de las cosas" –como lo pueden tener, con sus valores y limitaciones, las emociones y los sentimientos.

Al abordar ya directamente el tema que más polémica ha suscitado, el de la *clonación reproductiva por transferencia de núcleo de célula somática ya diferenciada*, hay que huir de planteamientos reduccionistas y simplificadores. No es verdad que se puedan lograr "los hijos del Brasil", centenares de copias de **A. Hitler**, a pesar de los esfuerzos del siniestro **Mengele** y las brutales experiencias de los campos de concentración nazis. Hace 20 años, cuando se hablaba de la clonación, solían citarse con frecuencia, como individuos a clonar, a dos personalidades tan distintas como **Marilyn Monroe** o **A. Einstein** –hoy se han puesto otros ejemplos y se han hecho referencias jocosas a la actual clase política. Todo ello es puro reduccionismo, ya que debe recordarse la gran importancia del desarrollo embrionario y postnatal.

Si se llegase a clonar a los individuos que se han citado estos días como prototipos, ni siquiera serían iguales en su etapa de recién nacidos. La clonación humana sería aún mucho más compleja e imprecisa cuando se refiere a las cualidades que asociamos con el psiquismo. Sin duda que los genes condicionan ese desarrollo y que contienen ciertas predisposiciones, pero hay que afirmarlo con rotundidad: El "producto" humano no se mide por la cantidad de leche o de grasa que pueda poseer, sino que depende de forma fundamental de su interacción con el ambiente y, más en concreto, de los procesos de socialización y de educación que, de ninguna forma, pueden repetirse. Por así decirlo, el "producto" **Einstein** estaba relacionado con su herencia genética pero, mucho más, con el ambiente que le rodeó y troqueló su inteligencia. La misma base genética del padre de la teoría de la relatividad hubiera llevado a individuos muy distintos si se hubiese desarrollado en ámbitos distintos.

Si **Ortega** decía, "yo soy yo y mi circunstancia", puede decirse ahora que "yo soy mis genes y toda la interacción de los mismos con el ambiente". Notemos que se pueden clonar los genes, pero que no se puede clonar o copiar el desarrollo embrionario que, generalmente, sucederá en otra mujer y que siempre se realizará en un embarazo diferente, lo que tiene una gran relevancia en el desarrollo del nuevo ser[15]. Ciertamente, si se realizase algún día este tipo de clonación, la semejan-

15. Notemos, además, que nunca se podrá hablar totalmente de una copia idéntica, ya que el ovocito utilizado para la clonación tiene el ADN mitocondrial, que no se encuentra en la persona a la que se pretende clonar – salvo si, "rizando el rizo", se tomase esa célula germinal de la mujer que se va a reproducir.

za sería inferior a la existente entre dos gemelos idénticos nacidos en un mismo embarazo. Pero, además, debe subrayarse la gran relevancia de la "circunstancia" que va a acompañar al nuevo ser en todo el proceso de socialización, de educación, de troquelado de su personalidad. Como ya he escrito, el "producto" humano de **Bill Gates** o **Teresa de Calcuta** es totalmente dependiente de ese irrepetible proceso de personalización que nunca se podrá clonar. La famosa frase de que "no existen dos almas iguales" debe aplicarse a este tipo de clonación, aunque fuesen idénticos sus factores genéticos. Es lo que decía también **Unamuno**: "No se nace con alma, hay que ir haciéndola cada día".

Como indica el Informe del Instituto de Bioética, al que nos hemos referido antes en el debate sobre la clonación ha habido una insuficiente distinción entre los valores éticos que son exigibles a todo miembro de la sociedad y los que son propios de determinadas concepciones éticas. Sin duda, debe reconocerse en el contexto de nuestras sociedades plurales la necesidad de articular unas exigencias éticas mínimas, fundamentalmente las que están en el trasfondo de los derechos humanos, las llamadas *obligaciones perfectas*, las que cada individuo se debe exigir y los demás y la sociedad pueden exigir a todos los ciudadanos, incluso de forma coactiva. Esto no se contrapone a otras tradiciones éticas, como las éticas religiosas, que presentan un modelo de vida buena y articulan una ética de máximos, proponiendo unas exigencias éticas que constituyen las llamadas *obligaciones imperfectas*, que una persona se puede exigir, pero que la sociedad no puede imponer de forma general. Sobre la distinción que hace **Adela Cortina** entre "éticas de máximos" y "éticas de mínimos" véase el Capítulo III.[16]

En las reflexiones sobre la clonación reaparece un tema extraordinariamente complejo y espinoso, al que ya hemos aludido anteriormente: el del estatuto del embrión humano, especialmente en sus primeras fases de desarrollo antes de que finalice el proceso de anidación. Como ya hemos indicado, en estos, aproximadamente, 14 primeros días, el nuevo ser no tiene definida su individualidad y no es, como escribe **Lacadena**, ni "uno ni único": el embrión puede dividirse espontáneamente originando los gemelos idénticos monocigóticos y, además, está abierto al *quimerismo*, a la fusión, igualmente espontánea, de dos embriones en uno solo. A esto hay que añadir el elevado número de abor-

16. Cf. CORTINA, A., **Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica**, Madrid, 1994; *Ética y sociedad. Entre los mínimos de justicia y los máximos de felicidad*, en **Memorias del 2º Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe**, Cenalbe, Bogotá, 1999.

tos espontáneos en ese mismo período, en torno al 70%, que además tiene un significado selectivo, ya que mediante esa no anidación se elimina un alto porcentaje de embriones anómalos[17]. Como también hemos mencionado, hay autores, como **Alonso Bedate** y **Cefalo**[18], que subrayan que la incipiente realidad humana tiene lo "necesario", pero no lo "suficiente", para dar origen al niño que nacerá. Debe reconocerse, por otra parte, la razonabilidad de la postura católica que afirma la continuidad del desarrollo embrionario desde la fecundación y la exigencia de aplicar a la incipiente realidad humana el "beneficio de la duda". El interrogante que surge es, pues, si las obligaciones que tenemos hacia el embrión, antes de su anidación, son *perfectas*. Notemos que este problema está presente en la *clonación no reproductiva* o *clonación terapeútica*, como suele llamarse, ya que se constituye un cigoto "artificial", no para desarrollar un individuo humano, sino para conseguir determinados tejidos para autotrasplante. Después de haber estado presente en el debate sobre el estatuto del embrión humano en sus primera fases durante muchos años[19], me atrevo a afirmar que este problema sigue sometido hoy a la misma polémica y que sigue sin haber la claridad que postula la Iglesia. Por ello, consideramos que, manteniendo la razonabilidad de una ética de máximos, como es en este caso la postura católica, difícilmente pueden calificarse las obligaciones hacia el embrión previo a la implantación como *perfectas*.

Lo que sí nos parece claro, tal como ha indicado el *Informe de la Comisión de Reproducción Humana Asistida* de nuestro país, así como el Informe del *Instituto de Bioética*, antes citados, es que debe darse preferencia a las posibilidades abiertas mediante el desarrollo de las *células troncales adultas*, presentes en los organismos ya desarrollados, sobre la utilización de embriones clonados. En el primer caso, dado que se toma como punto de partida unas células humanas somáticas, la técnica es plenamente admisible, ya que no se plantea el grave interrogante ético suscitado por la creación de un embrión humano clónico, al que se le dirige en su desarrollo para conseguir diferenciar tejidos para un autotrasplante con fines terapéuticos.

Las discusiones sobre el estatuto del incipiente embrión humano están en la base de la respuesta ética sobre la *gemelación artificial*. Esta

17. Cf. Capítulo VII, sobre el Aborto.

18. ALONSO BEDATE, C. Y CEFALO, R., *El cigoto: ser o no ser una persona*, en **Labor Hospitalaria** 22 (1990) n.º 217, 231-233.

19. GAFO, J., **El aborto y el comienzo de la vida humana**, Santander, 1979.

técnica puede tener el significado, aunque no es aún plenamente claro, de aumentar las probabilidades de descendencia en la *fecundación in vitro*, cuando se obtiene un número muy bajo de embriones. Se podría pensar en su división, con vistas a poder disponer de un mayor número e incrementar los resultados de la técnica. De nuevo nos encontramos aquí con la misma distinción entre una ética de máximos y de mínimos en relación con el significado del incipiente embrión humano. Desde los planteamientos de una ética de mínimos, pensamos que puede ser admisible este tipo de *gemelación* artificial en la situación descrita de la existencia de un número insuficiente de embriones. Más discutible pueden ser otras dos posibilidades: para evitar que la mujer tenga que someterse a ulteriores procesos de *fecundación in vitro* y para realizar un diagnóstico preimplantatorio –extirpar una célula de un embrión, al que habría que congelar, para estudiarla y constatar la presencia de anomalías, lo que plantearía el problema adicional del destino de ese embrión, en el supuesto de que se constatasen factores genéticos negativos...

En la aplicación a humanos, la *clonación por transferencia de núcleo de celula embrionaria* podría plantearse en los casos de una pareja en que la mujer tuviese en sus mitocondrias factores genéticos responsables del desarrollo de enfermedades. En efecto, la mayoría de los genes se encuentran en el núcleo, pero hay un pequeño número que se encuentran en las mitocondrias. En estas situaciones, la pareja podría engendrar *in vitro* un embrión, cuyo núcleo se transfiriese al óvulo, previamente enucleado, de otra mujer que no tuviese problemas en su herencia mitocondrial. Sin embargo y aun desde una ética de mínimos, no se pueden obviar importantes dificultades: ¿tiene sentido acudir a una técnica tan sofisticada en un contexto en que no se ponen reparos a otras posibilidades para evitar la transmisión de anomalías genéticas, como el simple recurso a la donación de ovocitos o de embriones, en una época en que es insoslayable una racionalización en la distribución de recursos sanitarios?; al estar en juego el destino de un irrepetible ser humano, ¿qué consecuencias negativas pueden tener sobre el futuro individuo las manipulaciones que se han tenido que realizar?

Al abordar ya directamente el tema que más polémica ha suscitado, el de la *clonación reproductiva por transferencia de núcleo de célula somática ya diferenciada*, debe subrayarse que se encuentra en una fase incipiente, no estando ni siquiera consolidada en mamíferos. En esta situación, la propuesta del estadounidense **Sheed** de realizarla en humanos es totalmente inaceptable desde el punto de vista ético. La criteriología ética

para realizar experimentos en humanos exige sobrepasar una fase previa de experimentación en el laboratorio y en animales que todavía no se ha realizado. Ningún Comité Ético de Ensayos Clínicos daría luz verde en el momento actual para realizar en nuestra especie la *clonación reproductiva por transferencia de núcleo procedente de célula somática ya diferenciada.*

Se puede argüir que podría ser legítima esta técnica en el caso de una pareja en que el varón o la mujer transmitiesen una herencia genética negativa para el nuevo ser. En este caso, se podría clonar a él o a ella y originar un hijo/a que, al menos, heredase factores genéticos de uno de los miembros de la pareja. Aquí surgen los mismos interrogantes que ya hemos expresado: ¿no es más lógico el recurso a técnicas más sencillas, eficaces y baratas, como la simple donación de gametos o de embriones –en el último caso, en una *adopción prenatal*? Insisto en que aquí está en juego el destino de un ser humano y que las manipulaciones previas pueden tener consecuencias, no sólo a corto plazo, sino también a medio y largo plazo. ¿Tiene sentido asumir ese riesgo? Hoy siguen abiertos los interrogantes sobre las consecuencias de este tipo de clonación sobre el nuevo ser: se ha constatado recientemente que en el caso de *Dolly* se ha dado una reducción de una parte de los cromosomas, los telómeros, algo que quizá podría guardar relación con la edad del ser clónico, al que se le "contasen" los años vividos por la persona de la que se clonaron sus bases genéticas.

Aun huyendo de posturas tajantes y maximalistas, hay que subrayar las graves dificultades éticas suscitadas por esta forma de *clonación reproductiva*. Además de las expuestas en el apartado anterior, habría que insistir en otras dos. En primer lugar, el entorno humano que acompañaría al nuevo ser puede no ser el idóneo para su desarrollo personal, algo a lo que debe ser muy sensible la ética: ¿dispondría del entorno parental, de una pareja heterosexual constituida, que mejor va a favorecer su desarrollo?; ¿qué consecuencias van a seguirse del hecho de que un individuo tenga ante sí el desarrollo de otro, con el que comparte su misma base genética y que ya ha escrito años importantes de su propia biografía? Esto nos lleva a la segunda y más importante dificultad. Lo ha expresado de forma gráfica **Albert Jonsen**, al subrayar que, aunque desde el punto de vista etimológico, clonación y colonización no tienen nada que ver, sin embargo una persona que realiza la clonación de otra, la está, en un sentido importante, "colonizando", ya que le impone algo tan relevante como su propia intimidad genética. Es lo que ha afirmado también **Fernando Savater** en un con-

texto distinto: "Desear tener un hijo... poco tiene que ver con pretender *diseñar* uno a gusto del consumidor... Ser padres no es ser propietarios de los hijos... Volvamos a los viejos planteamientos kantianos: lo que deben querer los padres es al hijo como fin en sí mismo (como fin que él buscará para sí mismo), no como instrumento de unos objetivos de supuesta perfección que ellos determinan por él de antemano... como si los humanos naciésemos para lo que los otros gusten mandar. Es lícito planear tener un hijo, pero resulta repugnante planear el hijo que se va a tener... Porque la tiranía determinista no es la del azar, que nadie controla, sino la que impondrían seres iguales a nosotros configurándonos a su capricho".

Con esto acabamos nuestras reflexiones sobre este tema, del que se han escrito tantas páginas. Para finalizar, deseo subrayar dos afirmaciones. En primer lugar, toda reflexión sobre la clonación debe huir de posturas tajantes e indiscriminadas. Deben diversificarse las situaciones y aportar respuestas matizadas y diferenciadas, que sean sensibles a las distintas aproximaciones éticas existentes en sociedades plurales. Y, en segundo lugar, parece, como mínimo, prudente que las decisiones políticas sean restrictivas y que posibiliten un diálogo sereno sobre un problema que, en todo caso, va a tener realizaciones minoritarias.

Bibliografía

AA. VV., Respect for the Human Embryo, en **The National Catholic Bioethics Quarterly** 1 (2001) n.º2.

ATLAN, H. et al., **Le clonage humain**, París, 1999.

COMITÉ DE EXPERTOS SOBRE BIOÉTICA Y CLONACIÓN, **Informe sobre clonación: en las fronteras de la vida**, Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid, 1999.

COMITÉ DE EXPERTOS SOBRE BIOÉTICA Y CLONACIÓN, *Conclusiones y recomendaciones*, en **Eidon** n.º 1/junio-septiembre, Madrid, 1999.

GURDON, J. B., **The control of gene expresion in animal development**, Oxford, 1974.

GURDON, J. B. y COLMAN, A., *The future of cloning*, en **Nature** 402 (1999) 743-746.

JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford, 1998, 16-17, 49, 306-307, 411-412.

LACADENA, J. R., **Genética y bioética**, Bilbao, 2002, 205-242.

NUSSBAUM, M. C. y CASS, R. S. (Eds.), **Clones y clones: hechos y fantasías acerca de la clonación humana**, Madrid, 2000.

REITER, J., *Ethische Aspekte der Genforschung und Gentechnologie*, en REITER, J. y THIELE, U. (Eds.), **Genetik und Moral**, Mainz, 1985.

RORVIK, D., **In His Image: The Cloning of a Man**, Philadelphia, 1978.

RAMSEY, P., *Shall we clone a man?*, en **Fabricated Man: The Ethics of Genetic Control**, New Haven, 1970, 66-103.

SILVER, L. M., **Vuelta al Edén. Más allá de la clonación en un mundo feliz**, Madrid, 1998.

TUANE, H., **Clonación humana. Una perspectiva psicológica**, Santiago de Chile, 2000.

VERHEY, A., *Cloning: revisiting an old debate*, en **Kennedy Institute of Ethics Journal** 4 (1994) 227-234.

WILMUT, I., CAMPBELL, K. y TUDGE, C., **La segunda clonación. De Dolly a la clonación humana**, Barcelona, 2000.

CAPÍTULO DÉCIMO

LA EUTANASIA Y LA MUERTE DIGNA

I. CONCEPTOS Y TIPOS DE EUTANASIA

El debate en torno al final de la vida humana constituye hoy una de las discusiones más intensas dentro del campo de la Bioética. El número de publicaciones sobre este problema es muy abundante y creciente e incluso ha surgido una nueva ciencia, la *Tanatología* –de *thánatos*, muerte– dedicada al estudio de ese hecho incuestionable en la vida humana[1]. Varios países se plantean la necesidad de una nueva legislación en la que algunas situaciones en torno a la eutanasia estén despenalizadas. Los pasos más importantes en esta dirección se han dado en Holanda, en el Estado de Oregón, en USA, y en el Estado de los Territorios del Norte de Australia[2].

La palabra eutanasia procede del griego y significa "buena muerte". Con ese sentido aparece en varios textos antiguos, en donde el término significaba una muerte sin dolores y en paz[3]. En nuestros días se utiliza

1. Ver los excelentes artículos dedicados a este tema en la revista **Tribuna Médica**, con el título **Sociología de la muerte**, desde el 5 de octubre de 1973 al 8 de febrero de 1974.

2. WACHTER, M. A. M. DE, *Euthanasia and the Netherlands*, en **Hastings Center Report** 22 (1992) n.º 2, 27. Se calcula que de las 130.000 defunciones de 1990 en Holanda, en 49.000 se planteó el debate sobre la eutanasia y se quitó positivamente la vida a 20.000 personas. Ver también HENK A. M. J. ten HAVE, y WELIE, J. V. M., *Euthanasie: Normal Medical Practice?*, en **Hastings Center Report** 22 (1992) n.º 2, 34-38.

3. SUETONIO; Ver EID, V., *Geschichtliche Aspekte des Euthanasieproblems*, en EID, V. (Ed.), **Euthanasia oder soll man auf Verlangen töten?**, Mainz, 1975, 12-24.

el término eutanasia en diferentes contextos, cuyas valoraciones ética y jurídica son distintas. Por eso nos parece necesario, al iniciar este capítulo, aclarar esas diferencias[4]. En todo caso, se suele recurrir a la palabra eutanasia cuando se hace algo –o se deja de hacer– de tal modo que se aproxima el final de la vida a un enfermo cercano a la muerte. La Encíclica **Evangelium Vitae** la define así: "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 los medios usados`" (nº. 65).

Nuestra propuesta es la de diferenciar estas situaciones con distintos términos –algunos de los cuales son usados frecuentemente[5]:

1. **Distanasia**: El prefijo griego "*dis*" tiene el significado de algo "mal hecho", con lo que el término propuesto tendría el significado de la "muerte mal hecha", la hipertrofia del proceso de muerte. Nos referimos a las situaciones calificadas como de "encarnizamiento o ensañamiento terapéutico": el peligro de una praxis sanitaria centrada unilateralmente en la prolongación de la vida creando una situación cruel para un enfermo irreversible. En este sentido se habló de eutanasia en los casos de ciertas personalidades políticas, a las que, según la opinión pública, se les prolongó irracionalmente su proceso de muerte, es decir, se les creó una situación distanásica o de encarnizamiento terapéutico[6].

2. **Cacotanasia**: en donde el prefijo griego "*kakós*" confiere al término el significado de "mala muerte". Utilizamos este neologismo para referirnos a aquellos casos en que se quita la vida a un enfermo en contra de su voluntad o sin tener constancia de cuál es su deseo. Así se hizo en la Alemania nazi, como consecuencia de la llamada Ley de higiene racial, que inicialmente se aplicó a personas con deficiencias físicas o mentales y, posteriormente, sirvió para quitar la vida a miembros de determinados grupos raciales Recientemente, en el hospital Lainz de Viena, se

---

4. Cf. GAFO, J., **La eutanasia y el derecho a morir con dignidad**, Madrid, 1984. **La eutanasia. El derecho a una muerte humana**, Madrid, 1989; **Diez Palabras clave en Bioética**, Estella (Navarra), 1997, 91-140**; Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, 161-175.

5. HIGUERA, G., *Eutanasia: precisiones terminológicas*, en GAFO, J. (Ed.), **Dilemas éticos de la Medicina actual**, Madrid, 1986, 141-153; *¿Acortar o prolongar la vida humana?: Eutanasia o distanasia*, en **Razón y Fe** 199 (1979) 515-521.

6. Los casos más citados han sido los de **Truman, Franco, Bumedian, Tito, Hiro-hito**... Cf. KAUTZKY, R., **Sterben im Krankenhaus**, Freiburg i. Br., 1976.

volvieron a aplicar prácticas "cacotanásicas", quitando la vida a personas ancianas que no lo habían solicitado[7].

3. **Eutanasia**: nuestra propuesta es reservar este término, al margen de su origen etimológico, a la acción por la que se quita positivamente la vida a una persona enferma, que pide que se ponga término a su existencia. Cada vez se está restringiendo más el uso del término para referirse a la situación que acabamos de definir. Podría también hablarse de eutanasia en sentido estricto. Esta situación es la que suscita hoy un mayor debate ético y jurídico.

4. **Ortotanasia**: el prefijo, también griego, "*orthós*" confiere al término el significado de la "muerte correcta o "recta". Se trataría de una situación intermedia entre la distanasia y la eutanasia. Se reconoce que existen situaciones en que la Medicina debe interrumpir los tratamientos terapéuticos –aunque siempre deberá actuar de forma paliativa y prestar los cuidados necesarios– pero sin aplicar medios para quitar positivamente la vida al enfermo que lo pide[8].

A lo largo de este capítulo utilizaremos estos términos de acuerdo con el significado que acabamos de darles, pero es necesario añadir otro más, que también aparece recogido en todo este debate: el del **suicidio asistido**[9]. En las situaciones descritas con anterioridad se trataba de enfermos próximos a la muerte. Sin embargo, hay personas que no se encuentran en situación terminal, que incluso podrían seguir viviendo durante mucho tiempo, y solicitan que se les quite la vida porque su existencia está acompañada de un gran sufrimiento psíquico[10]. Debe subrayarse que se está usando, sobre todo en USA, el término de *assisted suicide*, para referirse al caso de enfermos próximos a la muerte que piden que se les ayude a morir y en donde, como acontece en el Estado de Oregón, el médico proporciona los medios al propio paciente para

7. Sobre estos casos de "cacotanasia", cf. GAFO, J., **La eutanasia. El derecho a una muerte**… pp. 45-50; 128-129.

8. El caso más conocido sobre la no-aplicación de terapias que pudiesen prolongar la vida del paciente es el de **Karen Ann Quinlan** (Cf. QUINLAN, J&J. y BATELLE, Ph**., La verdadera historia de Karen Ann Quinlan**, Barcelona, 1978).

9. Ver el número dedicado al suicidio asistido en **Hastings Center Report** 25 (1995) n.º 3 (monográfico).

10. El caso más polémico en España fue el del marinero Ramón Sampedro, más de 26 años tetrapléjico y que reclamó insistentemente ante instancias jurídicas su derecho a poner término a su vida. Sampedro publicó **Cartas desde el infierno**, Barcelona, 1996. Ver también GAFO, J., **Eutanasia y ayuda al suicidio. Mis recuerdos de Ramón Sampedro**, Bilbao, 1999.

que se quite la vida. Dado que estamos en situaciones de proximidad a la muerte, nos parece que sería mejor hablar en este caso de **ayuda a la eutanasia**.

La moral católica fue sensible a estas distinciones y, basándose en la diferencia entre los medios ordinarios y extraordinarios –que formularon ya **Francisco de Vitoria, Báñez,** el **Cardenal Lugo** y **Soto–** distinguió entre eutanasia **activa** y **pasiva**[11]. En el primer caso se pone una acción positiva con la que se pretende quitar la vida al enfermo, mientras que en el segundo se omite una acción, por tratarse de un medio extraordinario, que podría prolongar esa vida. Igualmente y fundándose en el principio de doble efecto, la teología moral distinguió dentro de la eutanasia activa dos tipos: la **directa**, cuando se pone una acción que sirve únicamente para quitar la vida del enfermo –por ejemplo una sobredosis de morfina– y la **indirecta**, referida especialmente a la administración de ciertos calmantes, con los que se pretende paliar los dolores del enfermo, pero que podrían también abreviar su existencia (como son ciertos derivados de la morfina en dosis no letales, ya que pueden inducir depresión respiratoria y abreviar la vida del enfermo)[12].

La eutanasia activa directa incluiría tanto la eutanasia en sentido estricto como la cacotanasia, mientras que la eutanasia pasiva entraría dentro de la ortotanasia y se opondría a la distanasia. Finalmente, la eutanasia activa indirecta formaría parte de la ortotanasia. También nos parece importante señalar que la no-administración de una terapia ordinaria, a pesar de que no se realice un acto positivo para quitar la vida del enfermo, tampoco estaría incluida dentro de la eutanasia pasiva –ya que este término se aplica a la no-aplicación de los medios extraordinarios[13].

---

11. Parece que fue Báñez el primero en utilizar los términos de ordinario y extraordinario: BÁÑEZ, D., *Decisiones de Jure et Justitia*, vol. IV, en **Scholastica Commentaria in partem Angelici Doctoris S. Thomae, in II-II, q. 65, art. 1**. Cf. SOTO, D., **De iustitia et iure**, 1, 2, q. 2, a. 1; q. 5, a. 5. Cf. MASIA, J., *¿Eutanasia o buena muerte? Cuestiones éticas más allá y más acá de la muerte*, en GAFO, J. (Ed.), **La eutanasia y el arte de morir**, Madrid, 1990, 125-145. Para un estudio histórico del concepto de extraordinario, ver O'DONNELL, T. J., **Medicine and christian morality**, Nueva York, 1976, 47-55 y CRONIN, D. A., *The Moral Law in Regard to the Ordinary and Extraordinary Means of Conserving Life*, en SMITH, R. E. (Ed.), **Conserving Human Life**, Brainstree (Mass.) 1989.

12. Es un caso típico de aplicación del principio de doble efecto, del que hablamos en el capítulo VII.

13. Ver la definición de eutanasia en COMITÉ PARA LA DEFENSA DE LA VIDA DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, **La Eutanasia. 100 Cuestiones y Respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos**, Madrid, 1993.

Creemos que la terminología que hemos propuesto es más clarificadora y cubre las situaciones más importantes a las que se suele aplicar el término impreciso y genérico de eutanasia. Evidentemente, la realidad es más rica que nuestros conceptos y pueden darse situaciones difíciles de clasificar, a las que haremos referencia más tarde. Quedaría, además, una situación no contemplada en los términos propuestos: la no-aplicación de terapias que podrían salvar racionalmente la vida de un enfermo. Quizá, y en relación con el sentido dado a la palabra eutanasia, podría calificarse como "eutanasia por omisión". Éste es el concepto que aparece incluido en la definición de la eutanasia de la *Evangelium Vitae*, que antes hemos citado.

II. La muerte en nuestra cultura

La aproximación al problema de la eutanasia lleva necesariamente a profundizar sobre la concepción antropológica de la muerte en nuestra cultura[14]. Se ha escrito que la forma cómo se afronta la muerte es un rasgo muy significativo para definir una cultura[15]. Este tema es motivo de profunda preocupación, desde hace ya tiempo, en el ámbito occidental, en donde son nombres muy importantes las figuras de **Elisabeth Kübler-Ross**[16] **–**por su aproximación directa a la situación de los enfermos terminales– y **Philippe Ariès**[17] –por sus estudios históricos sobre la muerte en la cultura occidental. Nos parece necesario presentar, de forma sucinta, las principales conclusiones de esta línea de pensamiento:

1. Un rasgo de la cultura occidental es su **insuficiente asunción** del hecho de la muerte[18]. Para **Ariès**, vivimos en una época histórica que el historiador francés califica como de "la muerte invertida". Sobre este

14. Cf. AA. VV., *La muerte en el pensamiento contemporáneo*, en **Iglesia Viva** n.º 62 (1976) (monográfico).

15. El libro de MITFORD, J., **The American Way of Death** (Greenwich, 1963) es una crítica dura contra los usos mortuorios en USA. Se convirtió en *best-seller* y abrió un importante debate sobre el "estilo de muerte" en ese país.

16. KÜBLER-ROSS, E., **Sobre la muerte y los moribundos**, Barcelona, 1974; **Questions and Answers on Death and Dying**, Nueva York, 1974; **Les dernières instants de la vie**, Ginebra, 1975; **Vivir hasta despedirnos**, Barcelona, 1993; **La muerte: un amanecer**, Barcelona, 1993.

17. ARIÈS, Ph., **Ensayo sobre la muerte en Occidente desde la Edad Media a nuestros días**, Barcelona, 1982; **El hombre ante la muerte**, Madrid, 1984.

18. Cf. URRACA, S., *La muerte en la sociedad contemporánea*, en GAFO, J. (Ed.), **Dilemas éticos**... pp. 171-190.

hecho, que forma parte indiscutible de la condición humana, pesa un fuerte tabú. La muerte es un hecho escamoteado, sobre el que no es decoroso hablar. El ideal ha sido –hoy ya existe un cierto cambio– que el enfermo se aproximase al final de su vida sin tener conciencia de ello. La expresión del duelo está fuertemente reprimida en la cultura occidental. Si en la Edad Media hubo una literatura que presentaba un *ars moriendi*, un arte para saber morir, el mundo occidental desconoce ese arte y se hace necesario reintroducir el hecho de la muerte en nuestras coordenadas culturales.

2. Esta tabuización del hecho de la muerte –curiosamente ha sido destabuizada la sexualidad, *Eros*, mientras que pesa un fuerte tabú sobre el hecho de la muerte, *Thánatos*– está teniendo graves y negativas consecuencias. Se está reprimiendo una dimensión que es inseparable de la condición humana, con todo el efecto negativo consecuente a la negación de una realidad innegable para el ser humano[19]. Pero, sobre todo, se está dificultando y bloqueando la **ayuda al enfermo próximo a la muerte**[20]. Ha sido muy frecuente, como indicábamos anteriormente, el deseo de que el enfermo terminal no fuese consciente de su situación o se le crease a su alrededor todo un entramado de mentiras o informaciones inexactas, imposibilitándole la comunicación de sus angustias y esperanzas interiores. Todo ello está agudizado por la masificación y el anonimato tan frecuente en los grandes hospitales[21].

3. Un punto muy importante es el de la **comunicación de la verdad** al enfermo. Cada vez se está cuestionando más esa tendencia a no informar al paciente. La difusión de las *Cartas de los Derechos de los Enfermos* ha creado una nueva mentalidad que reconoce crecientemente el derecho de aquéllos a ser informados. Es verdad que no se puede absolutizar ese derecho y que deben admitirse dos excepciones: si el mismo paciente no quiere ser informado y, también, el llamado "*privilegio terapéutico*", si se considera que la información va causar grave daño al paciente. Pero este privilegio tiene siempre un sentido excepcional y la información debe convertirse en norma general. En caso de no-información, las personas que actúan así tie-

19. Cf. ARIÈS, Ph, *La muerte al revés*, en **Selecciones de Teología** 41 (1972) 19-28; ver también FERNÁNDEZ MARTOS, J. M., *La muerte como ingrediente de la vida*, en GAFO, J. (Ed.), **La muerte y el derecho a morir con dignidad**... pp. 146-166.

20. EID, V. y FREY, R. (Eds.), **Sterbehilfe oder wie weit reicht die ärtzliche Behandlungspflicht**, Mainz, 1978.

21. Ver KAUTZKY, R., **Sterben im Krankenhaus**, Freiburg i. Br.,1976.

nen sobre sí "la carga de la prueba", es decir, deben poseer argumentos para justificar la retención de la información.

4. Un problema importante es cómo debe realizarse esa **información**. En primer lugar deberá darse de forma dosificada. Debe instaurarse, además, un proceso en que el propio enfermo tendrá su protagonismo y será él mismo el que seleccione la persona con la que quiere comunicarse y los momentos más adecuados. Aquí es necesaria una nueva "*ars moriendi*", un arte y una verdadera mayéutica para ayudar a bien morir y debería volver a cobrar actualidad la figura medieval del *nuntius mortis*, del "mensajero de la muerte", preferentemente un amigo o un confidente como figura elegida por el enfermo para recibir esa comunicación. La información debe hacerse, como hemos dicho, de forma dosificada y manteniendo siempre una puerta abierta a la esperanza, que es muy importante para el enfermo y que nunca constituirá un engaño, dado el carácter no exacto de los pronósticos médicos. **Sporken** considera que más importante que la información es el acompañamiento real del enfermo terminal. Sin embargo, este acompañamiento verdadero exige del que intenta ayudar a bien morir estar abierto a la posibilidad de informar sobre la verdad[22].

5. Un aspecto clásico en la obra de **Kübler-Ross** es el de las fases por las que atraviesa un enfermo terminal. Desde el contexto estadounidense, en el que, desde hace ya años, suele informarse sobre la verdad al enfermo, se distinguen cinco fases:

1. **Negación**: en que el enfermo rechaza la información que se le ha dado.
2. **Agresividad**: el paciente se pregunta por qué le afecta precisamente a él y fácilmente vuelca esa agresividad sobre las personas cercanas.
3. **Negociación**: en que el terminal acepta el hecho de la proximidad de su muerte, pero "negocia" –frecuentemente con Dios– y pone interiormente plazos para ese acontecimiento.
4. **Depresión**: el enfermo terminal se siente desalentado, sin interés por cuanto se desarrolla a su alrededor.
5. **Aceptación**: el paciente puede acabar asumiendo y dando sentido al fin de su vida. Con la necesaria ayuda, **Kübler-Ross** considera que bastantes pacientes pueden llegar a esta fase.

---

22. SPORKEN, P., **Le droit de mourir**, París, 1974, 81-83. Cf. TORNOS, A., *Sobre el acompañar a los que mueren: un punto de vista teológico*, en GAFO, J. (Ed.), **La eutanasia y el derecho a morir**... pp. 205-225.

Sporken[23], que escribe desde el ámbito europeo, en donde es mucho menos frecuente la tendencia a informar, antepone las siguientes cuatro fases a las descritas por **Kübler-Ross**: fases de ignorancia, inseguridad, negación implícita e información de la verdad. Por supuesto que estas fases no deben entenderse como compartimentos estancos, en donde se pasa cronológicamente de una a otra, sino de lo que prevalece en el estado de ánimo del enfermo

6. Una constatación de los autores citados es la de que la mayoría de las personas que rodean al enfermo carecen de ese ***ars moriendi***, que no saben prestar al enfermo la necesaria ayuda; que sus temores y angustias ante su propia muerte les incapacitan para tener esa comunicación... Esta situación se da de forma generalizada en los profesionales de la salud, en los mismos capellanes, en los amigos y familiares –que deberían también recibir una ayuda específica en estas siempre difíciles situaciones[24].

7. Todo ello lleva a la conclusión de que nuestra cultura tiene que cambiar sus actitudes ante la muerte[25], que, sin negar su carácter traumático, debería ser asumida con mucha más naturalidad, ya que forma parte integrante de la vida. Sería necesaria una **educación tanatológica**, que debería comenzar en la misma escuela y en la misma familia y estar especialmente dirigida a aquellos cuya profesión les pone más en contacto con la realidad de la muerte[26].

III. La Iglesia Católica

La postura oficial de la Iglesia Católica ante esta problemática es, como lo muestra una obra relativamente reciente, sustancialmente equiparable a la de las grandes religiones: otras Iglesias cristianas, judaísmo, islamismo, budismo, hinduismo[27]. Hay, sin embargo, algu-

23. SPORKEN, P., **Ayudando a morir**, Santander, 1978.

24. Cf. *La familia del enfermo*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 211 (n.º monográfico).

25. Las últimas palabras del libro de ARIÈS: "Por eso, una pequeña élite de antropólogos, más psicólogos y sociólogos que médicos o curas, ha sido sorprendida por esa contradicción. Se proponen, según sus términos, menos "evacuar" la muerte que humanizarla. Quieren conservar una muerte necesaria, pero aceptada y ya no vergonzosa... La muerte sólo debe convertirse en la salida discreta, pero digna... (**El hombre ante la muerte**... p. 509).

26. Ver NULAND, S. W., **Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida**, Madrid, 1995; *La atención hospitalaria al enfermo moribundo*, en **Quadern CAPS**, n.º 23 (1995) (monográfico).

nas pocas confesiones cristianas que aprueban en algunos casos lo que no se admite generalizadamente en las otras religiones: la eutanasia en sentido estricto[28].

1. Desarrollo de la doctrina católica sobre la eutanasia

Como vimos en el capítulo dedicado a la tradición eclesial, el Cristianismo ha considerado, desde sus orígenes, a la eutanasia como irreconciliable con la ética que surge del mensaje de Jesús. El concepto y la realidad de la eutanasia eran extrañas al mundo de la Biblia[29]. Cuando el cristianismo comienza a difundirse y expandirse en el mundo grecorromano[30], entra en una cultura en la que una corriente de pensamiento tan importante como el estoicismo sí admitía tal práctica, como ya lo indicamos anteriormente. Sin embargo, en el tema concreto de la eutanasia, la ética cristiana se distancia de la estoica. La concepción cristiana de Dios, como el único Señor de la vida y de la muerte, va a llevar a la naciente Iglesia a oponerse a esa práctica aceptada por la cultura grecorromana. Uno de los primeros escritores cristianos, **Lactancio**, afirmará de los que hoy llamamos enfermos terminales que "son inútiles para los hombres, pero son útiles para Dios, que les conserva la vida, que les da el espíritu y les concede la luz"[31].

Es paradójico que un santo canonizado de la Iglesia Católica, **Tomás Moro**, sea uno de los primeros representantes de la incipiente discusión sobre la eutanasia en nuestra cultura occidental[32]. Sin embargo, las ideas del que había sido Canciller de Inglaterra no ejercen prácticamente ningún influjo en el pensamiento cristiano posterior. Es también en el Renacimiento cuando **Francis Bacon** comienza a dar al término su significado actual y no etimológico: acelerar el proceso de muerte de un enfermo[33]. La teología moral católica, a partir de los siglos XVI-XVII, se

27. Sobre eutanasia y religiones, cf. HAMEL, R. (Ed.), **Active Euthanasia, Religion, and the Public Debate**, Chicago, 1991.

28. Una pormenarizada exposición del debate teológico se encuentra en LOHMANN, Th., **Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945**, Düsseldorf, 1975.

29. Ver RUIZ, G., *El morir en el Antiguo Testamento*, en GAFO, J. (Ed..), **La eutanasia y el derecho a morir**... pp. 185-201.

30. Sobre otras culturas ante el hecho de la muerte, cf. GIL, E. *La muerte en otras culturas y religiones*, en GAFO, J. (Ed.), **La eutanasia y el derecho a morir**... pp. 9-39.

31. LACTANCIO, **Divinae Institutiones**, III, 18, 5-12.

32. TOMAS MORO, **Utopia**, Madrid, 1993 (Cf. EID, V., **Euthanasie oder soll man**...?, p. 16).

33. BACON, F. **Nova Atlantis** (Cf. **Ib**., p. 17).

refiere al tema de la eutanasia basándose en la distinción entre los **medios ordinarios/extraordinarios**, a los que antes hicimos referencia.

Pío XII se refirió al tema de la eutanasia[34], puesto dramáticamente de actualidad como consecuencia de su aceptación legal por el *III Reich*. Hay dos textos especialmente relevantes del **Papa Pacelli**:

1. "No basta con que el corazón sea bueno, sensible, generoso; debe ser también sabio y fuerte... Una de estas falsas piedades es la que pretende justificar la eutanasia y sustraer al hombre del sufrimiento purificador y meritorio, no por medio de un alivio laudable y caritativo, sino con la muerte, como se hace con un animal sin razón y sin inmortalidad". Este texto significa un rechazo general de la eutanasia entendida como "*muerte piadosa*", de la "eutanasia activa directa"[35].

2. "Si entre la narcosis y el acortamiento de la vida no existe nexo causal alguno directo, puesto por la voluntad de los interesados o por la naturaleza de las cosas... y, si por el contrario, la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte, el alivio de los dolores y, por otra, la abreviación de la vida, entonces es lícita"[36]. **Pío XII** acepta, por tanto y basándose en el principio de doble efecto, la llamada clásicamente eutanasia **activa indirecta**; es decir la administración de calmantes que pudiesen también, de forma indirecta, acelerar la muerte.

3. En un discurso de 1957, **Pío XII** responde a las siguientes preguntas[37]: "¿Se tiene el derecho o hasta la obligación de utilizar los aparatos modernos de respiración artificial en todos los casos, aun en aquellos que, a juicio del médico, se consideran como completamente desesperados...? ¿Se tiene el derecho o la obligación de retirar el aparato respiratorio cuando, después de varios días, el estado de inconsciencia profunda no se mejora, mientras que si se prescinde de él la circulación se detendrá en algunos minutos?". El Papa **Pacelli** afirmaba que existe, sin

34. Cf. GAFO, J., *La eutanasia y la Iglesia Católica*, en GAFO, J. (Ed.), **La eutanasia y el arte**..., pp. 113-124; FLECHA, J. R. y MÚGICA, J. M**., La pregunta moral sobre la eutanasia**, Salamanca, 1989, 87-130.

35. PÍO XII, *Discurso al Congreso Internacional de Ligas Católicas Femeninas*, en **Ecclesia** n.º 324 (27 de septiembre de 1947) 314.

36. PÍO XII, *Discurso en respuesta a tres preguntas religiosas y morales concernientes a la analgesia*, en **Ecclesia** n.º 816 (2 de marzo de 1957) 243.

37. PÍO XII, *Discurso a los miembros del Instituto Italiano de Genética Gregorio Mendel*, en **Ecclesia** n.º 856 (7 de diciembre de 1957) 1381-1382.

duda, una obligación de conservar la vida y la salud, "pero esto no obliga habitualmente más que al empleo de los medios ordinarios (según las circunstancias de personas, de lugares, de época, de cultura), es decir, a medios que no impongan ninguna carga extraordinaria para sí mismo o para otro". El texto es importante ya que en él hay un reconocimiento de la autonomía del enfermo en estas decisiones: "En general, no se puede obrar más que si el paciente lo autoriza explícita o implícitamente". La conclusión del Papa es la siguiente: "Por consiguiente, si parece que la tentativa de reanimación constituye en realidad para la familia una carga que en conciencia no se le pueda imponer, ella puede lícitamente insistir para que el médico interrumpa sus tentativas, y este último puede lícitamente acceder a ello". Por tanto y como afirma el mismo Papa **Pacelli**, no se trata de una eutanasia, sino de una legítima aplicación del principio de doble efecto y del *voluntarium in causa*. Estaríamos, pues, ante la *ortotanasia* o la *eutanasia pasiva*, en la terminología clásica eclesial.

4. Hay, además, otro texto del tiempo de **Pío XII**, publicado por el *Santo Oficio* y en el que se alude a la eutanasia nazi: "No es lícito matar directamente, por orden de la autoridad pública, a aquellos que, sin haber cometido delito alguno que merezca la muerte, por el hecho de que no estén en condiciones, a causa de sus deficiencias físicas o psíquicas, de no ser útiles a la nación, son considerados más bien como carga y obstáculo para su progreso y desarrollo"[38]. Hay una indiscutible alusión al concepto nazi de **"***vidas sin valor vital***"**[39] y una también implícita afirmación de la legitimidad de la pena de muerte.

Finalmente, hay que hacer referencia al único pasaje del **Vaticano II** en que se cita la eutanasia, junto al aborto y el suicidio. En un tono muy duro se afirma que estos homicidios "son en sí mismos infamantes, degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarios al honor debido al Creador" (*Gaudium et spes*, n.º 27).

---

38. **AAS** 32 (1940) 553.

39. Traducimos así el término alemán, "*lebensunwertes Leben*", utilizado por BINDING, K. y HOCHE, A., **Die Freigabe der Vernichtung lebensunwertes Lebens**, Leipzig, 1920. Esta obra, junto a la de JOST A., **Das Recht auf den Tod. Soziale Studie**, Göttingen, 1895, tendrán influjo como *humus* sobre el que se desarrollará la política nazi en materia de eutanasia.

2. La Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe

El 5 de mayo de 1980, la *Congregación para la Doctrina de la Fe* publicaba una importante toma de postura de la Iglesia Católica sobre el tema de la eutanasia[40]. Los puntos más importantes de esta *Declaración sobre la Eutanasia* son los siguientes:

1. Condena de la **eutanasia**, en el sentido dado anteriormente a esta palabra: "Nadie puede atentar contra la vida de un hombre inocente... sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable". No se acepta la eutanasia "con el fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a los niños subnormales, a los enfermos mentales o a los incurables, la prolongación de una vida desdichada, quizás por muchos años, que podría imponer cargas demasiado pesadas a las familias o a la sociedad... 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".

2. Subraya el **valor cristiano del dolor** y la posibilidad de que el creyente pueda asumirlo voluntariamente. Pero añade: "No sería sin embargo prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor"[41]. Se reafirma la doctrina clásica eclesial de la **legitimidad del uso de calmantes** que pudiesen abreviar **indirectamente** la vida.

3. La *Declaración* condena el **encarnizamiento terapéutico**: "Es muy importante hoy día proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo".

4. Acepta el **"derecho a morir"** que la *Declaración* entiende como "el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana". Insiste en que este "derecho a morir", "no designa el derecho a procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiera".

---

40. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, **Declaración *iura et bona* sobre la eutanasia**, 1990 (Cf. **Ecclesia** n.º 1190 (12 de julio de 1990) 860ss.).

41. Cf. AA. VV., *El dolor*, en **Jano** 32 (1983) n.º 564 y 566 (tema monográfico).

5. La *Declaración* supera la terminología de medios *ordinarios/ extraordinarios* y utiliza, en su lugar, una nueva pareja de términos que ya estaba presente en las discusiones de la teología católica, la de medios *proporcionados / desproporcionados*. Considera que este cambio debe realizarse "tanto por la imprecisión del término (ordinario) como por los rápidos progresos de la terapia". Para evaluar el carácter proporcionado o no de un medio terapéutico habrá que tener en cuenta "el tipo de terapia, el grado de dificultad y riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales". Esta nueva terminología es importante y no es meramente un cambio de nombre: significa no centrarse en las características de las terapias médicas usadas, sino tener también muy en cuenta el conjunto de circunstancias que rodean al propio enfermo y su proceso de muerte.

6. Como consecuencia de lo anterior, el documento vaticano significa una clara aceptación de lo que hemos llamado **ortotanasia**: "Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios (desproporcionados), cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos". A la pregunta sobre quién debe decidir en estos casos, se citan en primer lugar al propio enfermo y a sus familiares, y después al médico. Éste tiene la capacidad para ponderar "si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de las mismas".

7. Se afirma claramente la **legitimidad del dejar morir en paz**: "Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer". El no recurrir a una terapia costosa o arriesgada "no equivale al suicidio". "Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito, en conciencia, tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares." Se vuelve a rechazar, por tanto, el ***encarnizamiento terapéutico***. En estos casos, "el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiese prestado asistencia a una persona en peligro". Surge, sin embargo, una pregunta: la obligatoriedad de las **"curas normales"**, ¿excluye totalmente el cese de la alimentación "artificial", un problema que abordaremos más adelante? Nos parece que este punto no queda claro en la *Declaración*.

8. Finalmente hay un último contenido, marginalmente expresado por la *Declaración*, que se refiere al **significado de la petición de eutanasia** por parte del enfermo: "las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia; éstas, en efecto, son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros".

3. Comisión Episcopal Española para la Doctrina de la Fe

Esta Comisión publicó el 15 de abril de 1986 una *Nota sobre la Eutanasia*[42]. Lógicamente es un documento que empalma con el anteriormente reseñado, pero del que, sin embargo, nos parece importante resaltar los siguientes puntos[43]:

1. Se alude a la ambigüedad de la petición de eutanasia que pueda formular el enfermo y se hace una especial referencia a la dificultad del hombre y de la **cultura de nuestro tiempo en asumir la muerte** y en saber ayudar al paciente terminal: Sobre la muerte "pesa un importante tabú y nuestra sociedad la margina y la oculta. Se escribe mucho sobre la dificultad del hombre de nuestro tiempo para integrar el hecho de la muerte. La perspectiva de la muerte crea en muchos de nuestros contemporáneos una inmensa angustia, que dificulta extraordinariamente nuestra relación con el enfermo grave: no sabemos acercarnos a él, acompañarle en sus temores y esperanzas, proporcionarle el apoyo y calor humano que tanto necesita".

2. Se alude también a la **deshumanización de las grandes instituciones hospitalarias**, a la dificultad del personal sanitario –y también de los familiares y los capellanes– para saber acompañar humanamente al enfermo terminal. Se critica la falta de información al enfermo y las mentiras que se crean a su alrededor y le bloquean su comunicación. Nuestra cultura tiene ante sí el reto de asumir el hecho de la muerte y de no tabuizarlo: "Es necesario reintroducir la muerte en nuestros esquemas

42. COMISIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, **Nota sobre la eutanasia**, en **Ecclesia** n.º 2265 (3 de octubre de 1986) 620ss.

43. Es importante la toma de postura de la Conferencia Episcopal alemana: **Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasia** (15 de junio de 1975). Cf. **La Documentation Catholique** 72 (1975) 685-687.

mentales, sin negarla ni reprimirla. La muerte forma inevitablemente parte de la vida y su represión origina en nosotros sentimientos de angustia y bloquea nuestra relación con las personas que están próximas al fin de su existencia. Es necesario aclarar nuestra compasión por el enfermo terminal, para saber descubrir en ella nuestro propio miedo a la muerte, que nos impide una relación humana adecuada con quien se está muriendo". Se subraya que el enfermo necesita "muchas más cosas que la aplicación de terapias médicas sofisticadas".

3. Esta *Nota* subraya la **coloración específicamente cristiana** y creyente al abordar el tema ético de la eutanasia. "Para Jesús... la vida biológica y temporal del hombre, aun siendo un valor fundamental, no es el valor absoluto y supremo". Insiste en esa ética de Jesús por la que "el que pierde su vida, la gana", por la que "nadie tiene más amor que el que da la vida por sus amigos". Para el creyente en Jesús, su forma de asumir la muerte es un modelo a seguir por el cristiano, ya que "en la vida y en la muerte somos del Señor". Nos parece importante que esta *Nota* no asuma una forma de argumentar presente con cierta frecuencia en los escritores católicos al hablar de la vida humana: el afirmar que es un **valor absoluto**. Esto no es verdad para el mensaje de Jesús. Para la ética de Jesús, la vida es un valor fundamental, pero no constituye un absoluto; el único absoluto para Jesús es la causa del Reino de Dios.

4. Posteriormente, el Episcopado español, a través de la *Comisión Episcopal de Pastoral Sanitaria* hizo público un *Testamento Vital*[44], en que se expresan las actitudes del creyente en relación con su propia muerte[45]. Inspirándose en la doctrina eclesial, antes expresada, no se acepta la eutanasia, pero se pide que "no se me mantenga en vida por medios desproporcionados o extraordinarios... ni se me prolongue abusiva e irracionalmente mi proceso de muerte –es decir, la distanasia–; que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos" –la ortotanasia. Es un documento dirigido "a mi familia, a mi médico, a mi sacerdote, a mi notario", en el que el interesado desea compartir con éstos la responsabilidad ante estas difíciles decisiones y "atenuar cualquier posible sentimiento de culpa". Nos parece que se

44. En lugar del término *testamento vital* nos parece más correcto que se hablase de *directrices previas*. Igualmente habría que evitar el anglicismo de *órdenes de no resucitar*, para hablar más sencillamente de *órdenes de no reanimar*...

45. Cf. GAFO, J. *Testamento vital cristiano*, en **Razón y Fe** 221 (1990) 307-310.

trata de un excelente documento y de una magnífica concreción personal de la doctrina eclesial[46].

Finalmente, presentamos un sumario de la reciente *Declaración de la Comisión Permanente* de la Conferencia Episcopal Española del 19 de febrero de 1998[47], ya que sin duda está directamente dirigida al debate público suscitado en España como consecuencia del caso de **Ramón Sampedro**. Rechaza con gran dureza el individualismo presente en las actitudes favorables a la eutanasia, que lleva a decir que "mi vida es mía; nadie me puede decir lo que tengo que hacer con ella" (n.º 7). Un punto muy significativo de la *Declaración* son sus afirmaciones sobre la resonancia social presente en este debate: "Si ninguna propiedad (de bienes o de cosas) deja de tener una referencia social y transpersonal, menos aún la vida, que no es una propiedad cualquiera. Concebir la vida como un objeto de `uso y abuso´ por parte de su `propietario´ es llevar a un extremo casi ridículo el mezquino sentido burgués de la propiedad privada..." (n.º 9).

4. La Evangelium Vitae (EV)

Con un tono de similar fuerza y solemnidad al que indicamos anteriormente en relación con el aborto, **Juan Pablo II** afirma que: "De acuerdo con el Magisterio de mis predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia Católica, *confirmo* que la *eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios*, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana". Se trata de una "doctrina fundamentada en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es trasmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal" (n.º 65).

Juan Pablo II afirma que en el tema de la eutanasia se refleja ese "oscurecimiento de las conciencias", que denuncia con fuerza la *Evangelium Vitae*. Se ha creado un contexto social que no sabe afrontar y soportar el sufrimiento, anticipando la muerte en momento oportuno. Ello ha llevado a una "difusión de la **eutanasia** abierta y subrepticia,

46. Los testamentos vitales son una antigua iniciativa de las Asociaciones en favor de la eutanasia. Sobre estas asociaciones, cf. CAUCANAS-PISLER, P., *Asociaciones en defensa del derecho a morir dignamente*, en **Concilium** 21 (1985) 375-386. Ver también y para el caso español: **Boletín de la Asociación Española para el derecho a morir dignamente**, n.º 38, Barcelona, 1994.

47. DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, **La eutanasia es inmoral y antisocial**, en **Ecclesia** n.º 2883 (7 de marzo de 1996) 339-342.

practicada abiertamente e incluso legalizada" (n.º 15). Se justifica más que "por presunta piedad", por "razones utilitarias", para evitar gastos a la sociedad... A ello se suma el peligro de "eliminación de los recién nacidos malformados, minusválidos graves, de los impedidos, de los ancianos, sobre todo si no son autosuficientes, y de los enfermos terminales" (n.º 15).

Siguiendo la línea de la *Declaración sobre la Eutanasia* de la *Congregacion para la Doctrina de la Fe*, 1980, **EV** se opone al **ensañamiento terapéutico** y reafirma la legitimidad de no recurrir a **terapias extraordinarias o desproporcionadas** que podrían prolongar la vida del enfermo, pero al precio de grandes dolores y de muy pocas probabilidades de recuperación de la salud, en donde habría que tener en cuenta los costes que impone al interesado y a su familia. Por ello afirma que la eutanasia es distinta que la renuncia al "ensañamiento terapéutico". No son obligatorias "ciertas intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados que se podrían esperar, o bien, por ser demasiado gravosas para él o su familia". Si la muerte se prevé "inminente o inevitable", se puede renunciar a tratamientos que "procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia", sin interrumpir las curas normales. Pero debe examinarse si son tratamientos proporcionados a las perspectivas de mejoría. Esto no equivale al suicidio, sino que es "la aceptación de la condición humana ante la muerte" (n.º 65).

Vuelve a repetir la doctrina católica, ya clásica desde **Pío XII**, de que es legítimo administrar **calmantes** para aliviar los dolores del enfermo, aunque de ello se siguiese una abreviación de su vida. Siguiendo el pensamiento del mismo Papa **Pacelli**, expresa la valoración positiva de que el enfermo pueda vivir también conscientemente, aunque no generaliza este punto, la cercanía de su propia muerte (n.º 65; cf. n.º 15). "Acercándose a la muerte, los hombres deben estar en condiciones de poder cumplir sus obligaciones morales familiares y, sobre todo, deberán poder prepararse con plena conciencia al encuentro definitivo con Dios". Subraya el valor de los **cuidados paliativos** con el fin de hacer más soportable el sufrimiento en fase final y asegurar el acompañamiento del enfermo.

También se condena el **suicidio asistido**, solicitado por el propio enfermo. ya que "un Estado que legitimase una petición de este tipo y autorizase a llevarla a cabo, estaría legalizando un caso de suicidio-homicidio", contra los principios fundamentales de que no se puede

disponer de la vida y de la tutela de toda vida inocente. Considera que la admisión legal de la eutanasia disminuye el respeto a la vida y se abre desconfianza en las relaciones sociales.

Por otra parte, insiste en el *humus* en que se da la tentación de la **eutanasia**: adueñarse de la muerte, poniendo fin "dulcemente" a la vida. Sin embargo, lo que parece lógico y humano, "al considerarlo en profundidad se presenta absurdo e inhumano" y constituye "uno de los síntomas más alarmantes de la `cultura de la muerte`" que avanza en sociedades de bienestar de "mentalidad cientificista", con un número creciente de ancianos y debilitados, a los que se ve "como algo demasiado gravoso e insoportable". A menudo, las personas que viven aisladas de sus familias son evaluadas bajo criterios de eficiencia productiva y se considera que "una vida irremediablemente inhábil no tiene ya valor alguno".

Finalmente, **Juan Pablo II** afirma que "la marginación o incluso el rechazo de los **ancianos** son intolerables"(n.º 94) Por eso afirma que debe haber un **"pacto" entre las generaciones**, por el que los padres ancianos encuentren en los hijos la acogida y solidaridad que éstos mismos recibieron cuando eran niños e insiste en que el "anciano no se debe considerar sólo como objeto de atención. También él tiene que ofrecer una valiosa aportación al Evangelio de la vida" (n.º 94).

IV. Reflexión ética[48]

Al aproximarnos a la valoración ética de toda esta problemática, vamos a seguir la terminología que utilizamos al principio de este capítulo, para añadir algunas reflexiones sobre un aspecto muy polémico en nuestras días, el de su posible despenalización. Finalmente y con brevedad, nos referiremos a las alternativas surgidas a la práctica de la eutanasia[49].

1. La distanasia

Debe partirse de una nítida afirmación: la creación de una situación distanásica, de encarnizamiento terapéutico, es inmoral. Lógicamente este principio general debe aplicarse a las situaciones concretas y no

48. Cf. AA. VV., *La eutanasia*, en **Jano** 39 (1990) n.º 920 y 924 (tema monográfico).

49. Un documento muy significativo en el actual debate es *A Plea for Beneficent Euthanasia*, en **The Humanist**, julio-agosto 1974. Está suscrito por los Nóbeles **Jacques Monod**, **Linus Pauling**...

será fácil en ciertas circunstancias saber si se está incidiendo en ese ensañamiento. Pero es importante esa afirmación general, en contra de ciertos planteamientos que siguen reflejando actitudes vitalistas a ultranza. Para una ética cristiana, así como para una ética humanista, la vida no es un valor absoluto que debe siempre conservarse a ultranza. Será un valor fundamental, fundante de otros valores humanos, pero no puede ser absolutizado. Así lo afirman, explícita y acertadamente, las antes citadas *Directrices Previas* de la Iglesia Española y el también antes citado *Testamento vital* (Ver nota 45): "Considero que la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo y absoluto".

La atención sanitaria no debe centrarse únicamente en la prolongación de la vida del enfermo. Es verdad que esa lucha contra la enfermedad y la muerte es un indiscutible objetivo de la praxis sanitaria y ha tenido una gran importancia en el avance de la Medicina, pero no puede convertirse en un objetivo que deba ser buscado siempre. La acción sanitaria tiene también otros dos puntos de mira: la voluntad del enfermo y la urgencia de humanizar su proceso de muerte. Tampoco en la situación de proximidad a la muerte, debe privarse al enfermo de su protagonismo y deberá valorarse cuál es su petición. Existen situaciones en que debe respetarse seriamente el deseo del propio enfermo terminal. E, igualmente, la praxis sanitaria debe ser muy sensible a la humanización del proceso de muerte. Es irracional y éticamente reprobable crear situaciones en que se prolonga cuantitativamente la existencia del enfermo, pero al cruel precio de causar un inaceptable encarnizamiento terapéutico. Los médicos deben ser sensibles a revisar sus actitudes ante el enfermo, incluso a no convertir sus propias angustias ante la muerte en actitudes vitalistas. La muerte de un enfermo no es muchas veces un fracaso para un médico; el verdadero fracaso es la muerte deshumanizada. Hay que afirmar con rotundidad que la muerte humanizada de un paciente constituye también un verdadero éxito de la medicina.

2. La ortotanasia

Por el contrario, la ortotanasia debe valorarse éticamente de forma muy positiva y constituye el ideal de la praxis sanitaria ante un enfermo terminal. Existen situaciones en que debe dejarse de actuar en la línea terapéutica, de seguir aplicando tratamientos que podrían prolongar la vida del enfermo. Pero tampoco los médicos o las enfermeras

podrán decir que ya "no hay nada que hacer"[50]. Siempre hay un objetivo por el que luchar: el del cuidado y la atención que debe proporcionarse a todo enfermo –el "*care*"– aunque ya no haya nada qué hacer en la línea del "*cure*". Es hoy imprescindible hacer juicios sobre la calidad de vida del enfermo[51].

Es muy positivo el cambio terminológico operado en la teología católica, al no hablar ya de medios ordinarios / extraordinarios para hablar de proporcionados / desproporcionados[52]. En la praxis médica el término "extrordinario" hace referencia a terapias, en las que se dan especialmente cuatro rasgos: elevados costes, alta tecnología, utilización continuada y carácter experimental. Este planteamiento se centra exclusivamente en las características de la terapia y no hace referencias a una serie de variables muy importantes: la calidad de vida que proporciona al enfermo, las cargas que imponen, los costes económicos y emocionales y, sobre todo, las posibilidades de recuperación del enfermo. Así, por ejemplo, carecía de sentido mantener conectada a un respirador a **Karen Quinlan**, cuando el pronóstico médico sobre su recuperación para una vida consciente era totalmente negativo[53]. Por ello, debe formularse el principio general de que es legítimo, en función de la previsible baja calidad de vida del paciente, interrumpir tratamientos terapéuticos que son desproporcionados[54].

Aquí se introduce el tema de la administración de calmantes que pueden paliar los dolores del enfermo, pero también abreviar su vida[55].

---

50. Sobre la distinción entre dejar morir y matar, cf. KEENAN, J. F., *Töten oder Sterbenlassen*, en **Stimmen der Zeit** 201 (1983) 825-827; MCCORMICK, R. A., *To Save or let Die*, en **The Journal of the American Medical Association** 229 (1974) 115-119.

51. Un problema muy grave, en el que no podemos entrar, es el que surge como consecuencia de los grandes avances de la neonatología, en que se tienen que hacer juicios de calidad de vida. Cf. QUERO, J. M., *Tratamiento de los recién nacidos con deficiencias*, en GAFO, J. (Ed.), **La eutanasia y el arte**... pp. 67-77; SANJUANBENITO, L., *La decisión de tratar: UIn problema ético*, en **Ib**., pp. 79-85; GAFO, J., *Problemas éticos de la Neonatología*, en **Ética y Legislación**... pp. 193-206; KELLER, A., *Lebensqualität*, en **Stimmen der Zeit** 201 (1984) 33.

52. Ver, sobre el tema de los medios extraordinarios: KELLY, G., *The duty of using artificial means of preserving life*, en **Theological Studies** 12 (1951) 550-556; **Medical Moral Problems**, S. Louis, 1958, 130.

53. QUINLAN, J & J. y BATELLE, Ph., **La verdadera historia de Karen Ann Quinlan**… es una excelente presentación de este famoso caso en el debate sobre el derecho a una muerte digna.

54. Ver PRESIDENT`S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH**, Deciding to Forego. Life-Sustaining Treatment**, Washington, 1983.

55. Ver NEUBERG, M., *L´intention définit-elle l´action?*, en **Revue de Théologie et de Philosophie** 124 (1992) 223.

Los avances de la medicina paliativa son muy importantes –sobre todo en las Unidades de dolor y en las de cuidados paliativos– de tal manera que el dolor físico hoy puede ser aliviado en más del 95% de los casos. Sin embargo, es importante reseñar que la propia medicina puede controlar en la mayoría de los casos la depresión respiratoria, sobre todo mediante la elección de la medicación y de sus dosis, de tal forma que se evite la dificultad citada. Ciertamente deben aplicarse generosamente los calmantes derivados de la morfina, evitando dos verdaderos mitos en este tema: el de no hacerlo por temor de que se cree adicción o a que se eleve mucho el nivel de tolerancia. Como ya antes indicamos, la praxis sanitaria debe luchar contra la enfermedad y contra la muerte, pero también debe aspirar a proporcionar una muerte humanizada a los pacientes terminales.

Un problema espinoso es el de la interrupción de la alimentación artificial, especialmente en los casos de pacientes en estado de coma vegetativo persistente. Se trata de una situación neurológica específica en la que graves lesiones en la corteza cerebral han dejado a estas personas en una situación de inconsciencia y de falta de sensibilidad, aunque sigue funcionando el tronco cerebral, del que depende la vida vegetativa. No se ha citado reversibilidad más allá de los trece meses. Estas situaciones pueden prolongarse durante muchos años con una sencilla alimentación artificial. Saltan a la vista los grandes costos económicos y emocionales derivados de estos estados[56]. Algunos autores consideran que debe calificarse a estas personas como cadáveres, ya que su corteza cerebral, base de su psiquismo, ha dejado de funcionar. Este planteamiento no nos parece correcto. Otros consideran que la alimentación artificial puede ser un "medio ordinario", pero es, al mismo tiempo, "desproporcionado" ante su pronóstico negativo y, por tanto, se puede éticamente interrumpir. Varios moralistas católicos favorecen este último punto de vista en un tema en que la postura oficial de la Iglesia, como antes indicamos, no parece totalmente clara, existiendo posiciones divergentes dentro del Episcopado estadounidense[57].

---

56. AA. VV., *Informe Hastings sobre el estado vegetativo permanente.* I y II, **Jano** 47 (1994) n.º 1101 y 1106; TASSEAU, F. y VERSPIEREN, P., **États végétatifs chroniques**, Rennes, 1991. Ver también la opinión de R. A. MCCORMICK, *Notes on Moral Theology*, en **Theological Studies** 45 (1984) 115-119; GAFO, J., *Muerte cerebral y trasplante de órganos*, en **Razón y Fe** 233 (1996) 511-520.

57. CONFERENCIA CATÓLICA DEL ESTADO DE NEW JERSEY, *Providing food and fluids to severely brain damage patients,* en **Origins** 16 (22 de enero de 1987) 582-584; CONFERENCIA CATÓLICA DE LOS ESTADOS UNIDOS, *U.S. Catholic Conference Brief in*

3. La cacotanasia

Al nivel de los principios, hay unanimidad en considerar que nadie puede ser desposeído de la vida sin, al menos, contar con el consentimiento expreso del interesado. Es una exigencia profundamente enraizada en el principio ético de autonomía, del respeto a la persona y a sus propias decisiones. La vida es un valor fundamental, que debe ser rigurosamente protegido y respetado y contra el que nadie puede éticamente atentar. Las mismas Asociaciones que defienden la eutanasia en sentido estricto afirman que únicamente lo hacen cuando así lo pide el enfermo de forma consciente y continuada y que, de ninguna manera, admiten la repetición de la tragedia nazi con su admisión de la cacotanasia.

4. La eutanasia

Este es el punto más polémico en todo el debate actual sobre nuestro tema. Repetimos que abordamos ahora el problema ético de aquellas situaciones en que el propio enfermo, en proximidad a su muerte –y, también, en los casos de suicidio asistido– pide que se le "ayude a morir", mediante una "*muerte piadosa*"[58].

En este problema deben hacerse algunas precisiones previas[59]. En primer lugar hay que preguntarse sobre el significado de esa petición de

---

Nancy Cruzan, en **Origins** 19 (26 de octubre de 1989) 245-351; OBISPOS DEL ESTADO DE LA FLORIDA, *Pastoral statement on life, death and the treatment of dying patients,* **Origins** 19 (1 de junio de 1989) 47-48; OBISPOS DEL ESTADO DE TEXAS, *On withdrawing artificial nutrition and hidration,* en **Origins** 20 (7 de junio de 1990) 54; OBISPOS DEL ESTADO DE MISSOURI, *On ending Nancy Cruzan's nutrition and hydration,* en **Origins** 20 (7 de junio de 1990), 493-495; OBISPOS DE OREGON y WASHINGTON**,** *Living and dying well,* en **Origins** 21 (7 de noviembre de 1991) 347-351; OBISPOS DE PENNSYLVANIA**,** *Nutrition and hydration: Moral considerations,* en **Origins** 21 (7 de noviembre de 1991), 542-552; COMITÉ PRO-VIDA DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL DE LOS ESTADOS UNIDOS**,** *Nutrition and hydration: Moral and pastoral reflections,* en **Origins: NC News Service** 21 (9 de abril de 1992) 705-712; CONFERENCIA EPISCOPAL DE INGLATERRA e IGLESIA ANGLICANA**,** *El problema de la eutanasia,* en **Ecclesia** n.º 2662 (11 de diciembre de 1993) 33-34.

58. Pueden citarse como autores que defienden la eutanasia: HUMPHRY, D. y WICKETT, A., **El derecho a morir. Comprender la eutanasia**. Barcelona, 1989; HUMPHRY, D., **El último recurso. Cuestiones prácticas sobre autoliberación y suicidio asistido para moribundos**, Barcelona, 1992; MOOR, P., **Die Freiheit zum Tode,** Hamburg, 1977; SÁDABA, J., **Saber morir**, Madrid, 1991; WUNDERLI, J., **Euthanasie oder die Würde des Sterbens**, Stuttgart, 1974; DEDEK, J. F., **Human Life: Some Moral Issues**, Nueva York, 1972.

59. Un autor que ha tratado varias veces el tema de la eutanasia es P. SPORKEN: **Le droit de mourir**, París 1974; **Darf die Medizin was sie kann?**, Düsseldorf, 1971; *Euthanasie im Rahmen des Lebens und Sterbehilfe*, en ESER, A. (Ed.), **Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissensschaftliches Problem**, Stuttgart, 1976, 271-284.

eutanasia. Como ya dijimos anteriormente, puede tratarse de una petición mediante la cual el enfermo está pidiendo una ayuda humana que no se le sabe prestar –de forma similar a los intentos de suicidio que, con cierta frecuencia, son igualmente una especie de llamada de atención, de búsqueda de calor humano. También habrá que tener en cuenta si el alivio de los dolores no es la verdadera respuesta a tales peticiones. Son muchos los médicos que informan que las actitudes de los enfermos son muy distintas cuando se les quita el dolor. Igualmente habrá que tener en cuenta hasta qué punto esa petición refleja la verdadera voluntad del paciente o si, más bien, es consecuencia de estados transitorios –así en las fases de agresividad o de depresión descritas por **Kübler-Ross**. Finalmente deberá tenerse en cuenta la inevitable falibilidad de los pronósticos médicos que pueden llevar a considerar a determinadas situaciones como irreversibles y terminales –y, por tanto, en las que se podría aplicar la eutanasia, Sin embargo, las enfermedades pueden tener un curso no previsto por una Medicina, que nunca será una ciencia exacta.

Sin negar todos los elementos indicados, también es cierto que existen enfermos que piden de forma continuada y consciente la eutanasia –o el suicidio asistido– que ellos mismos no pueden algunas veces provocarse, como en el caso de tetraplejias. Desde nuestro punto de vista, estamos ante un tema en que la dimensión religiosa de la vida puede conferir una respuesta diversa. Desde la perspectiva de una persona agnóstica o atea y que no tiene responsabilidades familiares o sociales, no es fácil argumentar que su decisión de solicitar la eutanasia sea éticamente inaceptable. Es importante subrayar que los principales argumentos de la Iglesia en relación con la eutanasia son de índole religiosa y carecen de validez para una persona no creyente[60].

Por el contrario, la dimensión religiosa de la vida, la experiencia, en la terminología de **Xavier Zubiri**, de la "*religación*", de la referencia a un Dios personal del que se ha recibido la vida, como un don últimamente indisponible, confiere a esta interrogante una respuesta distinta. Especialmente para un cristiano, la muerte de Cristo, como acto final de entrega confiada en las manos del Padre, debe configurar, como decía la *Nota* de los Obispos españoles, sus actitudes ante la vida y la muerte, ya que "en la vida y en la muerte somos del Señor" (*Rom* 14, 8). Es éste un tema que retomaremos, con mayor amplitud, en el capítulo dedicado al suicidio.

---

60. Ver CAHILL, L. S., *Respeto a la vida y provocación de la muerte en un contexto médico*, en **Concilium** n.º 199 (1985) 349-361.

5. El problema legal de la eutanasia

La regulación jurídica española, aplicable al tema de la eutanasia, está contenida en el apartado 4º del artículo 149 del *Código Penal* de 1995, que modifica al precedente artículo 409 del antiguo Código. En él se afirma que "el que causare, o cooperare con actos necesarios y directos, la muerte de otro, por petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduzca necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo". Es de notar que el artículo citado contempla el castigo de la inducción (pena de cuatro a ocho años) y cooperación (pena de prisión de seis a diez años, si es ejecutiva, y de dos a cinco años, si no lo es) al suicidio ajeno.

En el derecho español, el suicidio, es decir "la muerte propia querida y ejecutada por persona capaz" no constituye delito. Esta falta de castigo penal al suicidio, tradicional en nuestro derecho, se debe, según algunos autores, a motivos de política criminal; otros lo fundamentan en la falta de coacción de la pena, ya que no se puede conminar con pena de prisión a quien está dispuesto a quitarse la propia vida.

De la lectura del artículo 149, 4º, se deduce que no se refiere a la eutanasia sin consentimiento del sujeto, ya que se exige la petición seria, inequívoca y expresa del enfermo. También se infiere que se trata de comportamientos activos, encaminados de forma directa a producir la muerte del que lo solicita, por lo que las clásicas eutanasia pasiva o activa indirecta, la *ortotanasia*, quedan al margen del precepto legal. En efecto, sólo se habla de colaboración *activa*, por tanto de *acciones* y no de *omisiones*. Esto significa, en opinión de **D. Gracia,** que "las directrices previas tienen a partir de ahora validez jurídica en España, y que el médico que las respete, no poniendo tratamientos o técnicas de soporte vital, en caso de enfermedad grave que conduzca necesariamente a la muerte o que produzca graves padecimientos, está exento de responsabilidad penal"[61].

Es importante subrayar que el precepto legal alude a padecimientos de grave enfermedad, con diagnóstico irreversible o de padecimientos

61. GRACIA, D., *Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida*, en **Morir con Dignidad: Dilemas Éticos en el Final de la Vida**, Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid, 1996, 134.

graves y permanentes, siempre contando con la petición expresa del enfermo. Por ello, quedan al margen situaciones como la eutanasia "criminal", encaminada al exterminio de ciertas personas, así como la "económica" y la "eugénica", dirigidas a la eliminación de enfermos incurables, con graves deficiencias físicas o psíquicas o con fines de "mejora de la raza".

Por ello, debe afirmarse que el antes citado artículo del Código Penal de 1995 podría llevar implícito el reconocimiento del derecho a una muerte digna, que puede ponerse en relación con el principio constitucional de la dignidad de la persona (Art. 10, 1), e incluso con los "tratos inhumanos o degradantes", prohibidos por la misma Constitución (Art. 15).

Respecto de la que hemos calificado como ortotanasia, la mayor parte de los autores consideran que no debe ser penalizada, ya que la intervención médica pretende paliar los dolores, aunque se siga de ella un acortamiento de la vida; lo mismo habría que decir respecto de la no aplicación de tratamientos extraordinarios cuya finalidad sea el alargamiento artificial de la vida cuando el pronóstico es infausto. Si el enfermo está consciente debe ser él mismo quien determine la asistencia deseada.

Nos parece evidente que la legislación y la praxis juridiscional deben tener en cuenta la pluralidad de situaciones existentes en toda esta problemática[62]. Ciertamente debe admitirse la ortotanasia, es decir la no-aplicación de terapias desproporcionadas, como una situación claramente distinta de la verdadera eutanasia[63].

Hay algún autor que considera que la ortotanasia se identifica con la eutanasia. Creemos que este planteamiento es erróneo. Ciertamente, las dosis utilizadas como calmantes son muy inferiores a las que se pueden emplear para quitar positivamente la vida a un enfermo que así lo pide. Por otra parte, es muy distinto, ética y legalmente, el no oponerse al proceso de muerte de un enfermo, porque se considera que racionalmente no debe hacerse, que poner una acción positiva por el que se le quita la vida. En el primer caso, es el proceso de muerte del enfermo, **su** proceso, el que le lleva a **su** final –y ante el que no se ponen barreras–

62. Cf. MUÑOZ GARRIDO, R., *Aspecto jurídico-penal de la eutanasia*, en GAFO, J. (Ed.) **Dilemas éticos**... pp. 191-204; BARRENECHEA, J. J., *Aspectos legales de la eutanasia*, en GAFO, J. (Ed..), **La eutanasia y el arte**... pp. 87-94.

63. Ver FLECHA, J. R., *Eutanasia y muerte digna. Propuestas legales y juicios éticos*, en **Revista Española de Derecho Canónico** 45 (1988) n.º 124; KEOWN, J., *On Regulating Death*, en **Hastings Center Report** 22 (1992) n.º 2, 42.

mientras que en el segundo es el acto de **otro**, el que dispone positivamente de la vida ajena. Se trata de una diferencia sustancial que, de ninguna forma, debe ser minusvalorada.

Holanda ha despenalizado la eutanasia, si se cumplen una serie de requisitos: debe tratarse de un enfermo que lo pide de forma razonable y continuada, de una enfermedad irreversible y próxima a la muerte que cause un grave sufrimiento y, además, el médico tiene que consultar con otro profesional. También se ha extendido la situación legal de la eutanasia a los casos en que existe un grave sufrimiento psíquico, aunque no vaya acompañado de una enfermedad física irreversible. Como ya indicamos anteriormente, el Estado norteamericano de Oregón admite el llamado *assisted suicide*: cuando se trata de enfermos responsables, conscientes e irreversibles, cuya esperanza de vida no sea superior a seis meses, el médico puede administrarle los fármacos para que el propio paciente se quite la vida[64].

Los partidarios de la despenalización de la eutanasia arguyen desde el derecho de la persona a disponer de su propia vida y a recibir la ayuda médica necesaria para conseguirlo de una forma indolora. Pero, como afirma **D. Callahan**, no se trata de un mero derecho personal e individual, ya que se exige la participación de otra persona y tiene, por tanto, una resonancia social. Admitir esta forma de eutanasia iría en contra de la tendencia histórica que ha restringido al máximo las excepciones al principio general de la inviolabilidad de la vida humana –hoy están muy cuestionadas dos excepciones clásicas, la pena de muerte y la guerra justa. Al mismo tiempo, la práctica eutanásica sería, en muchos casos y por las características de estas situaciones, consecuencia de una mera decisión privada, entre el enfermo y su médico, sin que sea posible un previo proceso judicial, lo que es igualmente contrario a la misma tendencia histórica[65].

Una consecuencia preocupante de la despenalización de la eutanasia es que lo que se concede al enfermo como un derecho se convierta subjetivamente en una obligación ante los problemas económicos y familiares frecuentemente asociados. Y, sin embargo, la sociedad debería proteger siempre al más débil y necesitado de protección que es, sin duda, el enfermo. Los datos holandeses indican que se está dando ya una evolución desde la eutanasia a la cacotanasia: según **Ten Have Henk** y

64. Cf. GAFO, J., **Eutanasia y ayuda al suicidio. Mis recuerdos**…pp. 145-146.

65. CALLAHAN, D., *'Aid-In-Dying': The Social Dimensions*, en **Commonweal**, 9 de agosto de 1991, Special Supplement, 12-16.

Welie, en 1990, el 1,8% de las defunciones en Holanda ocurrían como consecuencia de la eutanasia; había un 0,3% de ayuda médica a la eutanasia y un 0,8% de casos en que se administraban los fármacos sin consentimiento explícito de los pacientes: enfermos inconscientes que no habían solicitado la eutanasia[66]. Igualmente se citan casos de neonatos con anomalías, por ejemplo con *spina bífida*, a los que se ha quitado positivamente la vida. En el contexto de sociedades envejecidas y en donde los ancianos no tienen un valor social, es preocupante adónde puede llevar una despenalización de la eutanasia. Como afirma tajantemente **D. Callahan**, "una vez que una sociedad permite que una persona quite la vida a otra, basándose en sus mutuos criterios privados de lo que es una vida digna, no puede existir una forma segura para contener el virus mortal así introducido. Irá a donde quiera"[67].

6. Alternativas ante la eutanasia

Ante los problemas relacionados con la eutanasia y la atención a los enfermos próximos a la muerte, las grandes alternativas que se han presentado son los Cuidados Paliativos y los llamados *Hospicios*, así como las Unidades de Dolor. Nos vamos a referir especialmente a los primeros, que están teniendo una amplia difusión en los últimos años en los países desarrollados, incluido el nuestro[68].

Un nombre fundamental en el desarrollo de los cuidados paliativos es **Cecily Saunders**, que acuña el término de *dolor total*. Su obra se inicia a comienzos de 1960. Con anterioridad y como enfermera, había atendido en Londres a los heridos durante la II Guerra Mundial, constatando la falta de tratamiento del dolor. Posteriormente se hace médico y asistente social. Aprovecha la vieja tradición de los *hospicio*s y funda los dos famosos de St. Joseph y St. Cristopher, ambos en Londres, distintos de las *homes for the dying*, los *hospitales de incurables*, que existían hacía tiempo. Se trataba de unidades para *inpatients*, pacientes internados, con frecuencia asociadas con servicios domésticos para los que podían ser cuidados en casa.

Los *hospicio*s británicos son casas o pequeños hospitales de 20-50 camas. Inicialmente estaban fuera de los hospitales y al margen de salud pública, siendo promovidos por *charities*, por instituciones bené-

66. HENK A. M. J. ten HAVE y WELIE, J. V. M., *Euthanasie: Normal Medical Practice?*, en **Hastings Center Report** 22 (1992) n.º 2, 34-38.
67. CALLAHAN, D., *'Aid-in-Dying'*…p. 16.
68. Ver GAFO, J., **La eutanasia y la ayuda al suicidio**... pp. 105-112.

ficas. Más tarde se produce su extensión a USA, donde se han quedado con ese modelo, por lo que se trata de un fenómeno muy anglosajón. En este contexto surge la conciencia de que era necesaria la formación de profesionales de muchas disciplinas en un cuidado holístico e integral del paciente, es decir, que abordase todas las dimensiones orgánicas, psíquicas y espirituales asociadas a la situación de proximidad a la muerte.

Con posterioridad se pasa a la atención domiciliaria y a la creación de los equipos de apoyo, *support teams*, que actúan dentro de los hospitales, sin camas propias. Por tanto, las mejores realizaciones en este campo han acontecido a finales del siglo XX, con una verdadera proliferación mundial en los países técnicamente desarrollados. Los orígenes de la medicina paliativa, como una disciplina que merece ser estudiada, practicada y objeto de investigación, es sólo de los últimos 30 años.

El cuidado paliativo se ha desarrollado en los países más ricos, incluido Japón. Sin embargo, tal atención es totalmente inaccesible en los países pobres, donde incluso no se poseen analgésicos básicos y otros fármacos esenciales. Por el contrario, en pocos años se ha llegado en Occidente a una situación en la que se ve el cuidado paliativo como un derecho humano básico, cuando el cuidado curativo ya no es accesible.

El concepto de *cuidado paliativo*[69] ha sido definido así por la *OMS*: "El cuidado activo total de pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento. Es fundamental el control del dolor y de otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo del cuidado paliativo es el logro de la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias. Muchos aspectos del cuidado paliativo son también aplicables en el curso de una enfermedad unida al tratamiento anticanceroso". Además se añade que "el cuidado paliativo... afirma la vida y considera el morir como un proceso normal... ni acelera ni pospone la muerte... proporciona alivio del dolor y de otros síntomas de malestar... integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado... ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.

Como ya se ha indicado, los cuidados paliativos se dirigen a los enfermos en situación terminal, que viene determinada por los siguientes rasgos:

---

69. Sobre los cuidados paliativos, cf. ROY, D. J. y MACDONALD, N., *Ethical issues in palliative care*, en DOYLE, D., HANKS, G. W. C. y MACDONALD, N., (Eds.), **Oxford Testbook of Palliative Medicine**, Oxford, 1998.

- Se trata de una enfermedad no curable y progresiva.
- Sin respuesta a tratamiento específico.
- Tiene frecuentes problemas de origen multifactorial.
- Ocasiona un gran impacto emocional sobre el enfermo y familia.
- Previsión de muerte a corto plazo: tres a seis meses.

Así se ha originado una especial sensibilización por parte de bastantes médicos y enfermeras. Evidentemente, no se trata de volver a los viejos tiempos, ni de rechazar los avances científicos, sino de compaginar ambas cosas: una vuelta a los aspectos humanistas de la profesión, junto con una integración de los grandes logros científicos, ya que la ciencia y la compasión no son antagonistas, sino que pueden conciliarse.

Éste es el punto de arranque de los *hospicios* y de los cuidados paliativos, dirigidos a los enfermos terminales, centrados en el paciente, al mismo tiempo que dotados de rigor científico. De esta forma surge la convicción de que la aproximación al enfermo debe ser holística, y complexiva, debe tener en cuenta todas sus implicaciones personales y no referirse exclusivamente a su dimensión orgánica. Más aún, se percibe que debe darse ese cuidado no sólo a moribundos, sino desde el momento en que se constata, como solían decir los viejos relojes de sol, que "el tiempo es breve". Ese es el *humus* en que nacen los *hospicio*s y la medicina paliativa.

Bibliografía

AA. VV., en GAFO, J. (Ed.), **La eutanasia y el arte de morir**, Madrid, 1990.

AA. VV., en GAFO, J. (Ed.), **Bioética y religiones: el final de la vida**, Madrid, 2000.

AA. VV., *La eutanasia*, en **Jano** 39 (1990) n.º 920 y 924 (tema monográfico).

AA. VV., *Sobre el dolor y el derecho a una muerte digna*, en **Labor Hospitalaria** 23 (1991) n.º 222 (monográfico).

AA. VV., *Assisted Suicide*, en **Hastings Center Report** 25 (1995) n.º 3 (monográfico).

AA. VV., *Informe Hastings sobre el estado vegetativo permanente*. I y II, **Jano** 47 (1994) n.º 1101 y 1106.

AA. VV., *A Plea for Beneficent Euthanasia*, en **The Humanist**, julio-agosto 1974.

AA. VV., **Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida**, Madrid, 1996.

CAHILL, L. S., *Respeto a la vida y provocación de la muerte en un contexto médico*, en **Concilium** n.º 199 (1985) 349-362.

CALLAHAN, D., *'Aid-In-Dying': The Social Dimensions*, en **Commonwea**l, 9 de agosto de 1991, Special Supplement, 12-16.

CRONIN, D. A., *The Moral Law in Regard to the Ordinary and Extraordinary Means of Conserving Life*, en SMITH, R. E. (Ed.), **Conserving Human Life**, Brainstree (Mass.) 1989.

COMITÉ PARA LA DEFENSA DE LA VIDA DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, **La eutanasia, 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos**, Madrid, 1993.

FLECHA, J. R. y MÚGICA, J. M., **La pregunta moral sobre la eutanasia**, Salamanca, 1989.

GAFO, J. et al., **La eutanasia y el derecho a morir con dignidad,** Madrid, 1984.

GAFO, J., *Muerte cerebral y trasplante de órganos*, en **Razón y Fe** 233 (1996) 511-520.

GAFO, J., **La eutanasia. El derecho a una muerte humana**, Madrid, 1989.

GAFO, J., **Eutanasia y ayuda al suicidio. "Mis recuerdos de Ramón Sampedro"**, Bilbao, 1999.

HAMEL, R. (Ed.), **Active Euthanasia, Religion, and the Public Debate**, Chicago, 1991.

HENK, A. M. J. ten HAVE y WELIE, J. V. M., *Euthanasie: Normal Medical Practice?*, en **Hastings Center Report** 22 (1992) n.º 2, 34-38.

HIGUERA, G., *Precisiones terminológicas*, en GAFO, J. (Ed.), **Dilemas éticos de la Medicina actual**, Madrid, 1986, 141-152.

HUMPHRY, D., **El último recurso. Cuestiones prácticas sobre autoliberación y suicidio asistido para moribundos**, Barcelona, 1992.

HUMPHRY, D. y WICKETT, A., **El derecho a morir. Comprender la eutanasia**. Barcelona, 1989.

JONSEN, A. R., *Who Should Live? Who Should Die? The Ethics of Death and Dying*, en JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford, 1998, 233-281.

MADRID, J. L., *Problemática del dolor en el enfermo canceroso*, en GAFO, J. (Ed.), **La eutanasia y el arte de morir**, Madrid, 1990, pp. 47-54.

McCARTNEY, J. J., *Issues in Death and Dying (Including Newborns)*, en CURRAN, Ch. E. (Ed.), **Moral Theology. Challenges for the Future**, Nueva York/Mahwah, 1990.

NULAND, S. B., **Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida**, Madrid, 1995.

PRESIDENT`S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, **Deciding to Forego. Life-Sustaining Treatment**, Washington, 1983.

QUERO, J. M., *Tratamiento de los recién nacidos con deficiencias*, en GAFO, J. (Ed.), **La eutanasia y el arte de morir**, Madrid, 1990, 67-78.

QUINLAN, J. y BATELLE, Ph., **La verdadera historia de Karen Ann Quinlan**, Barcelona, 1978.

REITER, J., *Ethik im Genzeitalter. Wie sind die Fortschritte innerhalb der Biotechnologie zu bewerten?*, en **Herder Korrespondenz** 55 (2001) 12-17.

ROY, D. J. y MACDONALD, N., *Ethical issues in palliative care*, en DOYLE, D., HANKS, G. W. C. y MACDONALD, N., (Eds.), **Oxford Testbook of Palliative Medicine**, Oxford, 1998.

SÁDABA, J., **Saber morir**, Madrid, 1991.

TASSEAU, F. y VERSPIEREN, P., **États végétatifs chroniques**, Rennes, 1991.

URRACA, S. (Ed.), **Eutanasia hoy. Un debate abierto**, Madrid, 1996.

VICO, J., **Dolor y muerte humana digna**, Madrid, 1995.

VORGRIMMLER, H., **El cristiano ante la muerte**, Barcelona, 1981.

WACHTER, M. A. M. DE, *Euthanasia in the Netherlands*, en **Hastings Center Report** 22 (1992) n.º 2, 23-30.

WILS, J. P., *Die Euthanasiediskussion in Belgien und den Niederlanden*, en **Herder Korrespondenz** 55 (2001) 120-125.

Capítulo decimoprimero

EL SUICIDIO

I. Cifras de suicidio

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, cada día se suicidan en el mundo 1.000 personas. El suicidio constituye una de las diez causas más frecuentes de muerte en el mundo, más aún que el homicidio. Así, se practican en Irlanda 12,6 suicidios de varones por 100.000 habitantes; en Japón 20,4; en Suecia 26, 4. En Hungría, un país de tradición cristiana, la cifra es de 59, 9 seguida por Austria con 34,8[1].

El número de suicidios es tres veces superior en los varones que en las mujeres, pero los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres: el 67 contra el 33%, lo que suele explicarse porque éstas tienden a utilizar métodos menos violentos. En cualquier caso no deben banalizarse estos intentos que causan graves daños en el 20% de las personas que lo intentan, y que, a su vez, vuelven a reincidir en el 40%. Tampoco se puede afirmar que estos intentos sean una mera llamada de atención, ya que se descubren casualmente en el 73% de los casos[2].

---

1. Sobre cifras de suicidios en el mundo, cf. BREWER, C., *Voluntary Euthanasia or Assisted Suicide*, en **Catholic Medical Quarterly** 44 (1993) nº 1, 22-25.

2. Ver BAUDRY, *Nuevos datos sobre el suicidio*, en **Concilium** n.º 199 (1985) 315-325. Las restricciones actuales a las ventas de barbitúricos en el Reino Unido han disminuido a la mitad el porcentaje de suicidios en mujeres (BREWER, C., *Voluntary Euthanasia*... p. 22).

Sí parece que puede hablarse de una relación entra la edad y el suicidio: "Se suicidan más los sujetos de edad avanzada, mientras que lo intentan más los jóvenes". También es preocupante el incremento de los suicidios entre adolescentes y jóvenes[3]. No es fácil concluir si en las personas jóvenes el suicidio tiene un especial significado de llamada de atención o si, por el contrario, el número superior de "fracasos" se debe al mayor número de relaciones sociales de los jóvenes respecto a los ancianos[4].

Durkheim escribió que el suicidio es menos frecuente entre los sectores sociales menos favorecidos y que en ese sentido "la miseria protege"[5]. **C**onstató que las condiciones de vida urbana fomentan más las tendencias suicidas que las del medio rural. Igualmente, son factores determinantes la religión, el estado de vida y salud, la ocupación y el estatus social. Incluso afirma que "el suicidio es un lujo de ricos. La miseria es una defensa contra el instinto de autodestrucción"; "De forma general puede decirse que, en efecto, los países más ricos producen más suicidas", pero no es claro que en estos países los que poseen más bienes sean los que se suiciden con más frecuencia. Por el contrario, **Baudry** considera que "la pobreza, económica y social, no ha protegido nunca del suicidio... El acto de matarse no es un `lujo´ de gentes ricas o famosas, sino un signo de la miseria de los débiles, es decir, de los depauperados"[6]. Por ello, se da especialmente entre los obreros agrícolas o industriales y los intentos son más frecuentes entre los parados, los inválidos y los que no tienen profesión, siendo menos frecuentes entre los directivos y los que ejercen actividades profesionales. **Baudry** también considera que la pobreza económica no es el único determinante, sino que es muy importante que vaya acompañada de aislamiento. Por ello, sí tenía razón **Durkheim** al afirmar que la tasa de suicidios es inversamente proporcional al grado de integración de los individuos.

Una cuestión interesante es la de determinar si el suicidio es un hecho más urbano que rural: así lo era en el siglo XIX, pero ahora predomina en los medios agrícolas. ¿Se debe a que en las ciudades es más fácil conseguir métodos menos agresivos, como los barbitúricos,

---

3. Ver FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I. y SADOCK. B. J., **Compendio de Psiquiatría**, Barcelona, 1983, 662.
4. BAUDRY, P., *Nuevos datos*... pp. 317-318.
5. DURKHEIM, E., **El suicidio**, Madrid, 1995, 271.
6. BAUDRY, P., *Nuevos datos*... p. 319.

y que, por consiguiente, en las zonas rurales se utilizan métodos más violentos?[7] También habría que aludir a la existencia en las urbes de mayores servicios de ayuda social y salvamento médico. No es fácil sacar conclusiones; **Baudry** afirma igualmente que la diferencia entre suicidio e intento del mismo radica en el estado de mayor o menor aislamiento social[8].

En la misma línea, esta variable del aislamiento se refleja en relación con el matrimonio: los viudos se suicidan con una frecuencia cinco veces superior a la de los casados y los divorciados y solteros lo hacen con una frecuencia tres y dos veces superior, respectivamente. Los suicidios guardan también relación con la variable hijos: se suicidan menos los casados con hijos que los que no los tienen. Desde aquí puede explicarse la menor frecuencia de suicidios en la mujer, por estar "mucho más introducida en redes de solidaridad, más implicada en la vida familiar y en las relaciones intergeneracionales". Igualmente, en los periodos de vacaciones disminuye el número de suicidios. Todo ello lleva a la conclusión de que existe una clara relación entre integración social y suicidio. También puede afirmarse que "el suicidio del anciano puede comprenderse no tanto como una voluntad de poner fin a su vida, sino como una especie de superación del estado de muerte social en que se encuentra"[9].

II. Concepto y tipos de suicidio

Durkheim ha definido el suicidio como "todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado"[10]. El término procede, para algunos, del latin *sui-caedes*, muerte de uno mismo. **Regan** da la siguiente definición: "La occisión directa de sí mismo, sea con un propósito explícito, o bien con una acción occisiva

7. Ver DE MIGUEL, A., **La sociedad española 1992-1993. Informe sociológico de la Universidad Complutense**, Madrid, 1992. Las provincias españolas que superan la tasa de 100 suicidios por millón de habitantes son: Soria, Huesca, Teruel, Asturias, Castellón, Palencia y Ávila: "Definitivamente, no se puede concluir que el suicidio sea un fenómeno urbano; es más bien rural porque se ve condicionado por la vejez y por la dispersión de la población. De ahí que sorprenda la creencia popular de que el suicidio es una secuela de la urbanización" (pp. 121-122).

8. BAUDRY, P., *Nuevos datos*... pp. 320-323.

9. **Ib**., pp. 322-324.

10. DURKHEIM, E., **El suicidio**... p. 5.

por su propia naturaleza, con la intención de matarse a sí mismo contra la ley divina"[11].

Es clásica la distinción de tres tipos de suicidios propuesta por **Durkheim**[12]:

a) **Suicidio egoísta**, que se realiza en situaciones de un culto exagerado al propio yo y que viene acompañado por una falta de integración del individuo en su entorno social y por una relajación de los vínculos sociales.

b) **Suicidio altruista**, que se sitúa en el polo contrario, como consecuencia de una excesiva integración social en la que se disuelve el propio yo que se ofrece como sacrificio, como un acto de virtud.

c) **Suicidio anómico**, en el que se da una ruptura del equilibrio en el entramado social, especialmente en situaciones de profundos cambios sociales, en que el individuo se pierde en "el infinito del deseo".

Durkheim también habló del **suicidio fatalista**, cuando la reglamentación social es excesiva haciendo insoportablemente estrecha la vida del individuo.

Según **Bloemsa**[13], pueden distinguirse:

a) **Suicidio**: pretendido como tal y realizado, es decir, que conduce a la muerte.

b) **Suicidio fracasado**: Es el suicidio intentado, pero en el que el suicida no logra conseguir su objetivo porque fue salvado en contra de su voluntad.

c) **Intento de suicidio**: La persona no tiene la intención verdadera de quitarse la vida, ni se realiza la acción suicida con ese fin, sino para pedir ayuda de forma dramática. El intento no lleva a la muerte.

d) **Intento de suicidio fracasado**: Es el caso anterior, pero en el que, en contra de la intención de la persona, se produce su muerte.

Los autores suelen hablar de una proporción entre suicidios e intentos de 1:3 a 1:10.

Hortelano, siguiendo a Pöldinger, distingue los siguientes tipos[14]:

---

11. Cf. REGAN, A., *Moral Argument on Self-Killing*, en **Studia Moralia** 18 (1980) 299-331.
12. BAUDRY, P., *Sociología del suicidio*, en **Concilium** n.º 199 (1985) 330-331.
13. Citado por SPORKEN, P., **Die Sorge um den kranken Menschen**, Düsseldorf, 1977, 227.
14. HORTELANO, A., **Problemas actuales de Teologia Moral II**, Salamanca, 1980, 188-189.

a) **Suicidio depresivo**: Es el más frecuente de todos. La persona se siente fracasada, sin fuerzas para asumir las dificultades de su propia vida.

b) **Suicidio heroico**: La persona se quita la vida en aras a ciertos valores. H**ortelano** distingue a su vez:

- **Suicidio defensivo**: Por ejemplo, para no perder la fe, el honor, la virginidad...
- **Suicidio honorable**: Por orgullo mal entendido (el caso de un capitán ante el hundimiento de su barco...)
- **Suicidio benéfico**: El que se realiza en favor de otra persona, del propio país o de la humanidad; aquí podrían incluirse los famosos *kamikazes* japoneses.
- **Suicidio holístico**: La práctica vigente en algunas regiones de la India, en donde se quema la mujer junto al cadáver de su marido.
- **Suicidio contestatario**: Como llamada de atención ante injusticias sociales o políticas (por ejemplo, **Jan Palasch**, el estudiante checo que se autoinmoló en protesta por la invasión soviética de Praga en 1968, o los monjes budistas que se convirtieron en teas humanas como protesta por la guerra del Vietnam).

La moral clásica distinguía, de acuerdo con el principio de doble efecto, entre:

a) **Suicidio voluntario en sí**: El que es efecto de una acción directa por la que la persona se quiere quitar la vida. En este caso, la muerte constituye el objetivo del que pone la acción. Se pretende, consciente e intencionalmente, la muerte. Se le califica como suicidio directo.

b) **Suicidio voluntario en la causa**: El objeto de la voluntad no es la occisión propia. Se prevé la muerte como consecuencia de la acción, pero no se la quiere, ya que ésta es efecto de una acción indirecta (los Manuales solían citar como ejemplos: el saltar desde una ventana para salvarse de un incendio, para librarse de una violación o de sentencia cierta de muerte –aunque sea justa– o de cárcel perpetua; igualmente la cesión de la única tabla de salvación en caso de naufragio, la asistencia a los apestados...[15]). Es el también llamado suicidio indirecto.

15. Ver ZALBA, M., **Compendio de Teología Moral**, Bilbao, 1965, 203-204.

III. Causas del suicidio

Evidentemente, cada caso de suicidio o de intento de suicidio conlleva una serie de factores y condicionamientos personales que se resisten a la generalización. En ese sentido, como afirma **Baudry**, debe considerarse el suicidio "en un espacio de significaciones y comprenderlo de tal manera que los casos concretos sean objetos de enfoques alternativos"[16]. Sin embargo –y ahí radica uno de los grandes valores de la obra de **Durkheim**– es posible marcar una serie de contextos que acompañan al hecho suicida. Precisamente lo que pretendía **Durkheim** al escribir su libro no era tanto estudiar el suicidio, sino mostrar que este hecho, que apasionaba en su tiempo y que era considerado misterioso o especialmente íntimo, podía ser objeto de una aproximación científica sociológica.

Por tanto, el hecho del suicidio debe enmarcarse dentro de una red de interacciones humanas y sociales. **Baudry** considera que "alguien se mata cuando le sobreviene una situación que rechaza" y que, por tanto, incluiría un elemento de huida de una situación adversa, pero también tiene el significado, especialmente en los jóvenes, de querer modificar algo, para acelerar un cambio[17]. Insiste, como hemos indicado anteriormente, en la importancia de la interacción social e interrelacional como *humus* en que se desarrolla el suicidio.

Desde la Psiquiatría se ha tendido a considerar el suicidio "como síntoma o complicación de una depresión, principalmente de génesis `endógena´ o `psicopática´"[18]. El Psicoanálisis dio una gran importancia a la dinámica psíquica inconsciente, a la existencia de impulsos suicidas que podían ser puestos de manifiesto. Estos planteamientos crearon actitudes de una diferente, y menos negativa, valoración ética del hecho suicida, así como también abrió vías de tratamiento psicológico. ¿Puede, sin embargo, afirmarse que la acción suicida es patológica o enfermiza?

Drewermann toma como punto de partida para sus reflexiones el caso de suicidio-eutanasia de **A. Koestler**, para presentar una práctica racional, en la que no existen elementos para calificarla como consecuencia de una situación anómala desde el punto de vista psiquiátrico[19]. Aludiendo al suicidio colectivo de los últimos judíos que resistían en la

16. BAUDRY, P., *Sociología*... p. 335.
17. BAUDRY, P., *Nuevos datos*… p. 324.
18. HENSELER, H., *Psicología del suicidio*, en **Concilium** n.º 199 (1985) 339.
19. Ver una descripción de este caso en GAFO, J., **La eutanasia y el derecho a una muerte humana**, Madrid, 1989, 34-36.

fortaleza de Massadá y a ciertos suicidios en los campos de concentración nazis, afirma que los suicidas "buscan su vida en la muerte porque la clase de vida a las que se les fuerza, no es vida"[20]. Insiste en la existencia de toda una serie de suicidios por falta de esperanza o de una salida digna de la vida, incluyendo aquí los casos bíblicos de **Saúl** y **Ajitófel**, así como el del cartaginés **Aníbal** en donde el hecho suicida tiene un componente de grandeza y dignidad. También subraya el distinto significado del hecho suicida en otros ámbitos culturales[21] e insiste, desde el psicoanálisis, en la existencia de conflictos entre el *ego* y el *superego* como fundamento de la acción suicida: el sentimiento de angustia puede conducir a la aniquilación del propio yo. Siguiendo a **Freud**, afirma que el suicidio es un intento de asesinar a una persona cercana, a la que se ha interiorizado en el propio *ego* y a la que se ama y odia al mismo tiempo. Considera que es una regresión a un narcisismo infantil en que se trata al yo del otro como parte de uno mismo y en donde los sentimientos de angustia, culpabilidad y de inferioridad impiden separarse de esa otra persona[22].

En todo caso se ha llegado a afirmar que las dos terceras partes de los casos de suicidio que se producen anualmente se dan en enfermos depresivos. La depresión está directamente asociada con el suicidio, según multitud de estudios recogidos y como demuestra la praxis médica y psiquiátrica diaria[23].

Según **Sporken,** hay tantas causas, cuantas personas que se suicidan o intentan hacerlo. Los motivos más frecuentes son: falta de solución ante problemas graves, la huida ante determinadas tareas y responsabilidades, la "muerte social" en jubilados o ancianos, la existencia de problemas interpersonales insolubles, la sensación de ser una carga para los otros, el deseo de pedir una atención y ayuda que no se están recibiendo. Habría que incluir igualmente las causas psiquiátricas, los fines políticos o sociales... Añade que, hasta hace poco tiempo, existía una conciencia generalizada de que la acción suicida era irreflexiva o inconsiderada, que indicaba la existencia de una enfermedad psiquiátrica, al menos transitoria. En la actualidad se considera que el suicida

---

20. DREWERMANN, E., *Vom Problem des Selbstmordes oder von einer letzten Gnade der Natur (II)*, en **Studia Moralia** 22 (1984) 17-62.

21. DREWERMANN, E., **Ib**., pp. 23-35.

22. DREWERMANN, E., *Vom Problem des Selbstmordes oder von einer letzten Gnade der Natur (I)*, en **Studia Moralia** 21 (1983) 320-321.

23. Ver FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H. I. y SADOCK. B. J., **Compendio de Psiquiatría**... pp. 540-541.

no es necesariamente un enfermo psiquiátrico y que la acción suicida puede ser consecuencia de una acción reflexiva y bien meditada[24].

Holderegger afirma que no puede negarse, en la mayoría de los casos, que "el hombre que pone fin a una vida insoportable y sin sentido lo haga con plena libertad y ponderando lúcidamente las circunstancias. Los que tienen un comportamiento suicida se hallan enfrentados con enormes dificultades tanto externas como internas. Se encuentran, generalmente, en una situación en la que, paradójicamente, quisieran conservar la vida, pero las circunstancias en que se ven envueltos no se lo permiten"[25].

IV. El suicidio y la tradición de la Iglesia

En el Antiguo Testamento no se contempla específicamente el tema del suicidio, dentro de una religiosidad que considera la vida como algo sagrado y don de Dios. Sin embargo, no se da una valoración negativa a varios casos descritos de suicidio: **Sansón** (*Jue* 16, 27-30) y **Razias** (2*Mac* 14, 37-46). En otros casos, únicamente se relata el suicidio: **Saúl** (*1Sam* 31, 3-6), **Abimelek** (*Jue* 9, 52-54), **Zimrí** (*1Re* 16, 18), **Ajitófel** (2*Sam*, 17, 23) y **Eleazar** (2*Mac* 6, 18-31). Tampoco el Nuevo Testamento se refiere al tema: el caso de **Judas** (*Mt* 27, 3-5; *Hech* 1, 18) es el único que aparece y se presenta como consecuencia de su traición. Sólo tres siglos más tarde, **Orígenes** condenará el acto suicida del apóstol traidor. S. Pablo, en *1Cor* 13, 3, al aludir a la entrega del cuerpo a las llamas, podría dar a entender que algunos casos de suicidio no son condenables. Tienen actitudes contrarias al suicidio **Flavio Josefo** y la *Misná*[26].

En el mundo griego, **Platón** admite el suicidio en la muerte de **Sócrates** como consecuencia de una llamada de Dios, pero se opone a esa práctica en *Las Leyes*[27]. Lo rechaza también **Aristóteles**, que considera al suicida como un espíritu débil y como un hecho nocivo al bien del Estado[28]. Admiten el suicidio los cínicos, cirenaicos, epicúreos; igual-

24. SPORKEN, P., **Die Sorge um den kranken** ... pp. 228-229.
25. HOLDEREGGER, A., *¿Existe un derecho a elegir libremente la muerte?*, en **Concilium** n.º 199 (1985) 425.
26. FLAVIO JOSEFO, **De bello iudaico III**, 8, 5. Cf. BLÁZQUEZ, N., *La moral tradicional de la Iglesia sobre el suicidio*, en **Concilium** n.º 199 (1985) 388-390.
27. PLATON, **Fedón** 62, c; **Leyes** IX, 854 a-c; 857, c-d.
28. ARISTOTELES, **Ética a Nicómaco**, cap. 15.

mente lo hacen los estoicos: **Cicerón, Epicteto**, **Marco Aurelio**, **Séneca**[29]. A diferencia de los cínicos, que ven en el suicidio expresión de la absoluta libertad humana, los estoicos exigen la existencia de razones que lo justifiquen, especialmente la presencia de dolores y enfermedades incurables. Los neoplatónicos se oponen básicamente al suicidio[30]. En Roma se admite que el hombre libre pueda quitarse la vida para huir del *taedium vitae*, pero no para sustraerse de los deberes sociales de la persona; sin embargo, este derecho no se concede a los esclavos. De hecho, el suicidio será frecuente en la época imperial y **Seidler** afirma que "los estoicos (romanos) estaban obsesionados con la idea del suicidio. **Séneca**, en particular, se refirió incesantemente al suicidio como el camino hacia la libertad"[31].

Como vimos en el capítulo dedicado a la tradición de la Iglesia, en los primeros escritores cristianos aparece una condena general del suicidio: **Clemente de Alejandría**, **Orígenes**, **Lactancio**, **Hipólito**...[32]. Haciendo referencia probablemente al suicidio estoico, **Lactancio** dirá que *Homicidae igitur omnes illi philosophi* –"por tanto eran homicidas todos aquellos filósofos"[33]. **Fuchs** subraya que en la base de esa oposición se encuentran tanto el quinto precepto del Decálogo como el Sermón del Monte[34]. Sin embargo, se admiten ciertos casos especiales: en relación con la asunción de una vida de extremo ascetismo, con el rechazo de la huida en tiempos de persecución, incluso en la presentación espontánea a los jueces buscando el martirio, la provocación de la muerte en caso de martirio (**Ignacio de Antioquía**, **Santa Apolonia**, **Santa Eulalia de Mérida**); igualmente para salvaguardar la pureza: las santas **Sofronia** y **Pelagia**. Estos comportamientos aparecen aprobados por autores como **S. Ambrosio**, **Eusebio de Cesárea**, y **S. Jerónimo**[35].

S. Agustín condena duramente el suicidio en **La Ciudad de Dios**. Lo hace en oposición a los donatistas, que pretendían institucionalizar el suicidio y, sobre todo, al mundo grecorromano que igualmente lo admitía y consideraba que el suicidio era prerrogativa del hombre

29. SEIDLER, M. J., *Kant and the Stoics on suicide*, en **Journal of the History of Ideas** 44 (1983) 429-453.
30. DREWERMANN, E., *Vom Problem... II*, p. 330.
31. SEIDLER, M. J., *Kant and the Stoics*... p. 434.
32. Cf. BLÁZQUEZ, N., *La moral tradicional*... p. 390 ss.
33. LACTANCIO, **Divinae Institutiones** III, 18, 5.
34. FUCHS, J., *Christian Faith and the Disposing of Human Life*, en **Theologial Studies** 46 (1985) 666-684.
35. BLÁZQUEZ, N., *La moral tradicional*... pp. 390-393.

libre, con tal de que no causase perjuicio a la sociedad. Para **Agustín**, sólo Dios es el que puede disponer de la vida humana y añade: "Si debemos amar al prójimo como a nosotros mismos, no puede ser lícito matarse a sí mismo, ya que tenemos la prohibición de no amar al prójimo[36]. Los Concilios de Cartago (349) y de Braga (563) excluyen a los suicidas de los sufragios públicos[37].

Santo Tomás continúa este planteamiento, basándose además en el pensamiento de **Aristóteles**. En el suicidio hay una triple malicia, consecuencia de una triple deserción. El suicida deserta como **individuo** de las tareas que todo ser humano tiene ante sí y que Dios ayuda a realizar; hay, además, una deserción **social** de la tarea del hombre ante los demás y ante la sociedad; y, finalmente, hay una deserción **religiosa** de la misión que toda persona tiene ante Dios[38].

Por ello, se considera al suicidio como un grave pecado ante Dios, ante la sociedad y ante uno mismo. Se calificará a esa práctica como *crimen pessimum*. En la literatura canónica, las primeras condenas del suicidio se remontan ya al siglo IV[39]. De ahí surgirá en el *Código de Derecho Canónico* de 1917 la prohibición de sepultura eclesiástica a los suicidas que lo hayan hecho de forma deliberada (*deliberato consilio*, canon 1240, 1, 3º y 2350, 2; se ha explicado que el objetivo de esta prohibición no es "ensañarse" con el suicida, sino resaltar la acción suicida). El canon 985, 5º incluye el intento de suicidio entre las irregularidades para recibir las Ordenes Sagradas.

En el *Código* de 1983, se declara irregulares para recibir las Ordenes Sagradas y para ejercerlas a los que han intentado suicidarse (canon 1041 y 1044). El canon 1184, al referirse a la denegación de sepultura eclesiástica, no menciona ya a los suicidas, sino a los "pecadores manifiestos", cuya sepultura eclesial ocasionaría "escándalo público de los fieles". El *Ritual de Exequias* informa que para la denegación debe consultarse con el ordinario del lugar y que, en casos de suicidas, deben valorarse "no sólo las características personales del difunto y las cir-

36. SAN AGUSTÍN, **Epistola 205**, 5. Cf. **Epistola 204**, 5-7; **La ciudad de Dios** I, 16-27; XIX, 4; **Contra Gaudentium I**, 13-14. Afirma que "no es lícito matar a otro, aunque éste lo pida y lo quiera y no pueda ya vivir, para librar, con un golpe, el alma de aquellos dolores, que luchaba con las ligaduras del cuerpo y quería desasirse" (**Epístola** 204, 5).

37. Las condenas son especialmente fuertes contra los donatistas. Se reforzarán en los Concilios de Orleáns (552) y Toledo (693). Cf. BREWER, C., *Voluntary Euthanasia*... p. 24.

38. TOMÁS DE AQUINO, **Summa Theologica** II-II, q. 64, a. 5.

39. Cf. BLÁZQUEZ, N., La *moral tradicional*... p. 398.

cunstancias de su muerte, sino también el dolor de los parientes" y tener en cuenta las luchas de su vida y la máxima tensión en el momento de la muerte suicida[40].

El planteamiento de la Moral clásica partía del presupuesto de considerar al suicida como una persona responsable de sus actos. Sólo excepcionalmente el Obispo podía afirmar que esa responsabilidad estaba limitada y permitir el funeral religioso, pero sin ninguna solemnidad. La preocupación por no incrementar los casos de suicidio llevaba a condenar con facilidad todos los casos, como si la persona fuese siempre responsable.

Pío XII condena todo suicidio que proceda de la decisión deliberada del hombre, ya que no compete al hombre el derecho a disponer de su propia vida[41]. El suicidio fue condenado por el Vaticano II, junto con el aborto y la eutanasia en la *Gaudium et spes*, nº 27. Se repite la condena en la *Declaración sobre la Eutanasia* de la Congregación para la Doctrina de la Fe (5-V-1980): "La muerte voluntaria, o sea el suicidio, es, por consiguiente, tan inaceptable como el homicidio". Constituye un "rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor". Es, además y a menudo, un rechazo del amor hacia sí mismo y una renuncia frente a los deberes ante el prójimo y hacia la sociedad, "aunque a veces intervengan, como se sabe, factores psicológicos que pueden atenuar e incluso quitar la responsabilidad". Finalmente se subraya que es distinto del suicidio el acto en que por una causa superior "se ofrece o se pone en peligro la propia vida"[42].

El tema del suicidio aparece en la *Evangelium Vitae* en íntima asociación con el de la eutanasia. En el n.º 66 se afirma que es "siempre moralmente inaceptable". Reconoce que pueden concurrir "determinados condicionamientos psicológicos, culturales y sociales... atenuando o anulando la responsabilidad subjetiva", pero afirma con fuerza que la acción suicida "constituye un rechazo de la soberanía absoluta de Dios sobre la vida y la muerte". En la misma línea, rechaza el suicidio asistido, en relación con situaciones terminales: es "una injusticia que nunca tiene justificación, ni siquiera cuando es solicitada".

---

40. **Ritual de Exequias**, Madrid, 1971, nº 28.
41. PIO XII, *Respuesta al IX Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología*, en **Ecclesia** nº 816 (2 de marzo de 1957) 243.
42. **Ecclesia** nº 1990 (12 de julio de 1980) 860-861.

V. El suicidio en la cultura actual

La práctica del suicidio, que había sido claramente descalificada en el mundo medieval, comienza a debatirse desde el Renacimiento. Así **Montaigne** en sus *Ensayos* afirma que "la muerte más voluntaria es la más bella"[43]. El primer gran apologista del suicidio es **J. Donne** en su obra *Biothanatos*, publicada en 1644. **Beccaria** en su *Dei delitti e delle pene* (1764) se opone a la penalización del suicidio[44], opinión a la que se sumarán **Montesquieu**[45], **Diderot** y **Voltaire**[46]. **D. Hume** acepta el suicidio, criticando los argumentos del mismo **Santo Tomás**[47]. El *Werther* de **Goethe** tendrá un gran impacto en su tiempo, abordando el tema del suicidio desde los nuevos esquemas del respeto hacia el ser humano que se encuentra en esa dramática situación. No pretende exaltar al suicida –aunque desencadenó un número importante de suicidios por imitación– sino comprenderlo y servirá para crear una actitud más positiva respecto del suicidio en Occidente[48].

Por el contrario, **Ch. Darwin** considera al suicida, no como un pecador o un criminal, sino como un cobarde ante las dificultades de la vida, difundiendo esa concepción del suicida que tendrá influjo en el pensamiento liberal y marxista[49]. **S. Kierkegaard** afirmará que el suicidio puede ser entendido como algo indiferente por un pagano, pero no por un cristiano. **F. Nietzsche** relacionará este tema con su concepción del superhombre: desde esa planteamiento considera positivo que los seres más débiles actúan bien al quitarse la vida; también se refiere a la "muerte libre" (*Freitod*) como la mejor de las muertes, por la que los seres débiles se quitan la vida para ceder el puesto a los más fuertes[50]. El mismo filósofo alemán se suicidó y se ha escrito de él que "ha contribuido como nadie al aumento del suicidio

---

43. MONTAIGNE, M. DE, **Ensayos** II, 3, Madrid, 1993.
44. BECCARIA, C., **De los delitos y las penas**, Barcelona, 1984.
45. MONTESQUIEU, **Cartas persas**, Carta 6ª, Madrid, 1996.
46. La despenalización del suicidio tuvo lugar en Francia en 1790; en Alemania se hizo en 1751 con Federico el Grande, mientras que en Inglaterra no se logrará hasta 1961.
47. HUME, D., **Sobre el suicidio y otros ensayos**, Madrid, 1988, 134; Cf. MELLIZO, C., **David Hume: sobre el suicidio**, Madrid, 1988.
48. GOETHE, J. W. VON, **Fausto**, Madrid, 1964; **Las desventuras del joven Werther**, Madrid, 1983.
49. DARWIN, Ch. (Cit. por HORTELANO, A., **Problemas actuales**... p. 191).
50. NIETZSCHE, F., **Así habló Zaratustra**. **Un libro para todos y para nadie,** Madrid, 1987. El mismo filósofo alemán escribía que "el pensamiento del suicidio es un gran consuelo; con su ayuda uno no ha pasado muchas malas noches" (Cit. por BREWER, *Voluntary Euthanasia*... p. 22).

en el mundo occidental"[51]. Por el contrario, **Kant** rechaza el suicidio como una exigencia de la razón práctica: la persona, que debe ser tratada siempre como fin, sería tratada como medio y rechazaría por el suicidio una norma que debe convertirse en ley universal: "El suicidio es malo porque no respeta al sujeto moral autolegislador que es la realidad más valiosa en el mundo y cuya conducta individual ayuda a construir aquel orden moral dentro del cual pueden suscitarse inicialmente las cuestiones sobre el suicidio[52].

El existencialismo, con su gran preocupación por el problema de la muerte, vuelve a abordar el tema del suicidio. Para **J. P. Sartre**, oponiéndose a **Nietzsche**, el suicidio no es el resultado de una elección libre, sino el abandono de la libertad[53]. *El mito de Sísifo* de **A. Camus** hace una afirmación que se ha hecho clásica: "No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena de que se la viva, es responder a la pregunta fundamental de la filosofía... Veo que muchas personas mueren porque estiman que la vida no vale la pena de que se la viva. Veo a otras que, paradójicamente, se hacen matar por las ideas o las ilusiones que les dan una razón para vivir (lo que se llama una razón para vivir es, al mismo tiempo, una razón para morir). Opino que el sentido de la vida es la pregunta más apremiante. ¿Cómo contestarla?"[54]. También debe citarse la famosa afirmación de **Wittgenstein** de que si se admite el suicidio "todo está permitido"[55], mientras que **N. Berdiaeff** previene contra "la trágica fascinación de la muerte"[56].

Los autores y textos citados pueden constituir el *humus* social desde el que se plantea hoy el problema del suicidio. Por una parte, se ha superado esa postura simplista que consideraba al suicida, de forma general, como responsable de su acción y, por otra, la que tendía a considerar al suicida como un demente al que hay que compadecer y no condenar. Se han aunado consideraciones procedentes de la psicología y la sociología con las aportadas por preocupaciones humanitarias y jurídicas, que pre-

---

51. HORTELANO, A., **Problemas actuales**... p. 191.
52. Cf. SEIDLER, M. J., *Kant and the Stoics*... p. 443. Ver en el mismo artículo los principales textos kantianos sobre el suicidio.
53. SARTRE, J. P., **El ser y la nada**, Madrid, 1984, 563. Sobre todos estos autores, cf. REGAN, A., *Moral Argument*... pp. 299-332.
54. CAMUS, A., **El mito de Sísifo**, Madrid, 1981, 15-16.
55. WITTGENSTEIN, L. **Notebooks, 1914-1916**, Oxford, 1961, 91 (*Wenn der Selbstmord erlaubt ist, dann ist alles erlaubt*).
56. BERDIAEFF, N., **Le suicide, étude psychologique**, París, 1930.

tenden no incrementar el sentimiento de culpabilidad del suicida. Se ha superado la convicción de que la vida es un bien tan grande que no se concibe que una persona normal pueda atentar contra ella.

Es evidente que difícilmente se puede calificar como no normales a personas que han preparado su suicidio con gran frialdad y escrupulosidad. ¿Por qué, en idénticas condiciones de miseria, una persona se suicida y otra sigue viviendo? ¿Cómo se explica que los porcentajes más altos de suicidio se dan en ambientes de mayor pobreza y, con cierta frecuencia, en personalidades que han triunfado en la vida: **Van Gogh**, **Ganivet**, **Hemingway**, **Montherlant**, **Virginia Wolf**, **Zweig**, **Kabawata**, **Koestler**...? A ello se unen las tesis sociológicas que afirman que el suicida es, ante todo, víctima del ambiente social en que ha vivido: terror, miseria, soledad... Al mismo tiempo, las actuales posibilidades de manipulación de la vida humana hacen que ésta se presente crecientemente como un bien del que se puede disponer, y aquí debe mencionarse el avance de la Medicina y su posibilidad de crear situaciones crueles para el enfermo, al mismo tiempo que el incremento de la esperanza de vida. **Drewermann** se pregunta si las respuestas éticas ante el final de la vida no tienen que modificarse cuando hoy se ha más que duplicado la esperanza de vida y cuando existen una serie de situaciones personales y sociales que crean un "clima de suicidio"[57].

VI. Reflexión ética sobre el suicidio

1. La argumentación de la moral clásica

La postura eclesial ha dependido fuertemente, en este tema, del pensamiento de **Tomás de Aquino**, que daba un triple motivo de su ilicitud y que ya hemos indicado anteriormente[58].

a) El suicidio va contra la **inclinación natural y la caridad** hacia uno mismo: la existencia del instinto de conservación, dentro de la fundamentación naturalista de la moral, pone los cimientos de la obligación moral de conservar la vida y no atentar contra ella. Esta inclinación o instinto no es sólo una ley biológica, sino que en su existencia –que también se da en los animales– la razón humana percibe el motivo para amarse a sí mismo y su ordenación hacia Dios: "Matarse a sí mismo va contra la caridad, según la cual cada uno debe amarse a sí mismo...".

57. DREWERMANN, E., *Vom Problem des Selbstmordes...II*, pp. 343-344.
58. TOMAS DE AQUINO, **Summa Theologica** II-II, q. 64, a. 5.

b) El suicidio atenta contra las obligaciones que el ser humano tiene para con **la sociedad**: es un argumento de **Santo Tomás**, inspirado en **Aristóteles**: "El que se mata a sí mismo, hace algo injusto". Pero es necesario considerar a quién hace injusticia. "Hace un daño injusto a la sociedad a quien priva de un ciudadano..."; "Toda parte pertenece al todo. Todo hombre es parte de la comunidad. Por lo cual, en el hecho mismo de matarse, procura un daño a la sociedad".

c) La práctica suicida viola los **derechos de Dios**: "El paso de esta vida a la otra más feliz no depende del libre arbitrio del hombre, sino de la potestad divina. Y, por eso, no es lícito al hombre matarse a sí mismo para pasar a la vida más feliz".

Por otra parte, los relatos bíblicos de ciertos suicidios y los ejemplos de ciertos mártires del primer cristianismo llevaron a la casuística, en su aplicación del principio de doble efecto, a la admisión de ciertos casos. Así se admite la excepción de la "inspiración divina", así como casos en que, de acuerdo con el principio de doble efecto, se afirmaba que no se trataba en sí mismo de una acción occisiva (p. ej. se admite la acción de lanzarse desde una altura para salvar la virginidad e incluso algunos moralistas admitían los casos de los pilotos suicidas o *kamikazes*).

Hay autores, sin embargo, que contrarguyen afirmando que la existencia de una inclinación natural a conservar la vida no parece justificar que, siempre y en todas las circunstancias, sea ilegítimo quitarse la propia vida. La existencia de esa inclinación, ¿justifica su absolutización? Desde que **Hume** "desveló la falacia naturalista" no es, de ninguna forma, obvio que las inclinaciones naturales humanas sean "normativas" de los comportamientos éticos. ¿Por qué el ser humano no puede limitar o encauzar ese instinto, como lo hace con otros, ordenándolo a valores superiores? Es verdad que el hombre debe amarse a sí mismo, pero ese amor no debe absolutizarse. Precisamente el Evangelio relativiza ese amor debido a uno mismo, al ensalzar el valor de la entrega de la propia vida (*Mt* 10, 38-39; 16, 25-26; *Mc* 8, 35-38; *Lc* 9. 24-25; 14, 26; *Jn* 12, 24-26; 15, 13).

También se cuestiona el argumento que toma como punto de partida la exigencia ética de que el ser humano tiene que subordinarse al bien común y a la sociedad. Hoy en día se insiste en que en la ponderación del bien común debe hacerse referencia a una comprensión personalista de dicho bien y que el valor del ser humano no puede subordinarse al de la sociedad, en una relación de la parte al todo. Este argumento podría tener valor en casos de personas que tienen importantes

responsabilidades familiares o sociales. Pero, ¿qué decir en aquellas personas que constituyen una fuerte carga social y cuya vida ocasiona serias dificultades para aquellos que tienen que atenderlas? ¿No pueden darse casos en que el mismo suicidio puede tener una importante relevancia social? Antes citábamos el caso de **Jan Palasch**: ¿qué habría que decir de una persona, que ha sido aprisionada y prevé que, ante la inminencia de graves torturas, pueda delatar a otras, por lo que decide quitarse la vida? En los casos citados podría afirmarse que tales suicidios constituyen una relevante aportación social. Se ha argüido que el suicidio es negación de la exigencia de ejemplaridad social que todo individuo debe prestar, no atentando contra su propia vida, pero, ¿puede aplicarse esta exigencia a los casos antes citados?

El argumento teológico es el que tiene más peso y hunde sus raíces en la fe bíblica que afirma que sólo Dios tiene dominio sobre la vida del hombre y que únicamente Él puede disponer de ella. La experiencia del creyente cristiano es la de haber recibido la vida como un don de Dios y la de que su existencia se encuentra en sus manos; estamos llamados a desarrollar ese don, pero no a destruirlo; a ello habría que añadir el sentido cristiano inherente al dolor y el testimonio de la muerte de Cristo, como acto supremo de entrega confiada en las manos del Padre, modelo que debe intentar reproducir el creyente.

Pero, como dijimos en el capítulo de la eutanasia, ¿qué valor tienen estas reflexiones para el hombre ateo o agnóstico?[59]. Lo expresaba, admirablemente y desde la cárcel, **D. Bonhoeffer**: "Dios se ha reservado el derecho de establecer el fin de una vida... No existe ningún otro motivo probativo que haga reprobable el suicidio, fuera del hecho de que, por encima del hombre, hay un Dios. El suicidio niega, de hecho, tal dato". Por eso, el suicidio puede ser "la última justificación del hombre como hombre y, por consiguiente, desde un punto de vista puramente humano, es, en cierto sentido, la expiación de una vida fracasada. Si el hombre no puede justificarse en la felicidad y en el éxito, puede intentarlo, al menos, en la desesperación". Pero, para el creyente, Dios puede otorgar sentido a una vida fracasada: "poner fin a su vida sigue siendo, para el que no cree, la extrema posibilidad de dar él mismo nuevo sentido a la propia existencia, aunque sea precisamente

59. Ver PIEPER, A., *Argumentos éticos en favor de la licitud del suicidio*, en **Concilium** n.º 199 (1985) 363-374; AMERY, J., **Hand auf sich legen. Diskurs über den Freitod**, Stuttgart, 1978.

en el momento que se destruye. Resulta clara, también en este caso, la imposibilidad de juzgar el suicidio en una perspectiva exclusivamente moral; en una ética atea sería perfectamente admisible. El derecho al suicidio se desvanece sólo ante la presencia del Dios vivo"[60]. Es el planteamiento que también expresó **Kant**: "Pero se pierde toda su verosimilitud cuando contemplamos el suicidio a la luz de la religión"[61].

2. Otras reflexiones sobre el suicidio

a) En primer lugar, el hecho del suicidio o de su intento debe comprenderse también como una interpelación. Con mucha frecuencia el intento de suicidio es una última y dramática petición de ayuda, que obliga a preguntarse si hemos prestado a esa persona el cuidado, la atención y calor humanos que deberíamos haberle dado. Sin embargo, **Rossi** afirma que el problema del suicidio está mal planteado cuando se hace excluyendo de forma generalizada la responsabilidad moral del suicida. El mismo autor insiste en que "la situación ambiental más desfavorable deja siempre un margen de libertad, incluso a la persona más predispuesta al suicidio". Pero, en cualquier caso, nadie puede juzgar a estas personas, ya que sólo es Dios el que sondea los corazones. Por eso, nuestro cometido no es el de dar veredictos de culpabilidad, sino el de ayudar a la persona. La psicología nos dice que el intento de explicar las causas de un suicidio no son nunca fáciles de determinar.

b) Otro subterfugio ante el hecho del suicidio es el de descargar la culpabilidad sobre la sociedad que, por sus graves limitaciones, pone a ciertas personas en situaciones desesperadas. Sin negar la importancia del marco social, deberíamos primero preguntarnos cuál ha sido nuestro apoyo a los demás y si tenemos sensibilidad ante los problemas y angustias de nuestros prójimos. Como dice el mismo **Rossi,** "cuando uno se mata siempre hay alguien que le ayudó a matarse, al menos como una presencia que le debía y que le ha negado... No nos preguntemos más en adelante si hay culpabilidad grave en quien ha intentado el suicidio; cuestionémonos sobre el grado de culpabilidad que hay en nosotros, que podríamos haberle brindado una presencia cálida"[62]. Como afirma **Baudry**, "el acto de matarse no significa solamente una

60. BONHOEFFER, D., **Ética**, Barcelona, 1968, 115-120.
61. KANT I., **Lecciones de ética**, Barcelona, 1988, 194.
62. ROSSI, L., *Suicidio*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid, 1978, 1027-1032.

necesidad de amor, como suele decirse muy vagamente. Es una violenta llamada de atención a una redefinición del orden interrelacional"[63].

c) La Moral clásica no equipara el sacrificio activo y pasivo de la propia vida. Ciertamente no es lo mismo una acción, de la que se sigue un efecto malo, no pretendido aunque previsto, que la acción cuya consecuencia es siempre mala. En el caso de la entrega de **Maximilian Kolbe**, sustituyendo a un padre de familia al que se le iba a ejecutar, esa heroica acción "por ninguna ley física termina necesariamente en la muerte", sino que se entrega voluntariamente en manos de sus carceleros, que le matan en un acto voluntario y libre, aunque este hecho fuese previsto por **Kolbe**. **Regan** afirma que no se trata de una occisión voluntaria de sí a propósito, sino de una aceptación voluntaria de la muerte[64]. Esto es el punto central de la crítica de **Häring** a **Drewermann**: la falta de distinción entre la muerte de uno mismo y la entrega de la propia vida[65].

Sin embargo, este planteamiento puede reflejar las limitaciones del principio de doble efecto. Así, en la aplicación de dicho principio, el enjuiciamiento de la moralidad de la acción depende de forma exagerada de su aspecto físico y externo. Es lo que llevaba a justificar a los *kamikazes* o a la doncella que se arroja desde una ventana para evitar su violación, ya que la acción puesta no es, en sí misma, autooccisiva. Es verdad que no puede prescindirse del aspecto físico y externo de la acción y que esa perspectiva es importante en la valoración ética, pero no puede ser el único criterio que califique moralmente una acción. Hay que ser cautos al calificar una acción como "buena, mala o indiferente", ya que esa especificación no proviene únicamente de su estructura física[66]. Es verdad que "el fin no justifica los medios", pero también lo es que los medios determinan el sentido humano de los medios. Si se justifica que una doncella pueda saltar desde una ventana para defender su virginidad, sin tener en cuenta la posible "deserción social" de su acción, ¿no habría que aceptar el sacrificio de la propia vida cuando es verdaderamente necesario para el bien de los demás?

---

63. BAUDRY, P. *Nuevos datos*...p. 324.
64. REGAN, A., *Moral Argument*... p. 327.
65. HÄRING, B., *Ist die Grenze zwischen Selbstmord und liebender Selbsthingabe des Lebens fliessend?*, en **Studia Moralia** 22 (1984) 283ss.
66. Cf. KEENAN, J. F., *Moral Horizons in Health Care: Reproductive Technologies and Catholic Identity*, en WILDES, K. Wm. (Ed.), **Infertility: A Croosroad of Faith, Medicine and Technology**, Dordrecht/Boston/Londres, 1997, 53-71.

d) Antes aludimos a los casos bíblicos que pueden calificarse como suicidios y que, a veces, reciben una valoración positiva por parte de la misma Biblia. **S. Agustín** decía que "Sansón no puede ser excusado... a no ser que el Espíritu se lo haya ordenado ocultamente" y también aludirá a los mártires cristianos que precipitaron su martirio o a las doncellas que se arrojaron al vacío para defender su virginidad, añadiendo que "no me atrevo a juzgarles temerariamente"[67]. Así mismo, para **Santo Tomás** uno no se puede suicidar "más que por una orden del Espíritu Santo"[68]. La moral clásica admitió que no podía excluirse la posibilidad de que Dios inspire a una persona el quitarse la vida. **Rossi** añadirá que no se puede pecar de ligereza al suponer estas inspiraciones divinas, pero "tampoco se podrá rechazar la posibilidad de esta llamada o permisión divina"[69]. ¿No puede existir una auténtica exigencia ética, desde un discernimiento moral en el Espíritu, que justifique el sacrificio de la propia vida en servicio de los demás? ¿Es tan distinto el caso de **Maximilian Kolbe** del antes citado del rehén que se sacrifica para no delatar a otros?

En este punto existe un debate teológico importante y hay autores, como **J. Fuchs**, que consideran que Dios ha creado al hombre a su imagen, como un *partner* y "esto significaría que la persona es responsable de todos los niveles de la vida humana, incluyendo la salud, la vida y la muerte". Este autor afirma su fe en un Dios de amor, que está presente transcendentalmente en lo más profundo de la persona, que actúa a través de las causas segundas y que deja al hombre la responsabilidad de sus decisiones en tales situaciones[70]. Por el contrario, **U. Eibach**, discípulo de **Barth**, afirma que "la vida es un don, no una posesión y, por tanto, no puede existir ni una arbitraria prolongación de la vida, ni un arbitrario acortamiento de la vida"[71].

e) Ya indicamos anteriormente que el suicidio aparece asociado, con gran frecuencia, a problemas psicológicos, especialmente a la depre-

---

67. S. AGUSTIN, **La ciudad de Dios**, cap. 25.

68. TOMAS DE AQUINO, **Summa Theologica**, II-II, q. 64, a. 5 ad 4.

69. ROSSI, L. *Suicidio...* p. 1031.

70. FUCHS, J., *Christian Faith and the Disposing of Human Life*, en **Theological Studies** 44 (1985) 675.

71. EIBACH, U., **Medizin und Menschenwürde**, Wuppertal, 1976, 225. Afirman la indisponibilidad de la vida humana, desde coordenadas religiosas, basándose en la voluntad de Dios: **K. Barth**, **D. Bonhoeffer**, **B. Häring**, **A. Auer**, **S. Hauerwas**, **J. Endres**... y, dando un especial relieve a la imitación de la muerte de Cristo, **E. Schillebeeckx**, **H. Thielicke**... Por el contrario, se sitúan en la línea de **J. Fuchs**: **P. Sporken**, **E. Drewermann**, **H. van Oyen**, **H. Eibach**, **A. Kuitert**, **A. Holderegger**, **F. J. Elizari**, **B. Schüller**...

sión. Ésta es una situación dramática, verdaderamente trágica, en donde el ser humano, por causas endógenas o exógenas, se quiebra en sus raíces más profundas y vive desbordado por una angustia y una desesperanza que no puede superar. Son situaciones en que las mismas claves religiosas de la persona quedan como paralizadas y anegadas. Es evidente que en estas circunstancias hay que hablar de una libertad extraordinariamente limitada y recortada que obliga a matizar totalmente el juicio ético. Si Jesús decía "no juzguéis y no seréis juzgados", esta afirmación tiene una especial vigencia en esta dramática situación, que sólo Él puede sondear y valorar. El que el nuevo *Código de Derecho Canónico* haya suprimido las reservas sobre las celebraciones en casos de suicidio refleja la convicción de que nadie puede ser excluido de la oración de la Iglesia y de que todos debemos repetir, especialmente ante las quiebras psicológicas, la oración de la Misa de que seamos "protegidos de toda perturbación".

Bibliografía

AA. VV., **Moralia** 1 (1979) 5-52.

AA. VV., **Concilium** n.º 199 (1985) (monográfico).

ALDRIDGE, D., **Suicide: the tragedy of hopelessness**, Londres, 1999.

ALVIRA MARTÍN, F. et al., **El suicidio juvenil**, Madrid, 1997.

BARBERO, M., **El suicidio, problemática y valoración**, Madrid, 1976.

BOBES GARCÍA, J. et al., **Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas**, Barcelona, 1997.

DURKHEIM, E., **El suicidio**, Madrid, 1995.

ELIZARI, F. J., *El suicidio. Aproximación moral*, en **Iglesia Viva** n.º 125 (1986) 439-455.

ESTRUCH, J. y CARDÚS, S., **Los suicidios,** Barcelona, 1982.

FUCHS, J., *Christian Faith and the Disposing of Human Life*, en **Theological Studies** 46 (1985) 664-684.

LANDSBERG, P.-L., **Ensayo sobre la experiencia de la muerte: el problema moral del suicidio**, Madrid, 1995.

LÓPEZ AZPITARTE, E., *El suicidio y la ofrenda de la propia vida*, en **Razón y Fe** 221 (1990) 589-599.

OLLERO TASSARA, A., **Derecho a la vida y derecho a la muerte. El ajetreado desarrollo del art. 15 de la Constitución**, Madrid, 1994.

PELLIZZARO, G., *Suicidio*, en COMPAGNONI, F., PIANA, G., PRIVITERA, S. y VIDAL, M. (Coords.), **Nuevo Diccionario de Teología Moral**, Madrid, 1992, 1737-1747.

PÖLDINGER, W., **La tendencia al suicidio**, Madrid, 1969.

QUINTANILLA ULLA, J., **El complejo mundo del suicidio**, A Coruña, 1994.
REGAN, A., *Moral Argument of Self-Killing*, en **Studia Moralia** 18 (1980) 299-331.
ROJAS, E., **Estudios sobre el suicidio**, Barcelona, 1978.
ROSSI, L., *Suicidio*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid, 1978, 1027-1032.
VERSPIEREN, P., *Une apologie du suicide*, en **Études** 368 (1988) 171-176.
VIDAL, M., **Ética fundamental de la vida humana**, Madrid, 1984
WILDES, K. Wm., ABEL, F. y HARVEY, J. C. (Eds.), **Birth, suffering and death. Catholic perspectives at the edges of life**, Boston/Londres, 1992.

CAPÍTULO DECIMOSEGUNDO

LA PENA DE MUERTE

I. ACTUAL SITUACIÓN DE LA PENA DE MUERTE EN EL MUNDO

Según los últimos datos conocidos, a través de **Amnistía Internacional**, son 55 los países del mundo que han abolido la pena de muerte para todos los delitos –después de la reciente decisión del Parlamento español de sumarse a ese grupo. Hay 14 países europeos abolicionistas, salvo para algunos casos excepcionales, como los delitos de tiempos de guerra. Además, se pueden considerar abolicionistas de hecho a otros 27, ya que, aunque incluyen la pena de muerte en sus códigos penales, no la han aplicado en los últimos diez o más años. Por el contrario, hay 97 países que mantienen y aplican la pena de muerte. En los últimos años, un promedio de dos países al año han abolido la pena de muerte en el código penal o, si ya lo habían hecho para los delitos comunes, la han abolido para todos los delitos, como fue el caso español por decisión del Parlamento español[1].

Entre los países totalmente abolicionistas hay 28 europeos –ya que recientemente se han sumado a este grupo varios de los antiguos países comunistas. En este grupo aparece citado el Vaticano, además de 10 de América Latina, incluyendo Haití, 8 de Oceanía, 7 de Africa y 2 asiáti-

1. Estos datos están actualizados según información de AMNISTIA INTERNACIONAL, Madrid, 1994. Ver también, AMNISTIA INTERNACIONAL, **Cuando es el Estado el que mata... Los derechos humanos frente a la pena de muerte**, Madrid, 1989.

cos. Los que sólo la admiten en delitos excepcionales son: 6 de América Latina, 3 de Europa (Gran Bretaña, Chipre y Malta), Canadá en América del Norte, 2 de Asia, 1 de Africa y 1 de Oceanía. Son abolicionistas de hecho 12 de Africa, 7 de Asia, 4 de Oceanía, 2 de América Latina y 1 de América del Norte (Bermuda) y 1 de Europa (Bélgica).

Finalmente, son retencionistas 35 países asiáticos, 33 de Africa, 12 de América Latina (la mayoría pequeñas islas del Caribe), 10 de Europa (mayoritariamente antiguos países comunistas) y 2 de América del Norte (que incluye USA, en donde Nueva York se convirtió en marzo de 1995 en el 38º Estado que admite la pena de muerte). La pena de muerte es especialmente frecuente en los países de tradición y cultura musulmana. El método de ejecución más utilizado es el del fusilamiento, pero se sigue manteniendo el ahorcamiento y algunos países islámicos incluyen la lapidación y la decapitación. Únicamente USA utiliza los métodos de la silla eléctrica o la inyección letal.

II. La pena de muerte en la Biblia y la tradición eclesial

Como afirma **Blázquez**, "todas las civilizaciones precristianas, de las que poseemos testimonios escritos, admitieron la pena de muerte en sus costumbres y ordenamientos jurídicos. Lo mismo cabe decir de las sociedades que han permanecido fuera del área de la influencia cristiana y también dentro del cristianismo"[2].

En el capítulo dedicado a la Biblia nos extendimos con amplitud sobre la aceptación y aplicación de la pena de muerte en el Antiguo Testamento, que era igualmente admitida en otras culturas próximas. Los delitos que la Biblia condena con la pena de muerte son: la idolatría, la blasfemia, la profanación del sábado, ciertos pecados sexuales…[3]. Se aplica en casos semejantes en otras legislaciones de pueblos circundantes y su justificación procedía, más que de motivos racionales, de reacciones instintivas del psiquismo humano, de fuerzas inconscientes y recónditas, de sentimientos que son como una traducción de la ley del

2. BLÁZQUEZ, N., **Pena de muerte**, Madrid, 1994, 8.

3. DE LA HIDALGA, J. M., *Del `licet´ al `non licet´ en la imposición de la pena de muerte*, en **Lumen** 26 (1976) 248; REMY, S. M., *Peine de mort et vengeance dans la Bible*, en **Sciences Ecclésiastiques** 19 (1967) 323-333. Sobre otras religiones, cf. ARKOUN, M. *Pena de muerte y tortura en el pensamiento islámico*, en **Concilium** n.º 140 (1978) 732-741; THOMA, C., *Pena de muerte y tortura en la tradición judía*, en **Ib**., pp. 719-731.

talión. Es justo que pague con su vida el que ha matado; el asesino se ha hecho indigno de vivir; la piedad hacia el delincuente aparece como solidaridad y aprobación del delito[4].

En el Nuevo Testamento hay un texto clásico sobre la pena de muerte, el de *Rom* 13, 4: "Pero si obras mal tiembla, pues no en vano (la autoridad) se ciñe la espada, siendo como es ministro de Dios, para ejercer su justicia, castigando al que obra mal". Este texto de S. Pablo se enmarca en la actitud de respeto y subordinación a la autoridad que el primer cristianismo subrayó con frecuencia. En ese clima Pablo hace ver que la autoridad puede incluso condenar con la espada, que aparece como símbolo de la pena de muerte, y como otro motivo para incitar a las actitudes de respeto que el ciudadano cristiano debe tener. No es pretensión de S. Pablo justificar o cuestionar la legitimidad de la pena de muerte, sino presentar una situación de hecho en un texto que puede considerarse un bloque independiente, un cuerpo extraño en la teología paulina, ya que parece faltarle la dimensión cristológica o escatológica y la referencia al *agapé*[5].

Hemos comentado en el capítulo dedicado a la tradición de la Iglesia las reticencias ante la pena de muerte dentro de los tres primeros siglos de cristianismo[6]. A fines del siglo IV y comienzo del V, se da un cambio de actitud. Como dice **Rossi**, la Iglesia, integrada en el poder después del Edicto de Constantino, "pareció olvidarse pronto de la sangre de sus mártires... y no se esforzó por eliminar la pena de muerte"[7]. La conversión de un número creciente de funcionarios llevó a aceptar la praxis penal del Imperio. En el 405, **Inocencio I** responde a la pregunta de **Exuperio**, Obispo de Tolosa, sobre qué debe hacerse con los bautizados que ocupan el cargo de verdugos o con los jueces que imponen penas capitales. Según **Vecilla**, todavía seguía latiendo en su respuesta la contradicción entre ser cristiano y condenar a muerte. La respuesta del Papa será: "Las cosas deben seguir como están; no quiero exponerme a perturbar la seguridad pública, ni dar la impresión de

4. Cf. LÓPEZ AZPITARTE, E., *Derecho a la vida y pena de muerte*, en **Proyección** 18 (1981) 275-286.

5. Cf. KÄSEMANN, E., **An die Römer, Handbuch zum Neuen Testament**, Tübingen, 1974.

6. Ver BLÁZQUEZ, N., **Pena**...pp. 17-21.

7. ROSSI, L., *Pena de muerte*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid, 1978, 793-799; BONDOLFI, *Pena de muerte*, en COMPAGNONI, F., PIANA, G., PRIVITERA, S. y VIDAL, M. (Coords.), **Nuevo Diccionario de Teología Moral**, Madrid, 1992, 1383-1391.

que me opongo a las disposiciones de Dios. Ellos –jueces, magistrados, soldados y verdugos– darán cuenta de sus actos"[8].

Se ha presentado a **S. Agustín** como el primero que articula una fundamentación de la pena de muerte en **La ciudad de Dios**. Afirma que "no obraron contra este precepto que dice `no matarás´, quienes por mandato de Dios..., investidos de autoridad pública, a tenor de las leyes... castigaron a los criminales con muerte"[9]. Al mismo tiempo y siguiendo ideas que antes había expresado **Séneca**, afirmará que "no por eso se ha instituido en vano la potestad regia, el derecho de espada justiciera... por temor a esas cosas se reprimen los malos y viven los buenos más tranquilos entre los malos... no es inútil el reprimir la humana audacia por el temor de las leyes, para que la inocencia tenga seguridad entre los malvados, para que esos mismos malvados pierdan por el temor del suplicio su facultad"[10]. Por tanto, justifica la pena de muerte porque sirve para conservar el orden social, induce temor a los criminales y sirve de protección para la gente honrada. Pero, al mismo tiempo, insiste mucho en la misericordia cristiana y apela a la clemencia de las autoridades: "Juez cristiano, cumple el oficio de piadoso padre. Encolerízate contra la iniquidad de modo que no te olvides de la humanidad... Frenando la severidad judicial, mostrad más bien vuestra fe y la mansedumbre de la Iglesia, pues sois hijos de tal madre"[11]. **Blázquez** matiza este planteamiento y afirma que S. Agustín "de hecho negó expresamente la eticidad de la pena capital e indirectamente la negó también de derecho"[12].

La postura de aceptación de la pena de muerte se va imponiendo a lo largo de la Edad Media[13]. Es importante subrayar, como hecho representativo, la profesión de fe impuesta a los valdenses por **Inocencio III** en 1208: "En relación con el poder civil, afirmamos que, sin caer en pecado mortal, puede ejercitarse el derecho a la pena capital, con tal de

---

8. MANSI, J. D., **Sacrorum Conciliorum Nova et Amplissima Collectio**, Arnhem/Leipzig, 1927, t. 3, col. 1039-1040; Cf. VECILLA, L., **Defensa de la vida humana**, vol. I, Valladolid, 1965, 93-94; *Ordenamiento divino de la vida humana*, en **Revista Española de Derecho Canónico** 14 (1959) 54; COMPAGNONI, F., *Pena de muerte y tortura en la tradición católica*, en **Concilium** n.º 140 (1978) 689-706.

9. SAN AGUSTÍN, **La ciudad de Dios**, Madrid, 1964, l. I, cap. 21, p. 41.

10. SAN AGUSTÍN, **Carta 153**, a **Macedonio**, Madrid, 1953, cap. 6, 16, pp. 349 y 351.

11. SAN AGUSTÍN, **Carta 133, a Marcelino**, Madrid, 1953, 1 y 3, pp. 91 y 95.

12. BLÁZQUEZ, N., **Pena**... p. 28; Cf. del mismo autor, **La pena de muerte según san Agustín**, Madrid, 1977; SAVEY-CASARD, P., *L´Église Catholique et la peine de mort*, en **Revue de Science criminelle et de Droit penal comparé** 36 (1961) 774.

13. BLÁZQUEZ, N., **Pena** ... pp. 28-41.

que el castigo no se inflija por odio, sino por prudencia; no de manera incauta, sino después de madura reflexión" (*non odio, sed iudicio, non incaute sed consul*te)[14]. Igualmente, las *Decretales* del siglo XII reconocían la legitimidad de la pena de muerte impuesta por el Estado. La Iglesia no tiene este poder, ya que su misión es espiritual, pero no pone reparos a la ejecución civil aun cuando se imponga a los herejes por delitos cometidos contra la fe[15].

En el siglo XII se consolida la postura eclesial de aceptación de la pena de muerte. Deben citarse aquí, de forma especial, **Ivo de Chartres** y el **Decreto de Graciano**[16], que preparan el terreno para la toma de postura de **Tomás de Aquino** quien afirma que la pena de muerte "es legítima y necesaria para la conservación del orden", doctrina que será seguida por sus comentadores. Una primera razón es la **defensa de la sociedad**: "Si un hombre es peligroso para la sociedad... laudable y saludablemente se le quita la vida para la conservación del bien común", y recurre, como antes lo habían hecho **Platón** y **Séneca**, a la metáfora del cuerpo humano, ya que el delincuente es un miembro podrido que puede inficionar a los demás: "Toda parte se ordena al todo como lo imperfecto a lo perfecto, y por ello cada parte existe naturalmente para el todo. Así que vemos que, si fuera necesario a la salud de todo el cuerpo humano la amputación de algún miembro, por ejemplo, si está podrido y puede inficionar a los demás, tal amputación sería laudable y saludable. Pues bien, cada persona singular se compara a toda la comunidad como la parte al todo; y, por lo tanto, si un hombre es peligroso a la sociedad y la corrompe por algún pecado, laudable y saludablemente se le quita la vida para la conservación del bien común, pues, como afirma S. Pablo (*1Cor* 5, 6), 'un poco de levadura corrompe toda la masa' "[17]. Por otra parte, el delito hace perder al hombre su dignidad humana y no hay inconveniente en quitarle la vida ya que se ha convertido en un peligro para los demás: "Aunque matar al hombre que conserva su dignidad sea en sí malo, sin embargo, matar al hombre pecador puede ser bueno, como matar a una bestia, pues peor es el hombre malo que una bestia y causa más daño, como dice Aristóteles"[18].

---

14. Cf. DENZINGER, E., **El Magisterio de la Iglesia**, Barcelona, 1963, n.º 425.
15. Cf. COMPAGNONI, F., *Pena de muerte*... p. 700.
16. **Decretum Gratiani**, Venecia, 1595, vol. II, cap. XXXIII, q. V, c. 47, p. 1269. Cf. BLÁZQUEZ, N., **Pena**... pp. 43-47.
17. TOMÁS DE AQUINO, **Summa Theologica**, II-II, q. 64, a. 2; Cf**. Summa contra gentes**, III, cap. 146.
18. TOMÁS DE AQUINO, **Summa Theologica**, II-II, q. 64, a. 2.

Al mismo tiempo, afirma que la pena de muerte debe aplicarse como *ultima ratio*, de la misma forma que no se puede amputar un miembro sino cuando no hay otra posibilidad de curación[19]. También falta la referencia a la misericordia cristiana que recogía **S. Agustín**, situando el perdón en el nivel individual, pero no en el de la autoridad pública. Acepta las medidas de gracia, pero debe velarse para que no resulten un daño contra la sociedad.

Los teólogos y juristas españoles del siglo XVI profundizarán en la doctrina católica sobre la pena de muerte, que, junto con la legítima defensa y la guerra justa, constituyen las excepciones clásicas al 5º mandamiento[20]. Argumentan desde su necesidad para preservar el orden social, para proteger los derechos de los ciudadanos, usando la imagen del miembro podrido cuya amputación es legítima (así lo hacen, entre otros, **Molina**, **Vitoria**, **Báñez** y **Soto**). Afirman que, de la misma forma que el hombre puede disponer de los animales, ya que están ordenados a aquél, también la sociedad tiene derecho a quitar la vida a algunos de sus miembros, cuando se hacen incompatibles con el bien social[21].

Alfonso de Castro es el que mejor profundiza sobre este tema, subrayando que la imposición de la pena de muerte debe aplicarse a crímenes gravemente injuriosos contra Dios o contra los hombres, que perjudiquen notablemente el bien común, debiéndose aplicar a delincuentes incorregibles[22]. Sintetiza los cuatro argumentos que la justifican: el argumento *defensista* (para salvar a los inocentes de la amenaza de los malvados); el *disuasorio* (intimida al delincuente ante el temor de la pena); *satisfactorio* o *compensatorio* (ya que la justicia debe reparar el escándalo y la violación del orden social, causados por el delito) y, finalmente, el *utilitario-espiritualista* (porque suele ser beneficiosa para el culpable y "más vale morir que vivir mal").

En la misma línea se sitúa el *Catecismo de Trento* (1566): "Ejerciendo justamente este oficio, tan lejos están de ser reos de muerte, que antes bien guardan exactamente esta ley divina que manda no matar", ya que "reprimida la osadía y las injurias con las penas, está segura la vida de

19. **Ib**.

20. Para muchos de los contenidos de las siguientes líneas me ha servido de gran ayuda: GALLEGO DÍAZ, M., **La pena de muerte. Un estudio de teología moral** (Tesis de Licenciatura en Teología, Universidad Pontificia Comillas Madrid, 1980).

21. Sobre **Francisco de Vitoria**, cf. BLÁZQUEZ, N., **Pena**... pp. 77-102.

22. CASTRO, A. DE, **De iusta haereticorum punitione**, l. II, cap. XII.

los hombres"[23]. Por tanto, la doctrina de la Iglesia a partir de **Constantino** y, sobre todo, desde el siglo XIII, ha considerado la pena de muerte como una sanción justa y legítima. Pero esta tesis ha tenido también sus detractores y no tiene razón **Messineo** al afirmar que existió plena unanimidad desde los Santos Padres hasta **Tomás de Aquino**[24]. Sin embargo, no todo ha sido tan evidente, como lo muestra el rechazo social del verdugo. La misma Iglesia, en el *Código de Derecho Canónico* de 1917, consideraba "irregulares" no sólo al verdugo, sino a sus auxiliares y al juez que pronuncia la pena de muerte[25].

En el siglo XVIII la oposición a la pena de muerte comienza a adquirir un mayor relieve desde la obra de **César Beccaria**, *Dei delitti e delle pene*, publicada en 1794 y que constituye el inicio del movimiento abolicionista[26]. El libro de **Beccaria** fue incluido en el índice de libros prohibidos por su oposición a la pena de muerte. Suele citarse al jurista italiano como el primer abolicionista moderno, aunque admitió la licitud de la pena de muerte cuando fuese necesaria "para la seguridad de la nación".

En los siglos XIX y XX se dan tres tipos de argumentos para justificar la pena de muerte. El primero es el carácter de *retribución* o *expiación* asociado con dicha pena, que restablece el orden eterno violado, así como para evitar el relajamiento del orden moral y defender el bien. Este argumento era utilizado en el siglo XIX por **D'Hulst**, **Meyer**, **Herbert**...[27]. El segundo argumento es el carácter *disuasorio* o *intimidatorio* de la pena de muerte para impedir los actos delictivos. Finalmente, se repetía el argumento defensista: la necesidad de la pena de muerte como última *ratio* para la defensa de la sociedad y la salvaguarda del orden público. **Hörmann** añadirá que esa pena no es ofensa a la dignidad humana, ya que el mismo delincuente se ha desposeído de esa dignidad[28] y **Cathrein** juzgará que no es incompatible con el progreso, pero añadiendo que si puede lograrse la disuasión con penas menores, "el poder público no tendría ese derecho"[29].

---

23. **Catecismo de Trento**, cap. VI, n.º 4.
24. MESSINEO, A., *Il diritto alla vita*, en **La Civiltà Cattolica** (1960-II) 449-462.
25. **CIC** 984, 6 y 7.
26. BECCARIA, C., **De los delitos y de las penas**, Madrid, 1982.
27. D'HULST, M., **Conférences de Notre Dame**, París, 1900, 3ème conférence; MEYER, Th., **Institutiones Iuris Naturalis**, Freiburg i. Br., 1900, t. II, n.º 596; HERBERT, P., *La justice criminelle et la peine de mort*, en **Revue Thomiste** 2 (1894) 614-637..
28. HÖRMANN, K., **Diccionario de Moral cristiana**, Barcelona, 1975, 958-963.
29. CATHREIN, V., **Philosophia moralis**, Freiburg i. Br., 1895, n.º 638.

Por otra parte, comienzan a aparecer los que podrían considerarse como *abolicionistas condicionados o circunstanciales*: la pena de muerte es una institución de derecho natural, pero no es necesaria siempre y en todas las circunstancias. Así **L. Leclercq**, para el que sólo es legítima cuando lo exige la defensa de la colectividad y se fundamenta en la existencia de una necesidad social[30]. Por ello, la pena de muerte ha podido ser útil en otros tiempos y estados poco civilizados, pero hoy ya no lo es en Europa Occidental y América. **B. Häring** mantenía un punto de vista similar[31].

III. El Magisterio reciente de la Iglesia

Pío XII admite la legitimidad de la pena de muerte: "Está reservado al poder público privar al condenado del bien de la vida, como expiación de su culpa y después de que, por su crimen, ha quedado ya desposeído de su derecho a la vida"[32].

El Vaticano II en la *Gaudium et spes*, n.º 27, condena una serie de agresiones contra la vida humana, entre las que incluye, como ya hemos visto, "el aborto, la eutanasia y el mismo suicidio deliberado", y añade una serie de violaciones contra la integridad de la persona y la dignidad humana, entre las que cita las mutilaciones, las torturas morales y físicas, las detenciones arbitrarias, como infamantes y degradantes para la civilización humana, pero sin incluir la pena de muerte dentro de esa lista de violaciones contra la dignidad de la persona.

Por el contrario, existen varios documentos episcopales favorables a la abolición de la pena de muerte. Así se expresaron los Obispos de Canadá en 1973: "En nuestra opinión no está probado que sea legítimo mantener la pena de muerte"[33]. Es excelente el documento de la *Comisión Social del Episcopado francés* de 1978, en un momento en que los ciudadanos franceses eran favorables a esa institución en un 71%: "El rechazo de la pena de muerte corresponde entre nuestros contemporá-

30. LECLERCQ, J., **Derechos y deberes del hombre según el derecho natural**, Barcelona, 1965, 86-87.

31. HÄRING, B., **La ley de Cristo**, II, Barcelona, 1964, 182-184.

32. PIO XII, *Discurso al Primer Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso* en **Ecclesia** n.º 585 (13 de septiembre de 1952) 345. M. BARBERO dirá que este argumento "lleva a la equiparación del hombre a una bestia... cuya vida estuviere desprovista de valor vital" (**La pena de muerte, problema actual**, Murcia, 1964).

33. *Les évêques canadiens et la peine de mort*, en **La Documentation Catholique** 70 (1973) 246.

neos a un progreso realizado en el respeto a la vida humana. Para nosotros, este progreso en el respeto del hombre es una semejanza del respeto con que Dios rodea a la criatura... Basados en este conjunto de razones y tras una madura reflexión, los firmantes de esta nota estiman que en Francia la pena de muerte debería ser abolida"[34]. Igualmente la Conferencia Nacional de Obispos USA en 1978 y 1981[35]. Los Obispos Españoles, en su pastoral sobre *Matrimonio y Familia hoy* (1979), al condenar el aborto por el reconocimiento del señorío de Dios sobre la vida humana y por la convicción del valor primario de esa vida, añaden que "en una perspectiva semejante debe situarse también la actitud cristiana ante la pena de muerte, la guerra y otros hechos en que está en juego la vida humana"[36].

Uno de los puntos más controvertidos del *Catecismo de la Iglesia Católica*, 1992, es el contenido en los números 2265-67. Allí se afirma, después de haber hablado de la legitimidad, e incluso de la obligatoriedad de la legítima defensa, que la enseñanza tradicional de la Iglesia ha reconocido el poder de la autoridad pública para imponer penas proporcionadas a la gravedad de los delitos, "sin excluir, en casos de extrema gravedad, la pena de muerte". Se trataría del antiguo argumento defensista. Pero se añade, a continuación y refiriéndose al sentido de la pena –aunque no se aplica explícitamente a la de muerte– el argumento expiatorio, ya que la pena tiende a "compensar el desorden introducido por la falta" y tiene un significado de expiación si es aceptada voluntariamente por el culpable. Finalmente se alude al sentido medicinal de la pena, ya que debe contribuir a la corrección del inculpado[37].

---

34. COMISIÓN SOCIAL DEL EPISCOPADO FRANCÉS, *Elementos de reflexión sobre la pena de muerte*, en **Ecclesia**, n.º 1735 (4 de febrero de 1978) 137-143. Ver también la declaración *Justice humaine et peine de mort*, del Cardenal R. Etchegaray, en **La Documentation Catholique** 75 (1978) 115.

35. *Declaración de la Conferencia Episcopal de los Estados Unidos*, en **Ecclesia** n.º 2038 (11 de julio de 1981) 858-862.

36. CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, *Matrimonio y familia hoy*, en **Ecclesia** n.º 1942 (14 de julio de 1979) 992.

37. Hay muchos comentarios a este punto del Catecismo: D`AGOSTINO, F., *Porte aperte: la pena di morte come problema*, en **Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto** 69 (1992) 393-403; FERRARI, P., *La pena di morte nel Catechismo della Chiesa Cattolica*, en **La Civiltà Cattolica** (1993-IV) 14-26; FISICHELLA, R. (Ed.), **Catechismo della Chiesa Cattolica. Testo integrale e commentario teologico**, Roma, 1994; FERRER, V., *La pena de muerte en el nuevo Catecismo*, **Páginas** 126 (1994) 6-10; GARCÍA DÍAZ, F., *El Catecismo condena la pena de muerte*, en **Ecclesia** n.º 260 (10 de octubre de 1992) 1541; LÓPEZ AZPITARTE, E., *La pena de muerte en el nuevo Catecismo*, en **Razón y Fe** 227 (1993) 265-275; PERICO, G., *Ripristinare la pena di morte?*, en **Aggiornamenti sociali** 44 (1993) 23-27; SCHINELLA, I., *Pena di morte e perdono*, en **Rivista di Teologia Morale** 95 (1992) 367-373.

Juan Pablo II aborda este tema en la *Evangelium Vitae*, valorando positivamente el que crezcan en el mundo las actitudes de oposición a la pena de muerte: existe una "aversión cada vez más difundida en la opinión pública a la *pena de muerte*, incluso como instrumento de `legítima defensa´ social, al considerar las posibilidades con las que cuenta la sociedad moderna para reprimir eficazmente el crimen de modo que, neutralizando a quien lo ha cometido, no se le prive definitivamente de la posibilidad de redimirse" (n.º 27). En efecto, existe "tanto en la Iglesia como en la sociedad civil, una tendencia progresiva a pedir una aplicación muy limitada, e incluso, su total abolición", que se enmarca "en la óptica de una justicia penal que sea cada vez más conforme con la dignidad del hombre y por tanto, en último término, con el designio de Dios sobre el hombre y la sociedad" (n.º 56).

Pero, siguiendo los contenidos del *Catecismo*, admite su legitimidad en circunstancias muy graves y excepcionales, incluso llegando a afirmar que estas situaciones no se dan: "Hoy, sin embargo, gracias a la organización cada vez más adecuada de la institución penal, estos casos son *muy raros, por no decir prácticamente inexistentes*" (n. º 56).

El tema de la pena de muerte está tratado en relación con el de la pena en general, subrayando que ésta tiene el sentido de reparar el orden violado y de ayudar al delincuente a su enmienda y reinserción (n.º 56; cf. n.º 9 y 27). Considera que el primer efecto de la pena es "compensar el desorden introducido por la falta". La autoridad debe reparar la violación de los derechos personales y sociales mediante la imposición al reo de una adecuada expiación del crimen como condición para ser readmitido al ejercicio de la plena libertad. Así se preserva el orden público y la seguridad de las personas y se ofrece al reo "un estímulo y una ayuda para corregirse y enmendarse". La medida y la calidad de la pena deben ser valoradas y decididas atentamente, "sin que se deba llegar a la medida extrema de la eliminación del reo salvo en casos de absoluta necesidad, es decir, cuando la defensa de la sociedad no sea posible de otro modo" (n.º 56).

Por tanto y como decía el *Catecismo*, debe darse preferencia a los medios incruentos, porque corresponden mejor al bien común y a la dignidad de las personas. El Cardenal **J. Ratzinger** considera que la *Evangelium Vitae* constituye un avance significativo en relación con la redacción previa del *Catecismo* y que éste debería ser revisado en este punto y a la luz de la Encíclica, como efectivamente así se hizo[38].

38. Cf. GAFO, J., *La Evangelium Vitae: una defensa apasionada de la vida humana*, en **Razón y Fe** 231 (1995) 583-598.

IV. Reflexión ética sobre la pena de muerte

En los últimos tiempos es frecuente en la teología católica el rechazo de la pena de muerte: así lo hacen **Ch. Curran** y **R. A. McCormick** en un país como USA en que muchos Estados son retencionistas. También **Günthör** es próximo a la abolición, como igualmente lo son **De la Hidalga**, **N. Blázquez** y **E. López Azpitarte** entre los teólogos españoles[39]. **A. Hortelano** afirma que "la pena de muerte no está de acuerdo ni con el respeto que se debe a la dignidad de la persona humana, ni con el dinamismo del amor que Jesús ha venido a traer al mundo"[40].

Ante todo nos parece necesario superar ciertos condicionamientos que han estado en la base de la legitimación de la pena de muerte. Los más significativos son los siguientes:

a) Superación de una **mentalidad mágica, arcaica y ritual**, que ha estado presente en nuestro pasado cultural. De acuerdo con esa mentalidad, la pena de muerte se convertía en un acontecimiento que tenía ciertos rasgos sagrados, ya que el delincuente se había hecho indigno de vivir y tenía que expiar su delito con la muerte. El orden vital había sido violado y se exigía una reparación, con el peligro de que se calificase como expiación lo que, en realidad, podía ser una forma de venganza, dando una apariencia humanista, de reparación del orden violado, a lo que era un argumento visceral. Este énfasis en la reparación del orden violado llevaba a **Kant** a afirmar que "aun cuando se disolviera la sociedad civil con el consentimiento de todos sus miembros (por ejemplo, decidiera disgregarse y diseminarse por todo el mundo el pueblo que vive en una isla), antes tendría que ser ejecutado hasta el último asesino que se encuentre en la cárcel, para que cada cual reciba lo que merecen sus actos y el homicidio no recaiga sobre el pueblo que no ha exigido este castigo"[41]. Por el contrario, debe citarse a **K. Barth** que afirma que en la muerte de Jesús se realizó de una vez para siempre la expiación del

39. CURRAN Ch., *Human Life*, en **Chicago Studies** 13 (1974) 284; McCORMICK, R. A., *Entrevista* en **National Catholic Reporter,** 6 abril 1973; BLÁZQUEZ, N., **La pena**... pp. 103 ss; CONCETTI, G., *La peine de mort peut-elle encore être considérée comme légitime?*, en **La Documentation Catholique** 74 (1977) 187-188; *La peine de mort*, en **Ib**. 75 (1978) 896-897; DE LA HIDALGA, J. M., *Del `licet´*... 245-270; GÜNTHÖR, A., **Chiamata e risposta. Una nuova teologia morale**, Roma, 1976, 546-558; LÓPEZ AZPITARTE, E., *Derecho a la vida y pena de muerte*, en **Proyección** 18 (1981) 275-285; *Riflesioni sulla pena di morte*, en **La Civiltà Cattolica** (1981-I) 417-428; VALADIER, P., *Les évêques pour l'abolition de la peine de mort*, en **Études** 149 (1978) 742-748.

40. HORTELANO, A., **Problemas actuales de moral II**, Salamanca, 1980, 157.

41. KANT, I., **La Metafísica de las Costumbres**, Madrid, 1989, 168-169.

pecado y que, a partir de esa muerte, Dios ha privado a los hombres de la aplicación de la muerte como instrumento de castigo[42].

b) También habría que cuestionar la idea de la **delegación divina**, por la que la vida del hombre es sagrada, sólo pertenece a Dios y sólo Él puede disponer de ella, aunque también puede hacerse por la delegación divina a la autoridad (ésta era la postura de **Inocencio I**, **San Agustín** y **Santo Tomás** e, igualmente, de **Lutero** y **Calvino**)[43]. Esta mentalidad choca con la conciencia del hombre actual sobre la inviolabilidad de su libertad y de sus derechos fundamentales. Con el proceso de secularización y de desacralización, esta idea ha perdido su fuerza y los jueces no imponen las penas en nombre de la ley de Dios o de la delegación divina. La concepción creyente, antes citada, es, sin duda, válida, pero no lo es en el debate secular actual.

c) En tercer lugar debe cuestionarse la legitimidad de la pena de muerte como **exigencia del derecho natural** para conservar el bien común y el orden público (así lo afirmaban **Tomás de Aquino**, **F. Suárez**, **Lugo, Messineo**...) Como subraya **Vecilla**, el bien común no es sólo fundamento de los poderes del Estado, sino que también señala los límites de los mismos[44]. Surge, en efecto, la pregunta sobre si la dignidad del ser humano no debe llevar a la exclusión de la pena de muerte. Carece de valor el argumento que subraya que el malhechor ha perdido su dignidad, su derecho a la vida, como consecuencia de su delito, ya que esa dignidad no desaparece de ningún hombre, ni aun del mayor criminal. Esta forma de argumentar estaba presente, como antes indicamos, en **Tomás de Aquino**, pero todavía la mencionaba **Pío XII**.

Esta justificación de la pena de muerte, a partir del derecho natural, ha recurrido a un doble argumento:

En primer lugar, se ha fundamentado en el **principio de totalidad**, en la afirmación de que la parte está ordenada al todo, por lo que es legítimo sacrificar una parte en beneficio del todo. Es el antiguo argumento que relacionaba la pena de muerte con la amputación de un miembro gangrenado y que se traslada ahora del organismo físico al social. Pero no es lo mismo, de ninguna manera, sacrificar un órgano que sacrificar

42. BARTH, K., **Dogmatique** vol III/4, Ginebra, 1965, 131.

43. Sobre la postura de los reformadores ante la pena de muerte, cf. HONECKER, M., *La pena de muerte en la teología evangélica*, en **Concilium** n.º 140 (1978) 707-718; BLÁZQUEZ, N., **Pena**... 64-66; 77-102.

44. VECILLA, L., *La Iglesia y la pena capital*, en **Revista de la Escuela de Estudios Penitenciarios** 167 (1964) 664-665.

una persona. Hoy existe una diferente concepción del Estado, al que antes se concedía amplia potestad para disponer de la vida de los ciudadanos. **Tomás de Aquino** defendía esta subordinación del individuo al Estado: la parte se ordena al todo como lo imperfecto a lo perfecto. Pero en las tensiones actuales sobre la relación entre el individuo y la sociedad, no puede olvidarse, como afirma *Gaudium et spes* (n.º 26), que las instituciones deben subordinarse a las personas, y no al revés, y que la protección de la sociedad no puede recurrir a cualquier método.

El segundo argumento es el de la **legítima defensa**, ya que el Estado tiene la obligación de defenderse de aquellos agresores que destruyan gravemente el bien común y si la sociedad renuncia a esa pena, aparecerá la defensa individual con mayores peligros de abusos. Por otra parte, no se trata de una disposición despótica sobre la vida de los ciudadanos, sino que se ha insistido en las condiciones exigibles para que no se actúe con ligereza. Sin embargo, en el caso de la pena de muerte no se dan las condiciones que legitiman la defensa propia, ya que no se trata de una agresión ni actual ni inminente y, en el caso de la legítima defensa, una vez que cesa la agresión, el agredido ya no tiene derecho a aquélla.

Pero no sólo se trata de la superación de ciertos elementos vigentes en el pasado, sino también del reconocimiento de **nuevos factores valorativos** en este tema. En el pasado existía un gran énfasis en el valor de la autoridad y del orden público y se ponía un mayor acento en la defensa de la sociedad que en la protección de las personas. Además, la sociedad no contaba con los medios actuales para luchar contra la delincuencia y existía una menor valoración de la vida humana, como consecuencia de la misma precariedad de la existencia de los hombres, continuamente amenazada por enfermedades a las que no se podía combatir.

Hoy, por el contrario, se afirma una **concepción personalista** del bien común, por la que la persona se ha convertido en protagonista del orden social y político. Así *Gaudium et spes* subraya que la tarea del Estado es la personalización de la sociedad. Afirma que la acción social tiene como objetivo central el respeto de la dignidad humana: "El orden social y su progresivo desarrollo deben en todo momento subordinarse al bien de la persona, ya que el orden real debe someterse al orden personal, y no al contrario" (n.º 26; cf. n.º 27); la vida social debe construirse sobre el hombre (n.º 31) y la sociedad y sus bienes deben ordenarse hacia el hombre (n.º 29-30). Por tanto, el bien personal es lo primario en el bien común.

Por tanto, *Gaudium et spes* afirma que el bien social debe subordinarse al bien de la persona. Como decíamos antes, ése es el contexto en que se condena el homicidio, el aborto, la eutanasia, las torturas... aunque no se citase allí la pena de muerte. Es importante subrayar que esta visión personalizada del bien común aparecerá también en **Juan XXIII (***Mater et Magistra*, n.º 65 y *Pacem in terris*, n.º 60): "El bien común consiste principalmente en la defensa de los derechos y deberes de la persona humana". Ello lleva a la afirmación de que la pena impuesta debe ser coherente con la dignidad de la persona y el Estado debe promover un bien común centrado en la dignidad personal. Este nuevo contexto personalista debe constituir el marco para afrontar hoy la legitimidad de la pena de muerte.

Partiendo de los presupuestos que acabamos de subrayar y siguiendo a **Beristain**[45], la reflexión ética que admita la pena de muerte debería probar que se trata de una pena útil, necesaria y digna. Estos tres aspectos son los que pasamos ahora a desarrollar:

a) **Utilidad de la pena de muerte**: ¿Qué aporta hoy la pena de muerte al bien común? En primer lugar, no compensa a la propia víctima ni a sus familiares, a no ser que se afirme que la venganza es una justa compensación. También es muy discutible que contribuya a la ordenación pacífica de la sociedad (incluso se llegó a la conclusión en el siglo XIX de que podía tener un efecto criminógeno, ya que hubo estudios que mostraron que la mayoría de las personas ejecutadas habían contemplado previamente otras ejecuciones públicas, por lo que éstas dejaron de serlo en Inglaterra). Esto significa que el antiguo argumento *intimidatorio* o *disuasorio* tiene su valor, pero es sumamente discutible en un tema que suele plantearse de una forma más irracional que objetiva: la comparación de los Estados USA, abolicionistas y retencionistas, no lleva a la conclusión de que los delitos de sangre sean menos en los que aplican la pena capital[46].

Habría que tomar además en consideración la situación psicológica de muchos asesinos y que la mayoría de los homicidios se cometen en situaciones altamente emocionales y pasionales, en donde el efecto disuasorio tiene un valor relativo. Los homicidas con mucha frecuencia se encuentran en una situación sin salida, lo que les impide tomar en

45. BERISTAIN, A., *El catolicismo ante la pena de muerte*, en **Iglesia viva** 69 (1977) 249-269.
46. Cf. LANDECHO, C., *Reflexión criminológica sobre la pena de muerte*, en **Razón y Fe** 182 (1970) 447-468; DE LA HIDALGA, J. M., *Del 'licet'...* pp. 263-264.

consideración la posibilidad de la pena de muerte. Como afirma **López Rey**, "la intimidación actúa, pero sus efectos se hallan unas veces favorecidos y otras anulados por otros factores, sin que pueda establecerse, en ningún caso, una relación directa entre intimidación y prevención del delito"[47].

Por otra parte, debe subrayarse que la pena de muerte no tiene ningún significado educativo o resocializador para el delincuente: simplemente se le elimina y se le niegan las posibilidades de cambio.

b) **Necesidad de la pena de muerte**: Según **A. Beristain,** la pena en general es necesaria para la afirmación y confirmación de los valores que son indispensables para la convivencia social y como última arma en la defensa de la sociedad, ya que no se han encontrado fórmulas distintas para reafirmar y proteger los valores comunitarios. La pena tiene también un significado *retributivo,* de devolución de los bienes perdidos, por lo que su contenido debe guardar relación con la entidad del delito. Pero la pena tiene también el significado de **corrección y reinserción social** y **prevención** contra delitos futuros. Estos datos son los que confirman la legitimidad de un sistema penal.

Pero otra cosa es la pena de muerte. Salta a la vista que no tiene el significado de reinserción social. Por otra parte, ¿quién es capaz de evaluar el grado de libertad y de culpabilidad del delincuente? Además, no pueden excluirse absolutamente los errores judiciales y existen casos comprobados de ejecuciones capitales aplicadas a personas, que posteriormente se mostró eran inocentes (el más famoso, llevado al cine, es el de los anarquistas **Nicola Sacco** y **Bartolomeo Vanzetti**). Quizá se puede argüir que la pena de muerte fue necesaria en otros tiempos, pero hoy existen otros mecanismos de defensa eficaz de la sociedad. En varios países, la principal presión hacia la reinstauración de la pena de muerte se centra en los delitos de terrorismo. Pero no se puede olvidar que esa pena suele ser interpretada como un acto glorioso por aquellos que defienden los móviles políticos de los terroristas y que éstos tienen unos ideales políticos capaces de asumir el riesgo de la pena de muerte.

Finalmente, hay que añadir dos últimas y muy importantes reflexiones. Mientras no se muestre rigurosamente que la pena de muerte es útil y necesaria, en una situación de duda, no debería admitirse una

47. LÓPEZ REY, M., *La prevención del delito y la pena de muerte* en **Pena de morte. Coloquio Internacional do centenario da abolição da pena de morte em Portugal**, Coimbra, 1967.

pena que tiene un carácter irreversible, que no puede excluir las sentencias erróneas[48] y que cierra al delincuente toda posibilidad de reinserción. Estando en juego un valor fundamental, el de la vida humana, el llamado "*beneficio de la duda*" debería llevar a la no aceptación de la pena de muerte. En una línea similar, **López Azpitarte** afirma que "el argumento racional más convincente para su eliminación radica en la falta de argumentos racionales para su existencia"[49].

c) Pero, además, hay que hacer otra pregunta central: ¿Es la pena de muerte **digna** del hombre? Aunque se mostrase que es útil y necesaria, desde una visión personalista del bien común, debería siempre respetar la dignidad de la persona. Esto lleva, en primer lugar, a tener en cuenta el contexto social de la delincuencia. Como afirma **López Azpitarte** en una larga y excelente cita: "Impresiona constatar las condiciones sociales que llevan al crimen y los signos de limitaciones psicológicas que con tanta frecuencia se observan en los asesinos. Las estadísticas muestran que la mayoría de las ejecuciones se aplican en detrimento de los indigentes y marginados, personas incultas y sin formación, a las que la sociedad no ha sabido integrar por negarles los privilegios que otros hemos tenido, como si la bondad fuera patrimonio exclusivo de una sola raza o clase social. La pregunta se hace entonces inevitable: ¿es justa la muerte para aquellos criminales que la misma sociedad ha fomentado con sus desigualdades e injusticias? A los enfermos peligrosos no se les mata, sino que se les cura, si es posible, y se les impide que hagan daño"[50]. En esa misma línea se manifestaban los obispos franceses, aludiendo en concreto a "la dislocación de las familias..., la miseria, el paro, el alcoholismo, la excitación sexual, la ostentación de violencia, las desigualdades irritantes y, finalmente, la obsesión del dinero en una sociedad de consumo donde todo está organizado para estimular los deseos a fin de acelerar la economía"[51].

El unánime rechazo actual hacia la tortura o las mutilaciones no significa negar su utilidad o necesidad, pero se considera que no son compatibles con la dignidad del ser humano, que se mantiene siempre, a

48. Un estudio llevado a cabo por abogados de la Unión Americana de Derechos Civiles mostraba que 343 personas fueron condenadas en USA a muerte, siendo totalmente inocentes, de las que 25 fueron ejecutadas (**Diario 16**, 12 de enero de 1986).

49. LÓPEZ AZPITARTE, E., *Derecho a la vida*... p. 282.

50. LÓPEZ AZPITARTE, E., *La pena de muerte*... pp. 269-270.

51. COMISIÓN SOCIAL DEL EPISCOPADO FRANCÉS, *Elementos de reflexión*... p. 143.

pesar de los delitos cometidos. Esto suscita el interrogante de si la pena de muerte no conlleva un abuso del hombre contra el hombre y es un signo de no-civilización. Como afirman los Obispos franceses, en el documento antes citado, el creciente rechazo hacia la pena de muerte es signo de "progreso en el respeto de la vida". Si las torturas y las mutilaciones aparecen hoy como ejemplos de un tratamiento indigno del ser humano, es muy probable que las generaciones futuras serán unánimes en condenar, de la misma forma, la pena de muerte como incompatible con la dignidad de todo ser humano. En este y otros temas, debe constituir siempre un motivo serio de reflexión lo que decía **K. Barth**: "Que las cosas hayan podido pasar de esta manera bajo los ojos de todas las iglesias cristianas, que permanecían silenciosas o daban abiertamente su aprobación, es una de las causas, con otras de este mismo género, que explican la suerte de plácido descrédito en que ha caído el Evangelio durante los tiempos modernos"[52].

Por tanto y en resumen, creemos que los principales argumentos en contra de la pena de muerte son los siguientes:

- La sociedad debe proteger a sus miembros contra la delincuencia, pero no con cualesquiera medios, sino sólo con los que son propios de la dignidad humana. La sociedad tiene otros medios eficaces para conseguir esa defensa.
- La pena de muerte no tiene el efecto disuasorio que frecuentemente se le atribuye.
- Aplicando la pena de muerte al homicida, no se reestablece el orden violado, ni se devuelve la vida a la víctima, sino que se le quita al asesino.
- La pena debe tener un carácter medicinal y resocializador que, evidentemente, no se da en la pena de muerte.
- La pena de muerte pone en peligro uno de los valores más importantes adquiridos por la civilización: el valor y la dignidad de la persona humana y su derecho inalienable a la vida.
- La visión bíblica del Dios de la vida, las enseñanzas de Jesús en el Sermón del Monte, los mandamientos evangélicos del perdón y de la misericordia, el valor de todo ser humano en el mensaje de Jesús... llevan a la afirmación de que no debería aceptarse éticamente la pena de muerte.

52. BARTH, K., **Dogmatique** vol. III/4... p. 126.

BIBLIOGRAFÍA

AMNISTÍA INTERNACIONAL (Ed.), **Cuando es el Estado el que mata…Los derechos humanos frente a la pena de muerte**, Madrid, 1989.

AA. VV., en AMNISTÍA INTERNACIONAL (Ed.), **La pena de muerte y su abolición en España**, 1995.

AA. VV., **La pena de muerte en el mundo**, Casale Monferrato, 1983.

AUBERT, J. M., **Chrétiens et la peine de mort**, París, 1978.

BECCARIA C., **De los delitos y de las penas**, Barcelona, 1983.

BERISTAIN, A., El *catolicismo ante la pena de muerte*, en **Iglesia viva** 69 (1977) 249-269.

BLÁZQUEZ, N., **Pena de muerte**, Madrid, 1994.

BONDOLFI, A., *Pena de muerte*, en COMPAGNONI, F., PIANA, G., PRIVITERA, S. y VIDAL, M. (Coords.), **Nuevo Diccionario de Teología Moral**, Madrid, 1992.

DE LA HIDALGA, J. M., *Del 'licet` al 'non licet` en la imposición de la pena de muerte, hoy*, en **Lumen** 25 (1976) 248.

DÍEZ SÁEZ, M., **La pena de muerte en defensa de la vida**, Madrid, 1990.

DUFF, Ch., **La pena de muerte**, Barcelona, 1983.

HERNANDO, B., *El cristianismo y la pena de muerte*, en **Razón y Fe** 217 (1988) 145-153.

IMBERT, J., **La pena de muerte**, México, 1993.

LÓPEZ AZPITARTE, E., *Derecho a la vida y pena de muerte*, en **Proyección** 18 (1981) 275-285.

ROSSI, L., *Pena de muerte*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Paulinas, Madrid, 1978, pp. 793-799.

SALADO OSUNA, A., **La pena de muerte en Derecho Internacional: una excepción al derecho a la vida**, Madrid, 1999.

SUEIRO, D., **La pena de muerte y los derechos humanos**, Madrid, 1987.

VECILLA, L., *Ordenamiento divino de la vida humana*, en **Revista Española de Derecho Canónico** 14 (1959) 37-72.

Capítulo decimotercero

ENSAYOS CLÍNICOS EN SERES HUMANOS

1. Introducción

1. Historia de la experimentación humana

Son varios los temas de Bioética en que hay que hacer referencia a la época nazi: los de la eugenesia, la eutanasia, la esterilización de las personas con deficiencias y, también, el de la experimentación en el ser humano. En efecto, numerosos médicos alemanes realizaron en los campos de concentración nazis toda una serie de experiencias, carentes de rigor científico y, sobre todo, de la más mínima sensibilidad ética, por lo que fueron juzgados y condenados en el proceso de Nuremberg[1].

Más tardíamente, se ha tenido noticia de una serie de experimentos o ensayos clínicos realizados en seres humanos, en los que no se observaron exigencias éticas fundamentales. Como hicimos referencia en el capítulo dedicado a la historia de la Bioética, ya en 1966, un artículo de **H. K. Beecher** en el *New England Journal of Medicine* citaba 22 investigaciones no-éticas realizadas en USA antes de esa fecha[2]. Y un año después se publicaba en Inglaterra un libro en el que se daban datos similares "para mostrar que los problemas éticos que surgen de la experimentación humana se han convertido en uno de los asuntos cardinales

1. Cf. GAFO, J. *Dilemas éticos de la experimentación humana*, en **Razón y Fe** 211 (1985) 610.

2. BEECHER, H. K., *Ethics and Clinical Research*, en **New England Journal of Medicine** 274 (1966) 1354-1360.

de nuestro tiempo"[3]. Posteriormente, se han citado los casos de inyección de células cancerosas en ancianos que no habían prestado su consentimiento y de la admisión de niños con deficiencia mental en una escuela de Nueva York, con la condición de que sus padres aceptasen su participación en experimentos en los que se les inyectaba el virus de la hepatitis. Un enorme impacto causó el conocimiento de que no se había tratado médicamente, e incluso no se administró penicilina, a sifilíticos de raza negra en Tuskegee, Alabama, para así estudiar el curso de la enfermedad sin tratamiento[4].

Otro tipo de experimentación que se dio en el pasado es el de la autoexperimentación, en que el hombre de ciencia era, al mismo tiempo, experimentador y "experimentado". En algunos casos tuvo muy graves consecuencias –hasta de muerte– para el propio investigador[5]. Como afirma **Iandolo**, "la experimentación clínica fue, al menos hasta el siglo pasado, una empresa casera: los verdaderos investigadores eran pocos y realizaban sus experimentos sobre sí mismos o sobre miembros de su familia o sobre personas conocidas"[6].

Se suele calificar al fisiólogo francés, **C. Bernard**, como el padre de la experimentación realizada con base científica rigurosa[7]. Su actitud ante ese incipiente campo del progreso humano lo refleja su afirmación de que "la moral cristiana prohíbe sólo una cosa: hacer mal al prójimo. Así, entre los experimentos que pueden realizarse en el hombre, están prohibidos los que sólo pueden hacer mal, están permitidos los inocuos y son obligatorios los que pueden hacer bien[8]. **Bernard** puso las bases de una investigación en el hombre que ha sido fundamental en el progreso de la Medicina y de la Farmacología.

---

3. PAPPWORTH, M. H., **Human Guinea Pigs: Experimentation on Man**, Londres, 1967.

4. KATZ, J., **Experimentation with Human Beings**, Nueva York, 1972; CURRAN, Ch. E., **Issues in Sexual and Medical Ethics**, Notre Dame, Indiana, 1978, 73; JONES, J. H., **Bad Blood**, Nueva York, 1981; VEATCH, R. M., *Experimental Pregnancy: The Ethical Complexity of Experimentation with Oral Contraceptives*, en **Hastings Center Report** 1 (1971) 2-3; KRUGMAN, S., *Experiments at the Willowbrook State School. A letter to the Editor*, **The Lancet**, May 8 (1971) vol I, 966-967.

5. BRIEGER, G. H., *Human Experimentation: History*, en REICH, W. T. (Ed.), **Encyclopedia of Bioethics**, Nueva York/Londres, 1978, 688-689; ROMANO, M. L. **Etica e sperimentazioni cliniche**, Roma, 1994, 22; REVERTE, J. M., **Las fronteras de la Medicina**, Madrid, 1982.

6. IANDOLO, C., **Introduzione all'etica clinica**, Roma, 1989, 119.

7. BERNARD, C., **An Introduction to the Study of Experimental Medicine**, Nueva York, 1957.

8. Citado por IANDOLO, C., **Introduzione all'etica**... p. 119.

2. Importancia de los ensayos clínicos

El tema de la experimentación humana no puede, sin embargo, abordarse exclusivamente desde los datos negativos que acabamos de indicar. Ante todo hay que afirmar que todo el impresionante progreso humano se inició con la capacidad de "experimentar", de "ensayar", en un ser que se hizo inteligente y *habilis* y pudo comenzar a realizar experimentos en el mundo circundante. La experimentación ha sido el fundamento de todo el desarrollo tecnológico: desde la creación de la primera hacha de silex y la utilización del fuego, hasta los más poderosos ordenadores y la pujante Biotecnología actual. Toda experimentación, aunque se realice en el mundo inanimado, comporta riesgos y puede volverse contra el mismo hombre. La primitiva hacha de piedra podía servir para descortezar árboles y cortar pieles de los animales cazados..., pero también para matar a otros seres humanos. La Biotecnología puede fabricar bacterias que sinteticen insulina o interferón..., pero quizá también podría producir microorganismos genéticamente manipulados que provoquen graves desequilibrios ecológicos. En todo avance técnico, que exige siempre una previa experimentación, hay un inevitable componente de ambigüedad y de riesgo: puede servir para el progreso humano, pero también volverse contra el mismo hombre[9].

Los riesgos son indiscutiblemente mayores cuando es la misma persona humana la que se convierte en objeto/sujeto de la experimentación. Sin embargo, el progreso de la Medicina ha estado inseparablemente unido a los ensayos clínicos realizados en los organismos humanos y puede afirmarse que la Medicina tiene un intrínseco carácter experimental, incluso en la praxis habitual, no experimental, de cualquier médico. Como afirma **García-Valdecasas**, la negativa a hacer investigación conduce "a la parálisis de la Medicina" y, "en consecuencia, la investigación clínico-experimental es éticamente necesaria"[10].

Por ello, la experimentación en el ser humano, con todos sus riesgos, es imprescindible. Deberá insistirse siempre, como subrayaremos más adelante, en la necesidad de una previa experimentación en el laboratorio y en animales, sobre lo que existe hoy una importante polémica. La misma frecuente utilización del término *vivisección* crea acti-

9. Cf. GAFO, J., *Dilemas éticos*... pp. 608-609.

10. GARCÍA-VALDECASAS, F., *Ética e Investigación Clínica*, en **Folia Humanistica** 21 (1983) 767; ver VISSCHER, M., *Medical Research on Human Subjects as a Moral Imperative*, en MAPPES, T. A. y ZEMBATY, J. S. (Coords.), **Biomedical Ethics**, Nueva York, 1981, 148-150.

tudes negativas hacia esta experimentación. Deben reconocerse actitudes de respeto hacia los animales y sólo recurrir a la experimentación sobre los mismos cuando sea realmente necesaria. Nos parece importante subrayar, sin poder entrar ahora en este tema, la afirmación de la subordinación de los animales al ser humano, aunque, al mismo tiempo, la experimentación sobre los mismos debe estar regulada para evitar abusos que se han dado en este campo, así, por ejemplo, mediante el uso de la anestesia[11]. Piénsese solamente en que las vacunas contra la viruela, la difteria o la polio han tenido como base esa experimentación animal.

Sin embargo, siempre llega un momento en que hay que dar el "salto" hacia la experimentación en el ser humano. Como afirma **B. N. Halpern**, "en interés de la ciencia e incluso de la protección de la sociedad contra el daño colectivo, absolutamente impredictible, es indispensable que se incluya la experimentación humana en la investigación farmacológica"[12]. Y en ese "salto" pueden surgir complicaciones que no se habían detectado en los experimentos sobre animales, aun los más próximos. El tristemente famoso caso de la *talidomida* es el ejemplo más significativo de un fármaco, insuficientemente estudiado, que provocó graves e inesperadas malformaciones en su aplicación al ser humano. Las bases biológicas de los seres vivos son similares, pero las diferencias son igualmente importantes. Por ello, todo ensayo clínico en seres humanos comporta inevitablemente riesgos asociados. Incluso cada ser humano es distinto y toda aplicación de un fármaco o una terapia nueva conlleva una necesaria experimentación. ¿Es posible elaborar una criteriología ética, que ciertamente impida los abusos y respete los valores humanos implicados, y, al mismo tiempo, no bloquee el progreso médico?

3. Consideraciones previas

Nos parece importante, antes de abordar el tema ético de este capítulo, subrayar algunas consideraciones previas:

a) El riesgo es inseparable de la existencia humana. Toda vida humana es una aventura en que es necesario probar, arriesgar, ensayar, experimentar. La persona que no arriesga, no avanza, se detiene en su

11. Cf. ZBINDEN, G., *Animal Experimentation: are there practical answers to an ethical dilemma?*, en **Medicina e Morale** (1989-6) 1089-1094; PAPALIA, S., *Tutela del benessere degli animali e disciplina della sperimentazione animale*, en **Medicina e Morale** (1989-6) 1079-1087.

12. Cit. por VISSCHER, M. B., *Medical Research*... p. 148.

realización humana. Los padres "experimentan" sobre sus hijos cuando eligen un determinado modelo educativo o les intentan trasmitir una determinada concepción de la vida. Cuando se elige una profesión –o se contrae matrimonio– existe también una experimentación. Es verdad que la investigación médica incide sobre la integridad física de la persona, pero los ejemplos que acabamos de citar afectan profundamente nuestra realidad personal: ¿se "experimenta" menos al instaurar un nuevo modelo educativo que al hacer un ensayo clínico sobre una posible vacuna contra el VIH?

Vivimos, además, en una sociedad en la que se asumen riesgos importantes para la vida y la integridad física humanas, que tendemos a considerarlos éticamente aceptables. Habrá voces que discutan la legitimidad del boxeo o de las corridas de toros... pero son ya menos las que pongan en tela de juicio la legitimidad ética de las carreras de *Fórmula 1*, del alpinismo o de los esfuerzos tremendos en algunos deportes, sobre los que se ha creado últimamente una seria polémica en torno al *dopaje*. También existe toda una serie de profesiones que comportan un riesgo importante para la vida y la salud de los que las ejercen: astronautas espaciales, pilotos de prueba de coches o aviones, guardaespaldas... hasta los limpiadores de cristales de los rascacielos o los que trabajan en minas de carbón o con sustancias radioactivas. Todas estas profesiones, que comportan un plus de ingresos, están aceptadas social y éticamente en nuestra sociedad.

Es importante tener en cuenta los hechos que acabamos de indicar, al abordar la problemática ética de los ensayos clínicos en seres humanos, ya que constituyen un necesario punto de referencia y de comparación. De la misma forma que existen cauces éticos por los que se legitiman aquellas profesiones o actividades deportivas, habrá que preguntarse en qué condiciones puede ser aceptable éticamente la experimentación humana en el campo médico o farmacológico, sin perder de vista que estos ensayos clínicos son necesarios para el progreso de la Medicina y el bien de la humanidad.

b) Como afirma **Curran,** la experimentación en el hombre implica lo que él califica como "antropo-tecnología", ya que afecta a seres humanos[13]. Es evidente que no se pueden asumir riesgos que serían admisibles si se realizasen en otros seres vivos. Hay que hacer, además, una distinción fundamental: no es lo mismo una experimentación realizada en el ser humano en su propio beneficio que cuando se realiza en beneficio

13. CURRAN, Ch. E., **Issues in Sexual** … p. 76.

de la medicina, de otros seres humanos o para el bien de nuestra especie. En este punto hay dos planteamientos extremos: uno aceptaría la subordinación del individuo a la sociedad por el bien de ésta, mientras que en el otro extremo estaría la posición que nunca admitiría esa subordinación. Salta a la vista que debe lograrse un equilibrio entre ambos extremos. Hoy existe una gran preocupación por proteger al individuo contra posibles invasiones por parte de la sociedad en el ámbito de su dignidad, privacidad y libertad. Ello lleva a afirmar que los individuos deben ser tratados en el campo de la investigación como fines y no como meros medios. También es importante afirmar que existen funciones en que el ser humano es tratado como fin, aunque sea, al mismo tiempo, medio para conseguir algo.

c) Puede existir la tendencia a considerar que la experimentación instrumentaliza a la persona y la convierte en cobaya de laboratorio. No se pueden negar los abusos que se han dado históricamente y que pueden hoy continuar, aunque con formas más sutiles. Sin embargo, desde el principio hay que afirmar que puede ser éticamente aceptable si se observan una serie de exigencias éticas. Creemos que este tema de importancia vital para la Medicina recibe una inadecuada atención, a diferencia de otros temas de Bioética. Incluso puede ser deficiente la comunicación entre los propios médicos y los que se dedican a la investigación. Es necesario, a través de la educación y la información, lograr una mayor mentalización sobre la importancia de participar en ensayos clínicos, aunque nunca se podrá obligar, o presionar, a participar en ellos.

II. Códigos Médicos reguladores de la experimentación humana

En el proceso de Nuremberg fueron juzgados 23 médicos nazis, de los que 16 fueron considerados culpables y 7 condenados a muerte[14]. Precisamente basándose en la sentencia de aquel tribunal, surge la primera regulación internacional sobre las condiciones éticas exigibles en los experimentos realizados en seres humanos: el *Código de Nuremberg*, 1947. Este Código es un paso muy importante en nuestro tema, aunque tuvo una insuficiente incidencia en la cultura y la mentalidad de aquellos años y no sirvió para crear una mentalización sobre la experimentación humana[15].

14. Cf. JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford, 1998, 133-136.
15. BRIEGER, G. H., *Human Experimentation*... p. 690.

Los principales criterios éticos contenidos en el Código son los siguientes[16]:

- Se da un especial relieve a la existencia de un verdadero **consentimiento voluntario** en la persona sometida a una investigación. Se excluye todo tipo de presión externa y se debe comprender la naturaleza, duración y propósito del experimento. No se permiten los experimentos realizados en niños o en portadores de deficiencias mentales, puesto que es necesaria la capacidad legal para consentir.
- Debe informarse al individuo, que se somete a una experimentación, de los inconvenientes y riesgos que pueden seguirse para su salud.
- La experimentación debe ser **necesaria y fructuosa** para la humanidad, y no debe poder ser realizada de otra forma.
- Tiene que ir precedida de una suficiente **experimentación animal** y estar basada en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad o problema en estudio. Los resultados esperados deben poder justificar su realización.
- La experimentación es ilegítima si existen razones que induzcan a pensar "a priori" que puede ocasionar **la incapacidad física o la muerte del sujeto**. Se añade una cláusula notable: "excepto, quizá, en aquellos experimentos en que los médicos experimentadores sirven como sujetos de experimentación".
- El grado de riesgo asumible nunca ha de exceder al grado de importancia humanitaria del problema en estudio. En cualquier caso, se deben tomar las medidas necesarias para proteger a las personas de cualquier daño por remoto que éste sea.
- Únicamente pueden realizar una experimentación humana **científicos altamente cualificados**, que deben, siempre, estar dispuestos a interrumpir la investigación si consideran que puede ser perjudicial para el individuo o exige una preparación superior.
- Durante la realización de la experimentación, el sujeto es siempre **libre para retirar su consentimiento**.

La *Declaración de Helsinki*: fue aprobada por la *Asociación Médica Mundial* en su 18ª Asamblea General en Helsinki (1964) y revisada por la 29ª Asamblea de Tokyo (1975) y, posteriormente, en la 35ª Asamblea de Venecia (1983), la 41ª de Hong-Kong (1989), la 48ª en Somerset West

16. Ver el texto del Código en GAFO, J., **Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, 399-400.

(Suráfrica, 1996), y más recientemente, en la 56ª Asamblea General en Edimburgo (2000) Está en continuidad con el Código de Nuremberg y nos limitamos a subrayar los elementos nuevos que aporta[17]:

- Se exige la presentación de un **protocolo de investigación**, que defina los fines y métodos del estudio, en que se incluyan los problemas éticos que plantea el ensayo.
- Toda investigación debe estar precedida por un informe previo, valorado por un **Comité independiente**.
- Se afirma explícitamente que los **intereses del individuo** deben prevalecer sobre los de la ciencia o la sociedad.
- El consentimiento informado debe prestarse **por escrito** y puede retirarse en cualquier momento de la investigación.
- Se hace hincapié en aquellos casos en que el enfermo se halla en una **relación de dependencia** con el investigador. En tales casos, el consentimiento debe prestarse ante otro médico, que no participe en la investigación.
- En casos de **personas legalmente incompetentes** (menores de edad, deficientes...) el consentimiento lo debe dar su tutor legal, de acuerdo con la legislación vigente en cada país.
- La Declaración de Helsinki, tradicionalmente, ha distinguido entre dos grandes tipos de investigación: la realizada en un enfermo (*Clinical Research*) y la que se hace con fines no-terapéuticos (*Non-Clinical Biological Research*).
- En el primer supuesto, el de la experimentación o ensayo clínico, el médico puede usar terapias nuevas, si ofrecen perspectivas de mejora para el paciente. En todo caso, debe contarse con su consentimiento. Tanto los pacientes del grupo experimental, como los del grupo control (si existe), deben tener acceso a los mejores medios terapéuticos. En los casos en que el médico considere que no debe solicitar ese consentimiento informado, las razones del médico deberán ser estudiadas por un comité independiente.
- Los sujetos que se someten a una **investigación no clínica** deberán hacerlo voluntariamente, sin que el interés de la ciencia o de la sociedad pueda prevalecer sobre el bien del individuo.

La revisión de Edimburgo 2000 ha cambiado la tradicional estructura previa y también algunos de sus contenidos. Entre las aportaciones más relevantes de esta actualización se encuentran las siguientes:

17. Ver **Ib**., pp. 400-403.

- Debe siempre proporcionarse a los participantes en el proyecto de investigación el mejor tratamiento disponible, aunque excepcionalmente se podría utilizar como comparador el placebo.
- Una vez finalizado el experimento, se debe proporcionar a todos los participantes en el mismo el tratamiento que haya demostrado ser más eficaz.
- En cualquier caso, e independientemente de los resultados obtenidos, éstos deben ser publicados.
- El paciente debe conocer los intereses financieros que tiene el investigador, por lo que se le debe informar de los mismos al solicitar su consentimiento.

Aunque el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki son los dos documentos históricamente más importantes, quizás haya tenido más repercusión práctica el denominado Informe Belmont (1979), elaborado por la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavuioral Research*[18].

El Informe Belmont ha sido la base de la Reglamentación Federal en Estados Unidos, y también se ha tomado como referencia para la legislación de otros países occidentales, entre ellos España. En él se definen los tres principios éticos básicos: **respeto por las personas, beneficencia y justicia (distributiva)**, así como su aplicación práctica a los proyectos de investigación.

Otro documento de gran importancia es el de las *Directrices para la investigación biomédica con sujetos humanos* de la *Organización Mundial de la Salud*[19]. Los puntos nuevos que este documento aporta en relación con los anteriores son los siguientes:

- Subraya las condiciones en que pueden realizarse estas experimentaciones en los **países en desarrollo**, insistiendo en las *garantías* acerca de la compañía, generalmente extranjera, que costea el experimento y en la necesidad de sensibilidad hacia los valores de otras culturas.

---

18. El Informe Belmont, del que hablamos anteriormente, representó un papel fundamental en los inicios de la Bioética. Cf. NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, **The Belmont Report: Ethical Principles and Recommendations**, Washington, D. C., 1979. Ver también, de la misma Comisión: **Report and Recommendations: Research Involving Prisoners**, Bethesda, 1976.

19. OMS (1982), cf. ROMANO, M. L., **Etica e sperimentazioni**... pp. 65-68.

- Vuelve a hacer referencia al problema del consentimiento informado, especialmente en las personas que pertenecen a **grupos vulnerables**: los niños, las mujeres embarazadas, los enfermos mentales, los reclusos y las personas incapaces de comprender el experimento.
- En el caso de los **niños**, además del consentimiento de sus padres o tutores legales, se exige que se haya realizado previamente la experimentación en adultos y que se considere necesario hacerlo también en niños, a los que, si es posible, se les deberá pedir el permiso.
- En los **enfermos mentales**, debe tratarse de ensayos sobre terapias psiquiátricas que no puedan realizarse en personas sanas. Si el enfermo mental está internado en una institución psiquiátrica, deberá contarse, además, con el permiso de los jueces.
- Los **reclusos** constituyen una población ideal para un experimento por vivir en las mismas condiciones de vida. Sin embargo, se expresa una actitud crítica ya que, aunque los presos puedan prestar voluntariamente su consentimiento, debe ponderarse que su libertad está condicionada por la esperanza de conseguir beneficios por su participación en la experimentación.
- También se subrayan los riesgos de la participación en los experimentos de personas que pueden estar en **situaciones de dependencia**: estudiantes de medicina, enfermeras, colaboradores de la industria farmacéutica...
- Precisamente por estas razones, se apoya la existencia de **comités independientes** que evalúen la calidad del experimento y la existencia de un verdadero consentimiento informado en los participantes en el experimento.

Es importante hacer, finalmente, referencia al *Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina*[20]. En este documento, uno de sus aspectos más importantes es el de los experimentos en humanos. Siguiendo las directrices éticas precedentes, se exigen los siguientes requisitos:

- Que no exista un tratamiento alternativo de eficacia comparable;
- Que se dé una *ratio* o proporción positiva entre los beneficios y los riesgos;

20. Cf. GAFO, J., *El Convenio Europeo de Bioética* en **Razón y Fe** 237 (1998) 79-91.

- Que se trate de un protocolo de investigación que haya recibido una previa aprobación desde el punto de vista científico y ético;
- Que se informe a los sujetos de sus derechos;
- Que se haya prestado el necesario consentimiento informado, que puede, además, ser retirado en cualquier momento de la experimentación (art. 16).

Desde esta perspectiva general, el *Convenio* pasa a contemplar el tema más sensible y que provocó una intensa controversia: el de las personas que no pueden prestar ese consentimiento. En este caso, se exigen algunas condiciones específicas:

- En primer lugar, que se trate de una experimentación que no puede realizarse en personas competentes y que el interesado "no exprese su rechazo al mismo".
- Al mismo tiempo y con importantes cautelas –"de modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley"– se admite también "un experimento cuyos resultados previstos no supongan un **beneficio directo** para la salud de la persona"[21].
- Para ello se requiere:
- Que el experimento conlleve un significativo mejor conocimiento de la enfermedad;
- Que sea en beneficio del propio interesado o de otras personas afectadas por la misma categoría de enfermedad o de similar edad;
- Que "el experimento sólo represente para la persona un riesgo o un inconveniente mínimo" (art. 17)[22].

Existen otros documentos nacionales e internacionales que regulan las condiciones científicas y éticas de la experimentación, como la recientemente aprobada Directiva 2001/20/CE, sobre ensayos clínicos[23].

---

21. El Informe que acompaña al Convenio Europeo de Bioética (**Explanatory Report**) insiste ampliamente en la gran importancia de estas investigaciones en beneficio de los niños afectados por alguna enfermedad, los discapacitados y los enfermos mentales (n.º 104, 107 y 109).

22. El **Explanatory Report** cita, como ejemplo de riesgo mínimo, la toma de una muestra de sangre (n.º 111), además de otras contenidas en el n.º 113: ecografías, tomas de sangre de niños sin problemas respiratorios para tenerlo en cuenta en casos de prematuridad o para descubrir las causas y mejorar el tratamiento en casos de leucemia.

23. Directiva 2001/20/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de abril de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros sobre la aplicación de las normas de Buena Práctica Clínica en la realización de ensayos clínicos con medicamentos de uso humano.

En todos ellos se insiste en las condiciones en que debe darse el consentimiento informado y en la importancia de los comités éticos de investigación. Un punto importante es la presencia de especialistas en estadística que puedan evaluar la investigación propuesta y los resultados obtenidos desde criterios rigurosos.

III. La postura de la Iglesia

La postura de la Iglesia sobre el tema de la experimentación humana debe enmarcarse dentro de lo que afirma la *Gaudium et spes* (n.º 34): "El conjunto ingente de los esfuerzos realizados por el hombre a lo largo de los siglos para mejorar su condición de vida, considerado en sí mismo, responde a la voluntad de Dios. El hombre, creado a imagen y semejanza de Dios, recibió el mandato de someter la tierra y cuanto en ella se contiene... Los cristianos, por consiguiente, lejos de pensar que las obras que consigue el hombre con su talento y su capacidad se oponen al poder de Dios y que la criatura racional es como el rival del Creador, cultivan más bien la persuasión de que las victorias del género humano son como signos de la grandeza de Dios y un fruto de su innegable designio". Entre esas "victorias del género humano", deben citarse, lógicamente y en un lugar muy destacado, las "victorias" en el campo biomédico, en donde la experimentación ha jugado un papel fundamental.

Desde ese contexto general, la posición más concreta puede basarse, especialmente, en dos discursos de **Juan Pablo II**. El Papa insiste en que la "investigación científica y su aplicación tecnológica debe realizarse en pleno respeto a las normas de la moralidad, salvando la dignidad de las personas y su libertad e igualdad". Por ello, no pueden ponerse objeciones a experimentos en biología, que respeten a la persona humana y contribuyan al "bienestar integral del hombre". Alude también a la experimentación en animales, subrayando que éstos "están al servicio del hombre y, por tanto, pueden ser objeto de experimentación. Sin embargo, deben ser tratados como criaturas de Dios, que están destinadas al servicio del bien del hombre, pero que no deben ser objeto de abuso. Consecuentemente, la disminución de la experimentación en animales, que progresivamente se ha hecho menos necesaria, corresponde al plan y al bienestar de toda la creación"[24].

24. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en el Congreso de Experimentación en Biología*, en **AAS** 75 (1983) 35-39.

Juan Pablo II insiste en la "ambivalencia de fondo" del desarrollo tecnológico, que tiene en verdad su autonomía y "leyes propias a las que debe someterse", pero sin olvidar "un límite infranqueable, el respeto de la persona". Por ello, "la ciencia... no es el valor más alto al que deben estar subordinados todos los demás". "El progreso científico, por tanto, no puede pretender situarse en una especie de terreno neutro" y es inaceptable "una medicina más preocupada de sí misma que del hombre, al que debería servir".

El Papa aplica estos principios al tema de la experimentación farmacológica –aludiendo, en concreto, al ejemplo trágico de la *talidomida*. Insiste en que se observen con rigor las fases no-clínica y preclínica de los ensayos clínicos y exige que "el paciente debe estar informado de la experimentación, de su finalidad y de sus eventuales riesgos, de suerte que pueda dar o rechazar su propio consenso con plena consciencia y libertad", subrayando que el médico "tiene sobre el paciente solamente el poder y los derechos que el mismo paciente le confiere". En este contexto, Juan Pablo II urge una "`repersonalización´ de la medicina que... favorezca la instauración de una relación más humanizada con el paciente... La relación médico-enfermo debe volver a basarse en un diálogo hecho de escucha, de respeto, de interés; debe volver a ser un auténtico encuentro entre dos hombres libres o, como se ha dicho, entre una `confianza´ y una `conciencia´"[25].

Finalmente, **Juan Pablo II** aborda la relación entre los intereses del individuo y de la ciencia, subrayando que la experimentación "se justifica `*in primis*´ por el interés del individuo, no de la colectividad". Esto no excluye, que garantizándose la integridad sustancial de la persona, "el paciente pueda legítimamente asumir para sí una cierta parte de riesgo, para contribuir con su iniciativa al progreso de la medicina y, de esta forma, al bien de la humanidad". Actuar de esta forma "puede constituir un testimonio de caridad altamente meritorio y una ocasión de crecimiento espiritual tan significativo que puede compensar el riesgo de una eventual disminución física no sustancial"[26].

---

25. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en dos Congresos de Medicina y Cirugía*, 27 de octubre de 1980, en **Ecclesia** n.º 2005 (8 de noviembre de 1980) 1383-1384.
26. **Ib**., p. 1384.

IV. Los actuales ensayos clínicos

Hay que distinguir, dentro de la investigación biomédica, los siguientes niveles: la experimentación preclínica, generalmente en el laboratorio, la que se realiza en animales y la experimentación clínica que se realiza en sujetos humanos. En este último caso, debe a su vez diferenciarse entre la autoexperimentación –en que el propio investigador experimenta sobre sí mismo–; la que se realiza en personas sanas que se prestan voluntariamente a la experimentación y, finalmente, la que se realiza en personas enfermas –la experimentación terapéutica. Dentro de ésta, los ensayos clínicos pueden definirse como proyectos de investigación diseñados y programados para evaluar, en una muestra de pacientes, la eficacia y la seguridad de un tratamiento terapéutico (sea farmacológico, quirúrgico, o por radioterapia...) en relación con una patología"[27]. Los términos de ensayo clínico, experimentación o investigación terapéutica, pueden considerarse, así, como sinónimos. Debe notarse que la experimentación, por ejemplo de un nuevo fármaco, es hoy extraordinariamente compleja y la propia comunidad científica ha articulado una serie de pasos que deben darse de forma progresiva[28].

En primer lugar, hay una **fase preclínica**, en la que se sintetizan o se extraen los nuevos medicamentos y se estudian sus efectos en el laboratorio o en animales. Los datos obtenidos de esta forma son indicativos y no concluyen sobre su aplicabilidad en el ser humano[29].

A continuación se entra en la **fase I** o estudios de farmacología, que se realizan en personas voluntarias[30] sanas, y excepcionalmente, por la elevada toxicidad de algunos fármacos, en enfermos (por ejemplo, en pacientes con cáncer), que han prestado su consentimiento, y en donde se prueba la tolerabilidad del nuevo tratamiento. El objetivo de esta fase está centrado en el fármaco, para comprobar su toxicidad y la dosis

---

27. POCOCK, S. J., **Sperimentazioni cliniche, un approccio pratico**, Torino, 1986, 1.

28. Cf. GARCÍA-VALDECASAS, F., *Ética e Investigación Clínica*, en **Folia Humanistica**... 768-771; BOMPIANI, A., *La sperimentazione clinica dei farmaci: stato attuale del problema normativo e proposte di riforma*, en **Medicina e Morale** (1982-2) 95-134; PAGLIARO, L., *Trial*, en LEONE, S. y PRIVITERA, S., **Dizionario di Bioetica**, Bolonia, 1994, 1004-1005; LEVINE, R. J., *Research, biomedical*, en **Encyclopedia of Bioethics**, Nueva York/Londres, 1978, 1481-1492.

29. Para la descripción de estas fases, cf. ROMANO, M. L., **Etica e sperimentazioni cliniche**, Roma, 1994, 23-26.

30. En estos casos suele darse una pequeña retribución económica, en forma de incentivo, pero sin que se pueda hablar de verdadera compensación por prestación de servicios.

máxima tolerable. En esta fase, a veces, no existe un grupo de control y el número de personas sometidas a la experimentación es bajo. Esta fase es la más arriesgada, ya que se trata de evaluar la seguridad del nuevo tratamiento: su no toxicidad.

La **fase II** o exploratoria, se realiza sobre un grupo de 100-200 pacientes, en una situación patológica equiparable (población homogénea) y a los que se somete al nuevo tratamiento. De esta forma se puede observar la dosis menos tóxica y la más activa. Esta fase está orientada a la enfermedad. Desde el punto de vista ético debe subrayarse que, si existe un tratamiento estándar, sólo puede tratarse al enfermo con el nuevo fármaco cuando el anterior no ha tenido éxito.

Una vez mostrada la actividad y la tolerabilidad del fármaco, se pasa a la **fase III** o confirmatoria en la cual se experimenta con la dosis de la nueva medicación que se ha mostrado más eficaz y menos tóxica en los resultados de los estudios anteriores. En esta fase participa un número elevado de pacientes en una situación patológica similar, ya que, evidentemente, en la experimentación sobre una nueva terapia es fundamental la comparación con los resultados previamente obtenidos con la terapia estándar en el tratamiento de una determinada patología. El modelo ideal es la asignación aleatoria, en la que se distribuye a los pacientes en dos o más grupos, seleccionados y estudiados al mismo tiempo y según los mismos criterios. El primer grupo recibe la terapia experimental, mientras que el otro o los otros reciben la terapia o terapias usadas habitualmente y/o un *placebo*. Esta fase está orientada hacia el paciente y es la fase fundamental ya que de ella se extraen datos sobre la eficacia y la toxicidad del fármaco que informarán sobre si el nuevo tratamiento puede ser comercializado. Esta fase pretende determinar, con el menor margen de error posible, la verdadera utilidad de la nueva medicación tanto en orden a la eficacia como en orden a la seguridad.

Después de que un nuevo fármaco es lanzado al mercado, quedaría aún la **fase IV o terapeútica,** en la que estudios realizados con o sin la existencia de un grupo de control y, frecuentemente, de forma observacional, es decir, sin intervención alguna ni, por tanto, asignación aleatoria, pero en un número mucho más elevado de pacientes que en fases anteriores, permiten poner de manifiesto la existencia de reacciones adversas a un uso continuado del fármaco, su interacción y compatibilidad con otras sustancias y los efectos a largo plazo, tanto en la morbilidad como en la mortalidad, en grupos de pacientes mucho más heterogéneos. Después de la comercialización de un medicamento, con

cierta frecuencia, también se estudian, además de la seguridad, la eficacia en nuevas indicaciones (otras enfermedades) o diferentes condiciones de uso (otras dosis o formas de administración).

En resumen, la fase I valora la tolerabilidad y la toxicidad del fármaco; la fase II se centra en la exploración de su eficacia; la III se centra en la confirmación de su eficacia y seguridad y, finalmente, la fase IV estudia los efectos a largo plazo.

El ideal es que se realice la llamada asignación aleatoria ciega, con enmascaramiento *"a doble ciego"*: es decir, que en la distribución al azar de las personas en los posibles grupos, aquella no es conocida y, además, el tratamiento al que han sido asignados no lo conocerán a lo largo del estudio ni los médicos ni los pacientes. Con ello se consigue que el enfermo no coloree subjetivamente los resultados. Esto es especialmente necesario en ciertas patologías en que el componente psicosomático juega con gran fuerza (por ejemplo, las cefaleas). El mismo médico puede atender mejor al que está probando la nueva terapia y ser menos objetivo en la valoración de sus reacciones. En definitiva, la asignación aleatoria intenta prevenir de los sesgos de selección y el enmascaramiento de los sesgos de valoración.

Un aspecto fundamental, sobre todo desde el punto de vista ético, en la fase III es la utilización del *placebo*, que ha sido definido como "cualquier sustancia (o componente de la misma) que puede producir un efecto sin tener una acción específica sobre la condición para la que se utiliza la terapia. El *efecto placebo* es generalmente un efecto terapéutico que se induce estimulando los componentes psico-fisiológicos del organismo"[31].

V. Valoración ética de la experimentación humana

1. Autoexperimentación

Hay autores que subrayan el alto valor ético de esta forma de experimentación. Así **B. Häring**: "Siempre que sea posible y tenga sentido, la autoexperimentación deberá preceder a la comprobación en los demás"[32]. Considera esta práctica como una "noble tradición" y subraya que es el propio investigador el que mejor puede prestar un auténtico consentimiento informado.

31. ROMANO, M. L., **Etica e sperimentazioni**... p. 127.
32. HÄRING, B., **Libertad y fidelidad en Cristo**, Barcelona, 1983, 93.

Desde el punto de vista del análisis metodológico, la autoexperimentación no es admisible, ya que para poder generar conocimiento que después sea generalizable, y por tanto aplicable a otros pacientes, se precisa que el experimento se realice en unas condiciones mínimas que se establecen en un protocolo de investigación. Entre ellas se encuentra que el experimento debe realizarse en un número determinado de pacientes (tamaño de la muestra) para que puedan ser creíbles los resultados (validez interna). Además, un experimento que no tiene validez interna (rigor científico), por definición no será ético (es maleficente, puesto que cualquier riesgo o molestia es gratuito. Es decir, la relación beneficio/riesgo es desfavorable para el paciente).

Nos parece que es sumamente discutible la afirmación sobre la autoexperimentación contenida en el *Código de Nuremberg*, aunque venga matizada por el citado "quizá". Si existen importantes argumentos para temer graves riesgos para la vida o la integridad física del investigador, nos parece que esa experimentación no es aceptable. También es importante no idealizar exageradamente la autoexperimentación. Habría que preguntar hasta qué punto se busca el bien de la humanidad, el propio prestigio personal o si el mismo dinamismo de una investigación iniciada impide su detención y la percepción de las barreras éticas existentes.

Por una parte, creemos que la autoexperimentación puede ponerse en paralelo con aquellas profesiones que incluyen un riesgo importante. Al mismo tiempo, los actuales ensayos clínicos exigen unas condiciones que no se pueden dar en la autoexperimentación. Como antes indicamos, la experimentación de un nuevo fármaco o terapia requiere un número importante de personas, en las que se pruebe la nueva terapia y su comparación con un *grupo control*. Se insiste, además, en la necesidad de imparcialidad: lógicamente, el propio investigador no es la persona más neutral a la hora de valorar una terapia en la que él mismo está implicado. El valor de la autoexperimentación es, por tanto, muy discutible, ya que hoy se considera necesario en un ensayo clínico que el propio enfermo no sepa si se le está sometiendo a una técnica experimental para que no coloree subjetivamente su propia respuesta.

2. Calidad de la investigación

Éste es un aspecto de muy relevante significación ética. Dado que todo ensayo clínico conlleva siempre un riesgo para las personas que participan en él, debe extremarse el rigor en las pruebas previas preclínicas, en las distintas fases del ensayo, en la calidad del equipo que rea-

liza la investigación, en la evaluación de los resultados y en el diseño de todo el proceso de investigación. Lógicamente debe exigirse que se trate de una investigación útil y no perjudicial. Es muy importante la presencia de especialistas en estadística que puedan estudiar la selección y asignación aleatoria de los sujetos participantes y la validez de los resultados conseguidos. Habría que referirse también al peligro de una exagerada experimentación, como consecuencia de los importantes intereses económicos de la industria farmaceútica, que empuje a la producción de fármacos repetitivos respecto de los que ya existen en el mercado. Existe también el peligro de que se inicien proyectos de investigación sobre seres humanos por la búsqueda de prestigio de los propios investigadores o de la industria que subvenciona su investigación[33].

López Azpitarte subraya así mismo el peligro de que la investigación actual, realizada en equipo y financiada por una institución, ponga un exagerado énfasis en su rentabilidad y eficacia y sea menos sensible a los aspectos éticos implicados y a las necesidades reales médicas, con el riesgo de que la ética individual de los investigadores quede difuminada por los intereses macrosociales[34].

3. El respeto hacia el sujeto de experimentación

Una exigencia ética fundamental es la afirmación del indiscutible carácter personal de los sujetos que participan en un ensayo clínico[35]. Si esto no es fácil de conseguir en la práctica habitual médica, debe extremarse en las investigaciones realizadas sobre el ser humano, ya que los intereses de la industria farmacéutica, de los que participan en el equipo de investigación y las mismas características de los ensayos clínicos, aunque estén diseñados con rigor científico, tienen el peligro de convertir a los participantes en una mera cifra, difuminándose sus características personales[36].

---

33. IANDOLO, C., **Introduzione**... pp. 122-123.

34. LÓPEZ AZPITARTE, E., *Los problemas éticos en el campo de la investigación humana*, en **Proyección** 34 (1987) 300-301.

35. **Karl Rahner** se refería a este tema, al afirmar que "el hombre mismo se ha convertido en experimento" y que la automanipulación afecta a las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de su vida (*Experiment with Man: theological observations of man´s self manipulation*, en **Theological Investigations, IX**, Nueva York 1972, 206.

36. AUTIERO, A., *Legittimazione etica della ricerca biologica*, en **Rivista di Teologia Morale** 19 (1987) 37-46; VIDAL, M., *Ética de la actividad científico-técnica*, en **Moralia** 5 (1983) 419-443; VEATCH, R. M., *Ethical Principles of Medical Experimentation*, en RIVLIN, R. M. y TIMPANE, P. M., **Ethical and Legal Issues of Social Experimentation**, Washington, 1973, 21-59.

Veatch subraya cómo en el pasado existía la tendencia a tratar a los sujetos que participaban en una investigación como un "material" pasivo: se partía de la convicción de que eran personas enfermas, con frecuencia muy enfermas y, por tanto, incapaces de decisiones autónomas y de una participación activa en la investigación[37]. Afirma que hay que romper totalmente con ese planteamiento y reconocer plenamente la calidad personal y autónoma de todo sujeto sometido a experimentación, o de sus tutores (en algunos casos de inconsciencia, existen elementos para poder conocer cuál hubiera sido su deseo). Como afirma **López Azpitarte**, "el primer postulado ético, en cualquier tipo de investigación, radica en la conciencia ineludible de que el paciente es, antes que nada, una persona"[38]. Al mismo tiempo debe subrayarse el indiscutible valor ético que significa la participación en una experimentación, por la importancia que ésta tiene para el futuro de la medicina y el bien de la humanidad.

4. El consentimiento informado

Ante todo, existe el peligro de considerar la experimentación como un apéndice de la praxis médica normal, para la que no fuese necesaria la exigencia rigurosa de un consentimiento. Sin embargo, debe subrayarse que es muy distinta la habitual praxis médica, en que se recurre a terapias ya probadas, y la experimentación, que conlleva necesariamente un componente de riesgo. Por ello, el consentimiento tácito que el enfermo presta al médico para que le aplique una terapia no es suficiente para iniciar en él un tratamiento experimental.

La necesidad de este consentimiento, que ya era postulada por el *Código de Nuremberg*, es la consecuencia más significativa de la afirmación del carácter personal de los sujetos que se someten a una experimentación. Nadie puede ser coaccionado, aunque sea por mecanismos sutiles, a participar o no en un ensayo clínico. Para ello, deberá preceder una información completa de la experimentación que se va a realizar, de la existencia de posibles alternativas, de los previsibles riesgos

---

37. VEATCH, R. M., **The Patient as a Partner**, Bloomington and Indianapolis, 1989, 3; Ver HERXHEIMER, A., *The Rights of the Patient in Clinical Research*, **The Lancet**, November 12 (1988) vol II, 1128-1130; JONAS, H., *Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects*, en MAPPES, T. A. y ZEMBATY, J. S. (Coords.), **Biomedical Ethics**... pp 150-154; MARMONT, A., *Problematica etica della sperimentazione umana*, en **Medicina e Morale** (1980-1) 39-52.

38. LÓPEZ AZPITARTE, E., *Los problemas éticos*... p. 286.

y beneficios dimanantes[39]. Es evidente que esta información no es fácilmente comprensible para personas profanas, pero es exigible el esfuerzo para hacerlo de la forma más asequible posible. Habrá que tener especial sensibilidad, dado el carácter necesariamente vertical de la relación entre los especialistas y los sujetos experimentados, para evitar la existencia de presiones indebidas que coaccionen la libertad de estos últimos. **R. M. Veatch**, coherente con el título de su obra dedicada a este tema –*El paciente como partner*[40]– insiste en que la información no debe entenderse de forma puntual, como un requisito inicial antes del inicio de una investigación, sino como un proceso en el que se mantiene un diálogo continuo en el que se responde gradualmente a las interrogantes que cada sujeto vaya planteando y se le va aportando la información que necesita[41]. Ya veíamos cómo las regulaciones internacionales sobre la experimentación subrayan que el sujeto tiene siempre libertad para retirarse de un ensayo clínico, sin que tal decisión influya negativamente sobre su tratamiento posterior.

Guggenbuhl-Craig subraya el peligro del médico de adoptar ante el enfermo actitudes negativas y de convertir a sus pacientes en "una masa de niños irracionales", e insiste en la necesidad de modificar esa relación evitando actitudes de imposición por parte del médico y de sumisión por parte del enfermo[42]. **Ramsey** afirma que los sujetos sometidos a experimentación deberían ser *co-adventures*, personas que participan en la aventura inseparable de todo ensayo clínico[43]. No se puede negar tampoco que el paciente suele tender a adoptar actitudes infantiles y a negar su enfermedad, por lo que una tarea importante de los investigadores es la de ayudarles a revalorizar su propia autono-

39. Sobre el consentimiento informado en relación con la experimentación, cf. BREWIN, T. B., *Consent to Randomised Treatment*, en **The Lancet** (1982) 919-921; FASOLI, A., *Considerazioni sul "consenso informato" nella medicina pratica e nella sperimentazione clinica*, en **Medicina e Morale** (1985-3) 523-530; INGELFINGER, F. J., *Informed (but Uneducated) Consent*, en MAPPES, T. A. y ZEMBATY, J. S. (Coords.), **Biomedical Ethics**... pp. 155-156; LEBACQZ, K. y LEVINE, R. J., *Informed Consent in Human Research: Ethical and Legal Aspects*, en REICH, W. T. (Ed.), **Encyclopedia of Bioethics** ... pp. 754-762, VIAFORA, C., *L´etica della sperimentazione all´epoca del consenso informado*, en VIAFORA, C. y BENCIOLINI, P. (Eds.), **Etica e sperimentazione medica –da cavia a partner**, Padua, 1982.

40. Esta afirmación del carácter personal del enfermo está presente en la obra ya antigua de RAMSEY, P., **The Patient as Person**, Nueva York, 1970.

41. ROMANO, M. L., **Etica e sperimentazioni**... pp. 100-103.

42. GUGGENBUHL-CRAIG, A., **Al disopra del malato e della malattia: il potere assoluto del terapeuta**, Milano, 1987.

43. Citado en LEBACQZ, K. y LEVINE, R. J., *Informed Consent in Human*... p. 756.

mía. Un problema adicional es el de si una información muy completa sobre la investigación a realizar conlleva el peligro de incrementar los niveles de angustia del enfermo e inducir una pérdida de confianza en el médico. Aun reconociendo estos riesgos, consideramos que esa información debe darse y que, si ésta se entiende como un proceso y no como un acto puntual, pueden superarse estas dificultades.

5. La ratio beneficios-riesgos

Ésta es otra exigencia que dimana de la afirmación del carácter personal de la persona sometida a un proyecto de investigación. Lógicamente y aunque la evaluación no sea fácil, los beneficios deben, como mínimo, igualar a los riesgos. Habría que poder afirmar que previsiblemente estamos ante un tratamiento inocuo y beneficioso para este paciente concreto. Ello exige tener en cuenta el rigor de la investigación y la competencia científica de los investigadores. En las situaciones médicas en que no existen tratamientos alternativos, estaría especialmente justificado el recurso a nuevos procedimientos terapéuticos en fase de experimentación, pero que pueden dar esperanzas de recuperación. La importancia social de estos ensayos clínicos sería un factor adicional que justificaría el recurso a ellos. En todo caso, la situación desesperada del enfermo no justifica cualquier investigación, sino que siempre deberá estudiarse, por difícil que sea, una ponderación entre los previsibles riesgos y expectativas[44].

6. La experimentación realizada en grupos vulnerables

Ya antes hemos aludido a la especial problemática que se presenta cuando los sujetos que participan en la investigación pertenecen a grupos sociales "débiles" o vulnerables: los inconscientes, los niños, los enfermos y deficientes mentales, los reclusos y las personas que se encuentran en una especial relación de dependencia con el equipo de investigación. En estas situaciones deberá extremarse la ponderación de la calidad personal inherente a todo ser humano y la necesidad de extremar las garantías para evitar los posibles abusos[45].

---

44. Ver BURKHARDT, R. y KIENLE, G., *Controlled Clinical Trials and Medical Ethics*, en **The Lancet** (1978) vol. II, 1356-1359; CALLIERI, B., *L´etica della ricerca*, en **Medicina e Morale** (1980-1) 28-38; CANEPA, G., *Ancora sull´etica della ricerca*, en **Medicina e Morale** (1980-1) 53-70.

45. RUIZ-MATEOS, A. M., *El "ethos" médico ante la experimentación en seres humanos*, en **Moralia** 5 (1983) 503-518.

a) En los casos en los que el enfermo está inconsciente o es incapaz de prestar su consentimiento informado, es legítimo que la familia o los allegados más próximos decidan por aquél, intentando tener en cuenta lo que el propio enfermo hubiera deseado.

b) Especialmente en USA fue frecuente la experimentación realizada en reclusos. Éstos constituyen, desde el punto de vista técnico, una población ideal: por su estabilidad, por vivir en condiciones de vida muy similares y ser observados de forma constante y detallada. Las investigaciones se hacían, además, mediante una compensación económica. Sin embargo, la vida en prisión conlleva una serie de condicionamientos que hacen muy discutible la existencia de un auténtico consentimiento libre: la participación en la investigación ofrece al recluso la posibilidad de romper la monotonía de la vida carcelaria; constituye una pequeña fuente de ingresos, que puede llevarle a aceptar participar en una investigación, aunque probablemente no lo hubiera hecho en estado de libertad. Los reclusos podían, de esta forma, reducir el tiempo de su condena, ganar reputación entre las autoridades de la prisión... También debería tenerse en cuenta la existencia de una coacción interior que les lleve a participar para intentar desculpabilizarse o aumentar su autoestima personal, al sentir que se hace algo importante en servicio de la humanidad. Últimamente se ha rechazado este tipo de investigaciones en reclusos. Los condicionamientos de la vida entre rejas son tan evidentes que debe excluirse la existencia de un auténtico consentimiento informado[46].

c) Otro tema importante es el de la investigación realizada en personas incapaces de prestar el consentimiento: los menores de edad y las personas con enfermedades mentales. Es interesante hacer referencia a las posturas contrapuestas de dos grandes bioeticistas: **P. Ramsey** y **R. A. McCormick**. El primero centra su postura en la necesidad de que exista un verdadero consentimiento informado. Dado que este consentimiento no puede existir, nunca debería experimentarse en niños, salvo cuando sea necesario para el tratamiento de una enfermedad propia o para protegerlos de un riesgo mayor. Admite, por tanto, la investigación clínica en niños, en las condiciones antes citadas, pero rechaza la no-clínica[47].

---

46. COHEN, C., *Medical Experimentation on Prisoners*, en MAPPES, T. A. y ZEMBATY, J. S. (Coords.), **Biomedical Ethics**... pp. 177-186.

47. RAMSEY, P., *Consent as a Canon of Loyalty with Special Reference to Children in Medical Investigation*s, en **Ib**., pp. 157-159.

McCormick admite, por el contrario y en algunos casos, el consentimiento vicario o sustitutivo, dado por los padres o tutores legales. Fundamenta su postura en el carácter social de todo ser humano. Como consecuencia de nuestra interdependencia en la sociedad, debemos prestar a los otros ciertos deberes sociales. Uno de ellos es el ofrecernos a investigaciones no-clínicas de pequeños riesgos y de elevado beneficio social. También los niños participan de esta obligación social, aunque no sean aún capaces de reconocerlo. Por ello es aceptable que los padres presten ese consentimiento sustitutivo para investigaciones de mínimo riesgo. Se debe tratar de experimentaciones bien elaboradas científicamente, que ofrezcan garantías de beneficio social, que no puedan conseguirse sin participación de niños y sin que incluyan un riesgo previsible o molestias desproporcionadas o indebidas. Debería tenerse una especial precaución cuando se trata de niños que viven en instituciones donde puede existir el peligro de minusvaloración[48]. Y habría que extremar las exigencias en los casos de deficientes o enfermos mentales –en donde nos parece acertada la determinación de que sólo puede hacerse cuando se trata de un fármaco psiquiátrico y que si se trata de personas que viven en una institución, debería contarse con el permiso de los jueces.

Por otra parte, hay que insistir en la necesidad de la experimentación con niños como camino de avance en la Medicina Pediátrica, ya que, desde el punto de vista farmacológico, no puede concebirse al niño como un "adulto pequeño". "Su metabolismo, sus sistemas enzimático y secretorio, el desarrollo esquelético, etc. difieren tan marcadamente de los de los adultos que las pruebas de medicamentos en estos últimos proporcionan una información inadecuada acerca de las dosis, eficacia, toxicidad, efectos laterales y contraindicaciones para los niños"[49].

7. La asignación aleatoria ciega, el enmascaramiento "a doble ciego" y el uso de placebo

Antes aludimos a la gran complejidad de los actuales ensayos clínicos. Para evaluar un nuevo tratamiento no basta ya con los resultados que puedan obtenerse con un sólo enfermo o con un grupo reducido de pacientes. Habrá que comparar los resultados obtenidos con

48. McCORMICK, R. A., *Proxy Consent in the Experimentation Situation*, en **Ib**., pp. 159-169. Ver también BARTHOLOME, W. G., *Parents, Children, and the Moral Benefits of Research* en **Ib**., pp. 169-172.

49. CAPRON, A. (Citado por McCORMICK, R. A., *Proxy Consent*... p. 160).

una nueva terapia con los procedentes de pacientes no-tratados o que reciben un tratamiento ya experimentado.

Como ya hemos indicado, en la investigación que se realiza en fase III, se procede mediante *la asignación aleatoria ciega y el enmascaramiento "a doble ciego", es decir,* se divide al azar la población en estudio en dos o más grandes grupos. Uno de ellos recibe el tratamiento en experimentación, mientras que el otro o los otros reciben la terapia estándar. En algunos casos, uno de los grupos puede recibir una sustancia sin actividad farmacológica conocida o *placebo*, lo que facilita la interpretación de los resultados y delimitar mejor el grado de eficacia del nuevo tratamiento. Al mismo tiempo, se insiste en la necesidad de que el enfermo desconozca en cuál de los dos grupos se encuentra (enmascaramiento) para evitar que coloree subjetivamente su respuesta. Incluso se exige que se utilicen criterios arbitrarios en la distribución de los dos grupos a fin de que las conclusiones no queden modificadas por el propio equipo investigador.

Todo ello muestra la gran complejidad de la actual experimentación en humanos y las importantes interrogantes éticas que suscitan[50]:

- ¿Es ético no informar al enfermo de en qué grupo se encuentra, para que los resultados no queden modificados por su impresión subjetiva? ¿Basta con informarle de que va a participar en un ensayo clínico, sin decirle en qué grupo se le ha clasificado?
- Cuando un paciente ingresa con urgencia en un centro sanitario en un estado grave, ¿se encuentra en condiciones de recibir la adecuada información para poder prestar su consentimiento? ¿Es suficiente, en tales condiciones, el consentimiento prestado por sus familiares?
- ¿Es legítima la administración de un *placebo* y todo el procedimiento de asignación aleatoria y *enmascaramiento " a doble ciego"*?

Hay autores que se cuestionan si es necesario informar al paciente de que se va realizar una asignación aleatoria, arguyendo que la dificultad del enfermo para comprender la complejidad de un protocolo de investigación y el hecho de que tal información haga disminuir su confianza en el médico, son motivos suficientes para no informar. Así lo

50. Ver ROSSNER, F., *The Ethics of Randomized Clinical Trials*, en **The American Journal of Medicine** 82 (1987) 283-290; SCHAFER, A., *The Ethics of the Randomized Clinical Trial*, en **New England Journal of Medicine** 307 (1982) 719-724; FREEDMAN, B., *Equipoise and the Ethics of Clinical Research*, en **New England Journal of Medicine** 317 (1987) 141-145.

hace **Brewin**[51]: "El tratamiento aleatorizado... sin consentimiento especial... frecuentemente no es sólo éticamente aceptable, sino éticamente preferible... Muchos pacientes no tienen ningún deseo de escuchar todo acerca de los beneficios y riesgos de las diferentes opciones". Otros consideramos que esta información es esencial para que el paciente pueda elegir conscientemente el grupo del que desea formar parte y que debería dársele una por escrito, completándola verbalmente en un proceso de relación y de diálogo continuado.

Siguiendo la Declaración de Helsinki (Edimburgo 2000) consideramos que la utilización del *placebo* debe restringirse a aquellas situaciones en que no existe una terapia de eficacia ya probada con la que se confronte el nuevo tratamiento[52]. En este caso, puede afirmarse que la nueva terapia y el placebo se encuentran en una situación equiparable. Por el contrario, cuando existe una terapia eficaz, la administración de un *placebo* equivale a una omisión terapéutica, éticamente inaceptable[53]. También es importante subrayar que hay estudios que muestran que los pacientes, a los que se les informa de su participación en un ensayo clínico en el que pueden estar en el grupo placebo, tienden a valorar menos positivamente la terapia experimental[54].

¿Sometería el equipo de investigación a un familiar querido a ese proceso de *asignación aleatoria con enmascaramiento "a doble ciego"*? Esta perspectiva personal puede ser un buen *test* sobre las condiciones éticas para realizar un ensayo clínico.

Las exigencias de la investigación llevada a cabo bajo *asignación aleatoria con enmascaramiento " a doble ciego"* y la administración de *placebos* para contrastar el valor de un nuevo fármaco, son a veces necesarias desde el punto de vista del rigor científico. Pero no se puede ocultar el intenso desasosiego que surge en las personas que acceden al conocimiento de cómo se puede estar hoy desarrollando la investigación en seres humanos. Cuando una multinacional farmaceútica desea

---

51. BREWIN, T. B., *Consent to Randomised...* p. 920.

52. Sobre el tema de los *placebos*, cf. BOK, S., *L´etica della administrazione del placebo*, en **Le Scienze** 14 (1975) 11-17; SKOVLUND, E., *Should We Tell Trial Patients that They Might Receive Placebo?*, en **The Lancet** 337, april 27 (1991) 1041.

53. Debe recordarse el ensayo realizado en mujeres embarazadas, portadoras del VIH, de diversos países del Tercer Mundo, con vistas a determinar las dosis mínimas de AZT necesarias para evitar que el niño quedase infectado por el virus. Sin poder entrar ahora en la valoración del ensayo, parece claro que nunca se debió haber administrado el *placebo*, dado que se conocía que el riesgo de contagio, sin el tratamiento antirretroviral, era elevado.

54. ROMANO, M. L. **Etica e sperimentazioni**... p. 136 ss.

introducir un nuevo producto debe obligatoriamente experimentar sobre individuos humanos. Pero, ¿se tienen en cuenta las garantías éticas que surgen de la dignidad de la persona que es sujeto de experimentación? ¿Existe la suficiente claridad en la explicación que debería presidir todo el proceso? Los investigadores intentan dar seguridades, insistiendo en que nunca se abandona el tratamiento del enfermo, que las experiencias *a doble ciego* se hacen solamente en casos de investigación farmacológica, y no en cirugía o radiología; que se admite el *placebo* cuando se quiere contrastar el efecto de fármacos cuya aplicación no es vital para el individuo, es decir, con analgésicos o medicamentos similares, de acción breve y suave, o en fármacos psiquiátricos, evitando las crisis de angustia, ansiedad... El problema es complejo y ciertamente debería existir una mayor información y contraste social sobre un tema, muy importante para el avance de la Medicina, pero del que pueden surgir abusos éticos.

8. Los Comités de Ética para la Investigación Clínica

Precisamente porque los interrogantes anteriores se plantean ante cada proyecto de investigación que se pretende realizar en personas, surgieron los Comités de Ëtica de la Investigación, con diferentes nombres según los países (*Instrumental Review Board* en Estados Unidos o *Local Research Committees* en el Reino Unido, por ejemplo). A estos Comités son a los que, tanto la Declaración de Helsinki, como el Informe Belmont y el Convenio de Oviedo hacen referencia.

En España, los denominados Comités de Ética para la Investigación Clínica (CEIC), como el resto de Comités de este tipo están formados por personal sanitario y no sanitario, incluso algún miembro ajeno a la institución a la que pertenece el CEIC. Su función primordial es proteger a los posibles participantes de los posibles daños, garantizando su integridad física y psíquica mediante la valoración metodológica, ética y legal del proyecto. Así deben comprobar que se cumplen los principios éticos básicos y que se respetan los Derechos Humanos.

Los hospitales son centros fundamentales en la investigación sobre seres humanos. Por ello, se impone la presencia en esos centros de Comités de Ética para la Investigación Clínica (CEIC), que estudien con imparcialidad el rigor científico y los aspectos éticos de los protocolos de investigación en humanos. El dinamismo inherente al esfuerzo investigador entraña con frecuencia el peligro de difuminar barreras éticas que deberían siempre respetarse, por muy elevado que sea el

interés social y médico de determinadas investigaciones. Los beneficios para la humanidad futura pueden convertirse en un factor que justifique la asunción de ciertos riesgos, pero no puede ser una justificación apriorística para cualquier forma de investigación humana. La persona tiene siempre una intrínseca dignidad, aunque se trate de un deficiente, un enfermo desahuciado o un anciano. Y en este tema, de relevante interés social, no son únicamente los hombres de ciencia los que deben marcar las exigencias éticas. Es toda la sociedad la que está afectada y la que tendrá que ir marcando cuáles son los cauces por los que puede discurrir, con garantías éticas y legales, la experimentación humana del presente y del futuro.

Los Comités de Ética para la Investigación Clínica (CEIC)[55] son una instancia fundamental y nunca deberían convertirse en meros trámites burocráticos ni centrarse básicamente en los aspectos científicos, relegando a un plano muy secundario las implicaciones que existen.

Bibliografía

AA. VV., en MAPPES, T. A. y ZEMBATY, J. S. (Coords.), **Biomedical Ethics**, Nueva York, 1981, 138-198.

ASHCROFT, R., *Human Research Subjects, selection of*, en CHADWICK, R., **Encyclopedia of Applied Ethics**, San Diego, Londres, 1998, 627-639.

SGRECCIA, E., SPAGNOLO, A. G. y ELIZARI, F. J., *Investigación y experimentación biológica*, en COMPAGNONI, F., PIANA, G., PRIVITERA, S. y VIDAL, M. (Coords.), **Nuevo Diccionario de Teología Moral**, Madrid, 1992, 962-972.

AUTIERO, A., *Legittimazione etica della ricerca biologica*, en **Rivista di Teologia Morale** 19 (1987) 37-46.

BRIEGER, G. H., *Human experimentation: History*, en REICH, W.T. (Ed.), **Encyclopedia of Bioethics**, Nueva York/Londres, 1978, 683-692.

JONAS, H., *Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects*, en MAPPES, T. y ZEMBATY, J. (Coords.), **Biomedical Ethics**, Nueva York, 1981, 150-154.

JONSEN, A. R., *Experiments Perilous: The Ethics of Research with Human Subjects*, en JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford, 1998, 125-165.

LEBACQZ, K. y LEVINE, R. J., *Informed Consent in Human Research: Ethical and Legal Aspects*, en **Encyclopedia of Bioethics**, Nueva York/Londres, 1978, 755-762.

55. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se regulan los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos.

LEVINE, R. J., *Research, biomedical*, en REICH, W. T. (Ed.), **Encyclopedia of Bioethics**, Nueva York/Londres, 1978, 1481-1492.

LEVINE, R. J., **Ethics and Regulation of Clinical Research**, Baltimore, MD (1986).

LÓPEZ AZPITARTE, E., *Los problemas éticos en el campo de la investigación humana*, en **Proyección** 34 (1987) 291-308.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, **Report and Recommendations: Research Involving Prisoners**, Bethesda, Md, DHEW Publ., 1976.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, **Report and Recommendations: Research Involving Children**, Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 1977.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, **Report and Recommendations: Research Involving Those Institutionalized as Mentally Infirm**, Bethesda, Md, DHEW Publ., 1978.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, **Report and Recommendations: Institutional Review Boards**, Bethesda, Md, DHEW Publ., 1978.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, **The Belmont Report: Ethical Principles and Recommendations**, Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 1979.

PAGLIARO, L., *Trial*, en LEONE, S. y PRIVITERA, S., **Dizionario di Bioetica**, Bologna, 1994, 1004-1008.

PAPALIA, S., *Tutela del benessere degli animali e disciplina della sperimentazione animale*, en **Medicina e Morale** (1989-6) 1084.

PERICO, G., *Experimentación clínica*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid, 1978, 370-379.

ROMANO, M. L., **Etica e sperimentazioni cliniche**, Roma, 1994.

VIDAL, M., *Ética de la actividad científico-técnica*, en **Moralia** 5 (1983) 419-443.

Capítulo decimocuarto

LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS

I. Historia de los trasplantes

Puede afirmarse que la era de los trasplantes de órganos se inició el 3 de diciembre de 1967 en el *Hospital Groote Schuur* de Ciudad del Cabo, cuando el Dr. **Christian Barnard** trasplantaba el corazón de **Denise Daarvall**, una joven de 22 años, a **Louis Washkansky**, un varón de 55 años, con una historia clínica de frecuentes infartos cardíacos. **Washkansky** moriría 18 días después, pero el segundo receptor de un corazón trasplantado, de manos del mismo Dr. **Barnard**, el dentista **Philip Blaiberg**, sobrevivió 18 meses y, en diferentes países, se dio una especie de competición científica para remedar los éxitos conseguidos en el África Austral. En efecto, durante los 11 meses siguientes se realizaron 101 trasplantes en 24 países[1], cuyos resultados fueron muy pobres, pero que produjeron un fuerte impacto en la opinión pública dentro de un año que vendría marcado por grandes movimientos culturales y sociales. Es verdad que la historia de los trasplantes, como indica **Diego Gracia**, había comenzado con anterioridad con los trasplantes de córnea y, sobre todo, de riñón en los años 50[2]. Pero ahora el órgano trasplantado, el corazón, tenía importantes resonancias cultura-

1. Cf. JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford, 1998, 200-201.
2. GRACIA, D., *Historia del trasplante de órganos*, en GAFO, J. (Ed.), **Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales**, Madrid, 1996, 13-32.

les y afectivas –piénsese en todas las expresiones de nuestra lengua en que se hace referencia al corazón como sede de la afectividad y de los sentimientos humanos[3].

Se había abierto ante la opinión pública una página nueva en la historia de la Medicina, aunque ya se hubieran realizado antes otros tipos de trasplantes de órganos. Pero, como decimos, el corazón humano poseía una serie de connotaciones emocionales en diferentes culturas que convertían a la intervención, realizada por **Barnard**, en un acontecimiento de enorme impacto en un mundo sometido a un acelerado cambio cultural. Como se hizo notar entonces, el corazón, considerado sede de la vida afectiva y emotiva del ser humano, había sido degradado al nivel de un mero *músculo cardiaco*, que podía ser trasplantado desde una joven anglicana a un judío de más de 50 años, sin que se modificase por ello la personalidad de éste. Se tuvo la conciencia de que se abría una gran posibilidad: la de la sustitución de los órganos humanos de una forma equiparable al recambio de las piezas de un motor en una época histórica en que estaba aún vigente una extraordinaria fe en el desarrollo tecnológico, que pronto se iba a quebrar.

Un segundo dato, que tiene también lugar muy poco antes del inicio de la misma década de los 60, es el comienzo de la terapia intensiva. En 1959 un grupo de neurofisiólogos y neurólogos de Lyon describen una situación que califican como "muerte del sistema nervioso" y, poco después, otros dos neurólogos, **Mollaret** y **Goulon**, del Hospital Claude Bernard de París califican otra situación que afecta a un grupo de 26 enfermos con graves lesiones cerebrales como *coma dépassée* ("coma sobrepasado"). Estos nuevos planteamientos, junto al inicio de los trasplantes, abren la puerta a un nuevo criterio para definir la muerte de una persona: el de la muerte cerebral o encefálica, que tiende progresivamente a suplantar el criterio clásico de la parada cardiorrespiratoria[4].

Estos dos hechos, junto al inicio de la utilización de la **ciclosporina-A** en los años 80, pueden marcar la triple coordenada histórica en que situar el actual debate ético sobre los trasplantes de órganos, que han llegado en nuestro país a unos resultados francamente positivos y

3. Cf. GAFO, J., *Los trasplantes de órganos*, en **Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, 219-231.

4. MACHADO, C., *Una nueva definición de la muerte según criterios neurológicos*, en ESTEBAN, A. y ESCALANTE, J. L. (Eds.), **Muerte encefálica y donación de órganos**, Madrid, 1995, 27-29.

alentadores[5]. En efecto, se puede distinguir entre una fase anterior y otra posterior a la **ciclosporina**, el fármaco que ha sido fundamental para evitar los mecanismos de rechazo y que ha hecho que una serie de trasplantes, especialmente los de riñón, corazón e hígado, hayan pasado la fase experimental[6].

Sin embargo, como hemos indicado, la historia de los trasplantes de órganos se había iniciado hacía ya algunos años[7]. Primero fue el trasplante de córnea, una técnica más sencilla y, sobre todo, sin especiales problemas de rechazo. Los primeros trasplantes renales fueron realizados en los años 50, e incluso en España ya se había realizado el primero en 1960. Poco tiempo después la euforia suscitada por el primer trasplante cardiaco y por la ola de trasplantes realizados en 1968 tendía a remitir. Los éxitos no respondían a las expectativas; la supresión de los mecanismos de rechazo constituía un obstáculo muy difícilmente superable. El número de trasplantes cardíacos no llegó a 20 en 1970. En 1978, diez años después del primer trasplante, realizado por **Barnard**, se habían realizado en el mundo un total de 379 trasplantes cardíacos. Durante la década de los 70 los trasplantes de órganos parecen entrar en una época de hibernación en las que se mantienen los de córnea y riñón, mientras que los de corazón –con la excepción de la labor realizada por el **Dr. Shumway** en el *Centro Médico de la Universidad de Stanford*– hígado, pulmón, páncreas... se mantienen en niveles numéricos muy bajos.

Como ya hemos dicho, un paso fundamental en el avance de los trasplantes de órganos fue el descubrimiento de la **ciclosporina-A**, que, al controlar los mecanismos de rechazo, dio un empuje decisivo

---

5. España es el país del mundo con más número de donaciones de órganos procedentes de cadáver: en 1995 se alcanzó la cota de 27 por millón de habitantes, mientras USA se sitúa en 20 y la media Europea no llega a la mitad. Nuestro país ocupa el primer puesto en trasplantes renales, el segundo en hepáticos y el tercero en cardíacos. Ver GAFO, J., *Muerte cerebral y trasplantes de órganos*, en **Razón y Fe** 233 (1996) 511; NAVARRO, A., *La organización del trasplante en España*, en GAFO, J. (Ed.), **Trasplantes de órganos**... pp. 33-51.

6. Durante 1995 se realizaron en España 1.800 trasplantes renales (1.039 en 1989); 698 de hígado (170 en 1989); 278 de corazón (92 en 1989) y 24 de páncreas (9 en 1989). El número de donaciones pasó en España, entre los mismos años, de 14 a 27 por millón de habitantes (Cf. **Transplant Newsletter**, Madrid, 1996).

7. DEGOS, L., **Los trasplantes de órganos**, Madrid, 1994; CARPENTIER, A. (Ed.), **Les Transplantations d´organes**, París, 1992; KÜSS, R. y BOURGET, P., **Une Histoire illustrée de la greffe d´organe: la grande aventure du siècle**, Sandoz, 1993; TERSAKI, P. L., **History of Transplantation**, Los Ángeles, 1991; GRACIA, D., *Historia del trasplante*… pp. 13-32.

a esta técnica en los años 80[8]. Desde entonces, las cifras se multiplican y los trasplantes de corazón, hígado y pulmón dejan de ser considerados como técnicas experimentales para convertirse en terapias que pueden arrojar un buen balance de éxitos obtenidos. Solamente en el año 1987 se realizan aproximadamente 1.000 trasplantes cardiacos en el mundo. En Estados Unidos, a pesar de que el número de donantes se ha incrementado desde 1985, el número de trasplantes cardíacos se ha estabilizado en unos dos mil anuales[9].

Un aspecto muy importante es el de la identificación de los potenciales donantes de órganos. Las lesiones craneoencefálicas graves son la causa de muerte del 56-77% de los actuales donantes; los del sistema nervioso central y los fallecidos por tumores cerebrales ocupan el segundo lugar. Hay una serie de posibles donantes que deben ser excluidos absolutamente: los fallecidos por septicemia no tratada, los afectados por el VIH o la hepatitis vírica... Igualmente los que han muerto de cáncer, excepto por tumor cerebral primario. En el pasado se dio gran importancia a la edad de los fallecidos, como lo muestra el cuadro de la *Pittsburg Transplant Foundation*:

Órgano o tejido	**Edad en años**
• Corazón	menos de 60
• Corazón-pulmón	menos de 60
• Pulmón	menos de 60
• Riñón	menos de 70
• Hígado	menos de 60
• Pancreas	menos de 60
• Médula ósea	16-65 años
• Válvulas cardíacas	menos de 55

Por encima de las edades citadas pueden aceptarse también los órganos, dependiendo del estado de su función y de la urgencia del trasplante. En efecto, hoy, se tiende a ampliar los plazos de edad y se considera que el estado funcional del órgano es más importante que la edad cronológica del donante.

8. DAUSSET, J., *Personas, personalidades y trasplantes de órganos*, en **Folia Humanistica** 24 (1986) 74.

9. FIGUERA AYMERICH, D., *Los trasplantes de corazón y de pulmón procedentes de cadáver: problemas de extracción e implantación*, en GAFO, J. (Ed.), **Trasplantes de órganos**… p. 89 ss.

El desarrollo de los trasplantes ha sido, además, espectacular en sus resultados[10]. La supervivencia en el primer año es del 80-90% en los trasplantes renales, del 80% en los cardiacos, del 65% en los hepáticos, del 40% en los de páncreas y del 90% en los de córnea.

El **trasplante renal**, que, como hemos dicho, comienza a realizarse al inicio de la década de los 50, tiene grandes éxitos y es la terapia preferente ante la insuficiencia renal crónica en fase terminal, proporcionando lógicamente una calidad de vida muy superior a la terapia alternativa de la *hemodiálisis*. En los años 70, la media de funcionamiento del riñón trasplantado se situaba en torno al 50% en el primer año y en un 20% a los cinco años. Después de la introducción de la **ciclosporina**, los porcentajes han ascendido al 80% y 60%, respectivamente. Una importante ventaja de los trasplantes renales es la existencia de la hemodiálisis como alternativa en caso de fracaso. Hay personas a las que se les ha sometido hasta a cinco trasplantes renales.

El **trasplante cardiaco** ha entrado en los últimos años en una nueva fase extraordinariamente prometedora. Está especialmente indicado en pacientes con enfermedad cardiaca terminal, que no vayan a beneficiarse de otras terapias convencionales y que tengan un mal pronóstico de supervivencia, 6-12 meses. Los donantes preferidos son los de 35-40 años (según sean varones o mujeres), cerebralmente muertos y sin historia de enfermedad cardiaca. A partir de 1989, la supervivencia a un año es en Stanford del 81% y a los cinco años de un 55%.

El primer **trasplante de hígado** fue realizado en 1967, El panorama comienza a cambiar con la introducción de la **ciclosporina**. A partir de 1983 deja de considerarse como técnica experimental. El trasplante es extraordinariamente complejo y constituye un verdadero reto para la institución hospitalaria. Las indicaciones más importantes para este trasplante son la insuficiencia hepática crónica irreversible –especialmente la cirrosis–, el fracaso hepático agudo y los tumores hepáticos primitivos. Se realiza el trasplante en niños, con mejores resultados, en casos de atresia biliar, ciertas formas de cirrosis congénita y errores innatos del metabolismo.

Un grave problema en este tipo de trasplante es el del momento de realizarlo ya que no existe ninguna terapia sustitutiva, equiparable a la hemodiálisis. Por ello, trasplantar a un enfermo demasiado pronto –si el trasplante fracasa– puede suponer privarle de meses o años de vida

10. Sobre los resultados de los trasplantes, cf. **Revista Española de Trasplantes** 3 (1994) n.º 2 (monográfico).

y, por otra parte, tampoco puede esperarse a que su situación se deteriore hasta la fase terminal del fracaso hepático. A pesar de sus dificultades, la supervivencia del trasplante hepático es del 65-70% al final del primer año, en el adulto, y del 50% después de 5 años; con los niños, los niveles de supervivencia son del 80% en el primer año. Últimamente se ha producido, en Europa, un rápido incremento de equipos especializados en trasplantes. Desde 1969 comienza a escribirse sobre la posibilidad de utilizar, con fines de trasplante, una parte del hígado procedente de donante vivo. En 1992 se realizó el primero en USA: se trasplantó una parte del hígado de un varón a su propio hijo de pocos meses, teniendo éxito la intervención.

El **trasplante de páncreas** sigue suscitando interés, a pesar de los importantes progresos realizados en el tratamiento de la diabetes, y los resultados conseguidos son alentadores. El primer trasplante se realizó en 1966. La supervivencia del injerto (con independencia de la insulina) es del 35-40% al año. Se cita un caso de supervivencia de 8,2 años y los resultados son más positivos en los últimos años. También se han hecho trasplantes parciales de páncreas o de los islotes pancreáticos de **Langerhans**, productores de insulina.

La **médula ósea** no es un órgano en sentido estricto y su trasplante se diferencia de los anteriores porque se trata de un tejido renovable. La médula contiene las células precursoras de toda la gama sanguínea que se convertirán en glóbulos rojos y blancos, plaquetas... Este trasplante se realiza en casos de leucemia y otras enfermedades de la sangre. La médula ósea del donante se regenera rápidamente en el plazo de algunos días. Un aspecto fundamental es la compatibilidad del donante con el receptor, situación que se da especialmente en algunos hermanos[11].

Como indicábamos antes, la aparición de la **ciclosporina** ha marcado una nueva fase en la historia de los trasplantes. El mecanismo de acción de este fármaco tiene una gran ventaja sobre otros inmunodepresores. Sin embargo, no puede negarse que la ciclosporina tiene un potencial tóxico que limita su utilización. A pesar de sus efectos secundarios, su uso se hace cada vez más frecuente ya que el médico conoce sus efectos tóxicos, relacionados frecuentemente con la dosis y la pauta terapéutica utilizada.

Se insiste en que el futuro de los trasplantes puede ir en una doble dirección: en primer lugar y en el caso del corazón, a través de la fabricación de corazones artificiales –el primero fue diseñado por **Robert**

11. DAUSSET, J., *Personas, personalidades*... pp. 90-91.

Jarvik, con un éxito muy modesto[12]. No se trata de una terapia definitiva, sino de un recurso para mantener en vida al receptor, a la espera de un donante idóneo. En segundo lugar, se ponen grandes esperanzas en la utilización de órganos, procedentes de animales. Se han hecho los primeros trasplantes cardíacos procedentes de mandriles y macacos –el primer caso fue en un pequeño niño, *Baby Fae*– con resultados igualmente pobres[13]. La manipulación genética podría ser importante para evitar los mecanismos de rechazo. En efecto, se considera que los órganos del cerdo podrían servir para trasplantes en humanos, previa la creación de cerdos transgénicos, genéticamente manipulados, evitándose de esta forma el problema del rechazo. Desde nuestro punto de vista, no existen razones éticas para oponerse a este tipo de trasplante.

Igualmente se ha escrito sobre trasplantes de cerebro, a raíz de los experimentos realizados por **R. J. White** en monos[14]. Este científico ha logrado modestas supervivencias y los primates intervenidos son tetrapléjicos, por la imposibilidad de reconstruir las vías nerviosas. Si alguna vez se pudiese realizar en la especie humana, habría más bien que hablar de "trasplante de cuerpo", ya que, dado que el psiquismo humano depende de la estructura cerebral, continuaría viviendo la persona cuyo cerebro se mantuviese intacto[15].

Un capítulo muy polémico en la historia de los trasplantes se ha abierto con el tratamiento de determinadas enfermedades cerebrales, especialmente el **Parkinson**, utilizando tejidos fetales. En realidad y con rigor, habría que hablar de **implantes**[16].

II. Planteamiento ético general sobre los trasplantes

Ya es un tópico, al abordar hoy cualquier tema de Bioética, hacer referencia a los principios éticos de esta disciplina. Hay un *humus* básico de estos principios: la afirmación y el reconocimiento de la **dignidad** que compete a todo ser humano. Como afirma **Peces-Barba**, tratando

12. Cf. JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford, 1998, 208-211.

13. Cf. DUNNING, J., WHITE, D. y WALLWORK, J., *Transgenic pigs as potential donors for xenografts*, en **Nefrología** 14 (1994) Suplemento 1, Curso en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 70-73.

14. WHITE, R. J., ALBIN, M. S. et al., *Prolonged Survival of Brain after Carotid-Jugular Interpositio*, en **Science** 150 (1965) 779-781.

15. GAFO, J., *¿Es posible un trasplante de cerebro en el hombre?*, en **Razón y Fe** 195 (1977) 594-602; DAUSSET, J., *Personas, personalidades*... p. 80.

16. Cf. GAFO, J., *La utilización terapéutica de tejidos fetales*, en **Ética y Legislación en Enfermería**, 233-247.

precisamente nuestro tema, "la persona humana es siempre un fin y no puede ser utilizada como medio, ni se puede adoptar una posición utilitarista, de beneficio para el mayor número, si eso supone afectar esa radical condición de fin en sí", que posee toda persona humana. De ahí se deriva, como primer principio ético, enraizado en el principio de autonomía, que "todas las prácticas o actitudes que deriven o expresen una concepción instrumental del ser humano, en trasplantes... deben ser rechazadas". Esta afirmación es básica en todo el debate ético de los trasplantes: por muy relevantes que sean los beneficios científicos que pudiesen extraerse o por importante que sea el beneficio para los receptores de órganos, nunca puede degradarse a un ser humano al papel de mero medio o instrumento para conseguirlo[17].

Una consecuencia del principio de autonomía será el énfasis en la **libertad** de las personas implicadas, es decir, el reconocimiento de la voluntariedad y la necesidad de un consentimiento informado por parte del donante y del receptor (o, en caso de que sea imposible prestarlo, por parte de los tutores o representantes legales). De ahí la importancia de que se proporcione a las personas implicadas una información completa sobre las consecuencias que podrían seguirse de la práctica del trasplante.

Los principios de beneficencia y no-maleficencia tendrían su repercusión en el tema de los trasplantes, al subrayarse la exigencia ética de **seguridad**, es decir, la necesidad de que la compleja técnica se realice en condiciones que garanticen al máximo el buen resultado de la intervención. Por ello el mismo **Peces-Barba** considera que estamos ante un tema que no puede dejarse a la autorregulación ética corporativa de la profesión médica, ni de las asociaciones de las personas afectadas por una enfermedad que requeriría un trasplante. Es necesaria una regulación jurídica realizada por terceras personas imparciales que legislen y juzguen los conflictos que puedan presentarse. Una consecuencia obvia del principio de no-maleficencia es la gran importancia de que no se infiera daño desproporcionado a los donantes y que los órganos extraídos se encuentren en condiciones que no produzcan daño a los receptores. La exigencia ética de beneficencia se concretaría también en una llamada a la **solidaridad** interhumana, como principio rector de toda la problemática de los trasplantes y que debería ser fomentada mediante campañas de información y de sensibilización.

---

17. PECES-BARBA, G., *Problemas morales del Derecho ante el trasplante de órganos*, en **Revista Española deTrasplantes**, 2 (1993) n.º 1 (n.º extraordinario) 7-11.

Finalmente, el principio de justicia se concretaría especialmente en la afirmación de la **igualdad** de todas las personas que podrían beneficiarse de esta tecnología. Expresado en forma negativa, sería la **no-discriminación** de ninguno de los posibles receptores por razón de raza, edad, riqueza, sexo, religión, etc. en la distribución equitativa de los órganos disponibles para trasplante. Como indica **Peces-Barba**, el principio de igualdad incluye la "aceptación de que hechos diferentes no rompen, sino que fuerzan el principio de igualdad"[18]. La formulación más utilizada del principio de justicia, la de que "casos iguales, exigen tratamientos iguales", puede ser iluminadora para la búsqueda entre los distintos receptores posibles de aquel que es más adecuado para recibir un órgano, una terapia médica que hoy debe seguir siendo calificada como "escasa". Nos parece importante subrayar, ya desde aquí, que la política social en materia de trasplantes es inseparable del marco más amplio de la política sanitaria global en la distribución de los recursos sanitarios. La racionalidad económica en la distribución de tales recursos constituye una inevitable referencia ética que debe ser siempre ponderada y sobre la que volveremos más adelante[19]. Sin pretender entrar en el tema de la selección de los receptores del trasplante, es evidente que habría que subrayar dos perspectivas básicas: la necesidad del receptor y la probabilidad de éxito del trasplante.

Una consecuencia de esta exigencia de igualdad es que, tal como expresó la resolución de la *Conferencia de Munich*, "la capacidad económica de las personas no debe ser un factor que decida sobre la asignación de los métodos de tratamiento ni de los órganos para el trasplante"[20]. Ya lo había afirmado la 44 Asamblea de la OMS: "A la luz de los principios de distribución justa y equitativa, la donación de órganos debe proporcionarse a los pacientes en base a las necesidades médicas y no en base a consideraciones económicas"[21].

Una vez formulado este marco conceptual, nuestra exposición se va a desarrollar en torno a los siguientes puntos:

---

18. **Ib**., p. 10.

19. Ver GAFO, J., *El derecho a la asistencia y la distribución de recursos*, en **Ética y Legislación**…pp. 79-92.

20. La Conferencia de Munich fue organizada por EDTA-ERA Y ESOT, las dos Asociaciones Europeas más importantes de trasplantes. Véase BOTELLA, J., *Aspectos éticos y sociales de los trasplantes de órganos*, en **Nefrología** 14 (1994) Suplemento 1, 61-63.

21. **Ib**., p. 62.

- La Iglesia Católica ante los trasplantes;
- Las donaciones procedentes de personas vivas;
- El diagnóstico de muerte;
- Las donaciones procedentes de cadáver;
- El comercio de órganos y tejidos;
- Los trasplantes de órganos procedentes de animales;
- La distribución de órganos entre los posibles receptores.

III. La Iglesia Católica y los trasplantes de órganos

Ante todo debe reconocerse la novedad de la situación surgida con los primeros trasplantes de órganos procedentes de personas vivas. Como escribió **F. D. Moore**, "por vez primera en la historia de la medicina se adoptaba un procedimiento en que una persona totalmente sana era lesionada de forma permanente para mejorar el bienestar de otra"[22]. Por ello era lógico que el tema de los trasplantes de órganos suscitase en un principio reparos éticos entre los moralistas católicos, cuando se utilizaban órganos procedentes de donantes vivos. Reconociendo el valor del gesto del que renuncia a un órgano propio para salvar la vida de un semejante, se cuestionaba, no obstante, la legitimidad de la automutilación realizada, aunque fuese con fines filantrópicos. Se discutía si tal acción no sobrepasaba los límites de la potestad de la persona para disponer de su propio organismo, tal como estaba formulada por el principio de totalidad[23].

Sin embargo, el mismo **Pío XII** aceptó la aplicación del principio de totalidad admitiendo la subordinación del orden somático en orden a "la finalidad espiritual de la persona misma"[24]. Este planteamiento sirvió para superar las dificultades iniciales de algunos moralistas católicos en relación con los trasplantes de órganos procedentes de un donante

22. MOORE, F. D., *New Problems in Surgery*, en **Science** 144 (1964) 391.

23. Cf. capítulo quinto (IV), sobre principio de totalidad. Para el debate sobre este tema, cf. ZALBA, M., La *mutilación y el trasplante de órganos a la luz del magisterio eclesiástico*, en **Razón y Fe** 153 (1956) 523-548; KELLY, G., *Notes on Moral Theology*, en **Theological Studies** 8 (1947) 97; ELSÄSSER, A., *Organspende – selbstverständliche Christenpflicht*, en **Theologische-praktische Quartalschrift** 128 (1980) 231-245; ELIZARI, F. J., *La Iglesia Católica ante el trasplante de órganos*, en **Revista Española de Trasplantes** 2 (1993) n.º 1 (n.º extraordinario) 23-26.

24. PIO XII, *Discurso a los Congresistas del Colegio Internacional Neuropsicofarmacológico*, en **Ecclesia** n.º 898 (27 de septiembre de 1958) 343-346. Ver también PIO XII, *Discurso a la Asociación Italiana de donantes de córnea*, en **Ecclesia** n.º 776 (26 de mayo de 1956) 589-591.

vivo. Estas dudas, que olvidaban algo tan genuinamente evangélico como que "nadie tiene más amor que el que da la vida –o una parte de su cuerpo– por sus amigos"[25], se han disipado y son múltiples las tomas de postura de la Iglesia Católica favorables a la donación de órganos, tanto procedentes de una persona viva, como de un fallecido. Hoy nadie pone en duda el alto valor humano inherente al gesto de donación[26].

Juan Pablo II ha abordado en varias ocasiones el problema de los trasplantes. Aludiendo a los trasplantes de médula ósea, insiste en la necesidad de un consentimiento libre de los enfermos: "Es necesario un gran respeto al paciente en la aplicación de las nuevas terapias todavía en experimentación... Si faltan otros remedios es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición de la medicina avanzada, aunque estén todavía en estudio experimental y comporten algún riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar también ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad. Sin embargo, para que una terapia pueda generalizarse, deberán tomarse todas las garantías para atenuar el riesgo, sin dejarse llevar de un experimentalismo a ultranza"[27].

Juan Pablo II afirma que el diagnóstico de muerte constituye un dilema ético básico en los trasplantes procedentes de cadáver, ya que "el éxito de la intervención depende de la rapidez con que los órganos son extraídos del donante después de su muerte. ¿En qué momento tiene lugar lo que nosotros llamamos la muerte? Este es el punto crucial del problema"[28]. Ya **Pío XII** había dicho que "es competencia del médico el dar una determinación clara y precisa de la 'muerte' y del 'momento de la muerte' de un paciente que muere sin recobrar la conciencia... La respuesta no puede inducirse de principios religiosos y morales y, consiguientemente, es un aspecto que está fuera de la competencia de la Iglesia"[29]. De forma similar, **Juan Pablo II** afirma lógicamente que "el respeto debido a la vida humana prohíbe sacrificarla, directa y positivamente, aun cuando sea en beneficio de otro ser humano al que se cree-

25. *Jn* 15,13.

26. PERICO, G., *Trasplantes*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid, 1978, 1129-1136; ZALBA, M., *Principio de totalidad*, en **Ib**., 1086-1094.

27. JUAN PABLO II, Discurso a los participantes en un curso de actualización sobre 'preleucemia humana', en **Documentos Palabra** n.º 282 (1985).

28. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en el Congreso de la Pontifica Académica de Ciencias sobre "La determinación del momento de la muerte"*, en **Ecclesia** n.º 2457-2458 (6 y 13 de enero de 1990) 28-30.

29. PIO XII, *Discurso a los miembros del Instituto Italiano de Genética Gregorio Mendel*, en **Ecclesia** n.º 856 (7 de diciembre de 1957) 1381-1383.

ría tener razón de favorecer". Y añade que "los científicos, los analistas, los eruditos, deben continuar sus investigaciones y sus estudios a fin de determinar lo más exactamente posible el momento más exacto y la señal irrecusable de la muerte. Porque, tomada esta determinación, el conflicto aparente entre el deber de respetar la vida de una persona y el deber de cuidar o incluso de salvar la vida a otra desaparece"[30].

Con estos presupuestos, **Juan Pablo II** valora positivamente los trasplantes como ejemplo de impulso generoso del corazón, solidaridad humana y cristiana. Califica como hecho noble y meritorio "dar la propia sangre o un órgano propio a aquellos hermanos que tienen la necesidad de ellos" y constituye "un regalo hecho al Señor paciente, que en su pasión se ha dado en su totalidad y ha derramado su sangre para la salvación de los hombres"[31]. También afirma que "donar durante su vida una parte de su cuerpo, una ofrenda que sólo será efectiva después de la muerte, es ya en numerosos casos un acto de gran amor, el amor que da la vida a otros"[32].

Ésta es también la postura expresada por los Obispos españoles en un documento de 1984[33]. En él se critica la existencia de prejuicios o razones, real o supuestamente religiosas, que frenan las donaciones de órganos procedentes de cadáveres: "El respeto, justamente casi sagrado, que tantas veces hemos predicado desde la fe hacia nuestro propio cuerpo, hace que algunos creyentes se resistan a la donación de órganos". Por el contrario, solicitan que "se agilicen los trámites burocráticos que, en ocasiones, pueden dificultar la aplicación de la ley". Exigen ciertos criterios éticos para los trasplantes: que el donante o sus familiares obren con libertad y sin coacción; que se realice por motivos altruistas, no económicos; que exista una razonable perspectiva de éxito en el receptor y que se compruebe con rigor el fallecimiento de aquel a quien se le van a extraer los órganos. "Cumplidas estas condiciones, no sólo no tiene la fe nada contra tal donación, sino que la Iglesia ve en ella una preciosa forma de imitar a Jesús que dio la vida por los demás. Tal vez en ninguna otra acción se alcancen iguales niveles de ejercicio de la fraternidad. En ella nos acercamos al amor gratuito y eficaz que

30. JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en el Congreso…* pp. 28-30.

31. JUAN PABLO II, *Discurso a la Asociación de Voluntarios Italianos de la sangre y donantes de órganos*, en **Ecclesia** n.º 2186 (18 y 25 de agosto de 1984) 1004.

32. JUAN PABLO II, *Discurso a un Congreso Internacional sobre los trasplantes de órganos*, 20 de junio de 1991, en **La Documentation Catholique** 89 (1992) 527.

33. COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA, *Exhortación Apostólica sobre la donación de órganos*, en **Ecclesia** n.º 2195 (25 de octubre de 1984) 1331.

Dios siente hacia nosotros. Es un ejemplo vivo de solidaridad. Es la prueba visible de que el cuerpo de los hombres puede morir, pero que el amor que los sostiene no muere jamás". Un planteamiento similar ha sido expresado por otros Episcopados[34].

La *Evangelium Vitae* se refiere con brevedad al tema de los trasplantes. Por una parte condena, en relación con la eutanasia, el peligro de acudir a esta práctica "cuando, por ejemplo, para aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante" se procede a la extracción de los órganos sin respetar los criterios objetivos y adecuados que certifican la muerte del donante" (n.º 15). Pero reconoce el valor ético de "la donación de órganos, realizada según criterios éticamente aceptables, para ofrecer una posibilidad de curación e incluso de vida, a enfermos tal vez sin esperanzas" (n.º 86)[35].

Nos parece importante subrayar, de acuerdo con las conclusiones de un estudio sociológico español, que "un nivel alto de religiosidad extrínseca incide negativamente en la donación. Entienden la Iglesia y la religión como un medio para adquirir posición socioeconómica, establecer relaciones sociales y satisfacer ciertas necesidades de la convivencia social"[36].

El planteamiento de las grandes religiones es básicamente equiparable al de la Iglesia Católica, por lo que ha podido afirmarse que "las restricciones religiosas son más imaginarias que reales"[37]. Así las tres grandes religiones occidentales, Judaísmo, Cristianismo e Islam, son favorables a las donaciones y, más recientemente, a la utilización de los criterios de muerte cerebral[38].

---

34. CONFERENCIA EPISCOPAL ALEMANA y CONSEJO DE LA IGLESIA EVANGÉLICA EN ALEMANIA, *Declaración sobre problemas éticos del trasplante de órganos*, 2 de julio de 1990, en **La Documentation Catholique** 88 (1991) 135-137; COMISIÓN PERMANENTE DEL EPISCOPADO CHILENO, *Declaración sobre trasplante y donación de órganos*, en **L´Osservatore Romano** (Edición española) 51 (1990) 744. COMISIÓN SOCIAL DEL EPISCOPADO FRANCÉS, *Le don d`organes: une forme éloquente de fraternité*, en **La Documentation Catholique** 93 (1996) 282-284. Sobre la postura de la Iglesia, cf. ELIZARI, F. J., L*a Iglesia Católica ante el trasplante de órganos*, en **Revista Española de Trasplantes** 2 (1993) n.º 1 (n.º extraordinario) 23-26.

35. Cf. GAFO, J., *La Bioética desde la perspectiva de la Evangelium Vitae*, en **Miscelánea Comillas** 53 (1995) 323-340.

36. PÉREZ SAN GREGORIO, M. A. et al., *Factores psicológicos que inciden en la donación de órganos para trasplante*, en **Revista Española de Trasplantes** 2 (1993) n.º 1 (n.º extraordinario) 32-35

37. DAAR, A. S., *The body, the soul and organ donations: beliefs of the major world religions*, en **Nefrología** 14 (1994) Suplemento 1, 78-81

38. Cf. GAFO, J., *Reflexiones éticas sobre los trasplantes de órganos*, en GAFO, J. (Ed.), **Trasplantes de órganos**…pp. 143-145

IV. Las donaciones procedentes de personas vivas

Ante todo, debería afirmarse que tal donación constituye "un acto altruista y generoso, no exigible por la sociedad, ni moral, ni legalmente"[39]. Como ya indicamos antes, al exponer la postura católica, es un acto de profunda y generosa solidaridad interhumana, cuya valoración ética debe ser, en principio, extraordinariamente positiva. Se trata claramente de una *obligación imperfecta*, que una persona se puede exigir, pero que no lo pueden hacer los otros o la sociedad.

Evidentemente debe haber una previa ponderación entre los beneficios que se seguirán para el receptor –al que se debe informar sobre otras alternativas terapéuticas– y los riesgos que entraña para el donante, tanto los dimanantes de la necesaria intervención quirúrgica, como los consecuentes al ulterior desarrollo de su vida –especialmente en los casos de donación de riñón o parcial de hígado. Por ello, la donación es, en principio, más fácilmente aceptable cuando se trata de tejidos regenerables, como la médula ósea, y se hace entre personas consanguíneas en la que la expectativa de éxito es superior.

Como consecuencia, un aspecto ético fundamental es el del consentimiento informado, tanto por parte del receptor, como especialmente por parte del donante. Tal información debe ser lo más completa posible, expresando las probabilidades de éxito y las previsibles consecuencias para el donante a corto y largo plazo; igualmente la información debe tener un carácter confidencial y darse de forma no directiva. Será necesario tener en cuenta la existencia de posibles condicionamientos que reduzcan o limiten la capacidad de decisión del donante. Ciertamente debería prestarse por escrito, dada la gran trascendencia del acto. Además, obviamente, el órgano debe trasplantarse a la persona concreta para que la que se hace la donación. Como norma general debe afirmarse que el don de un órgano importante, como el riñón, no puede ofrecerse sino por una persona adulta, plenamente consciente y responsable del gesto que pretende realizar. Habría que añadir que toda donación debe realizarse en un centro y por un equipo que reúna las garantías técnicas exigibles.

---

39. COMISIÓN PERMANENTE SOBRE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, *Puntos éticos de conflicto que puede generar el trasplante de órganos,* en **Revista Española de Trasplantes** 2 (1993) n.º 1 (n.º extraordinario) 3-6.

Un problema importante es el del consentimiento vicario o sustitutivo, cuando se trata de personas legalmente incapacitadas. Estamos de acuerdo en que la donación puede ser en principio admisible, aunque siempre excepcional, si se trata de tejidos regenerables procedentes de menores de edad, contando con el permiso de su representante legal y, si entraña riesgo, con el de la autoridad competente. Esta opción se podría fundamentar éticamente en el argumento aportado por **R. A. McCormick**, al tratar los experimentos no-terapéuticos en niños, de que éstos, aunque no puedan prestar un verdadero consentimiento informado, sin embargo, por su pertenencia a la comunidad humana y, especialmente, a la comunidad familiar, tienen obligaciones de solidaridad cuando se trata de técnicas que no incluyen serios problemas para su futura salud[40]. Por el contrario, cuando se trata de un órgano par, consideramos que no es ético realizar la extirpación en beneficio de un familiar u otra persona aunque se cuente con un consentimiento sustitutivo Tanto si se trata de tejidos regenerables, como a fortiori de los no-regenerables, creemos que no es ético extraerlos de menores de edad que se encuentren en instituciones. Otro punto a tener en cuenta, dentro del grupo de menores, es el de la edad: en el caso de adolescentes, debe ponderarse seriamente su propia opción. Estamos ante situaciones en que debe atenderse además a los aspectos personales y familiares implicados. Consideramos que no es ética la extracción de tejidos no-regenerables, ni de regenerables, procedentes de enfermos o discapacitados mentales. En estos casos, así como en el de los niños institucionalizados, nos parece que existe siempre el peligro de minusvaloración de estas personas, que pertenecen a los llamados "grupos vulnerables".

Finalmente, ningún adulto puede ser coaccionado o forzado a tal donación, que debe hacerse siempre con total libertad. Nos parece que debe afirmarse, en principio, que si existen dudas sobre la falta de libertad del donante, no debería realizarse la extracción. Como máximo, se podrá proponer la donación, pero nunca imponerla. En estas situaciones el equipo médico deberá extremar una aproximación no directiva, ni impositiva –aun con mecanismos sutiles– al posible donante.

En este punto hay que hacer referencia al *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las apli-*

40. McCORMICK, R. A., *Proxy Consent in the Experimentation*, en MAPPES, T. A. y ZEMBATY, J. S. (Coords.), **Biomedical Ethics**, Nueva York, 1981, 159-169.

caciones de la biología y la medicina del *Consejo de Europa*. El *Convenio* se centra en las donaciones de órganos y tejidos[41] procedentes de personas vivas –es llamativo que no se aborden directamente las procedentes de cadáveres, a pesar de ser las que se realizan de forma mayoritaria. Se exige para los trasplantes de órganos, procedentes de persona viva: a) que se realicen con fines terapéuticos para el receptor; b) que no exista un tratamiento alternativo de eficacia comparable[42]; c) que no estén disponibles órganos procedentes de cadáver; d) naturalmente, debe exigirse el consentimiento informado, y por escrito, por parte del donante (art. 19).

En las personas incapaces de prestar consentimiento, se afirma que no pueden extraerse de las mismas órganos o tejidos. Pero se añade que "de modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley" -se pueden extraer "tejidos regenerables" –como médula ósea– si se dan las siguientes condiciones: a) que no exista otro donante compatible; b) que el receptor sea hermano o hermana; c) que la donación sirva para preservar la vida de esa persona y d) que el donante potencial no exprese su rechazo (art. 20).

El *Convenio* refleja la preocupación existente en Europa por el tráfico y venta de órganos y la existencia de un "turismo" hacia los países del Este y, sobre todo, del Tercer Mundo con el fin de conseguir, por ejemplo, un riñón[43]. Se alude a este tema, afirmando con énfasis, en contra de las opiniones de algunos bioeticistas estadounidenses, que "el cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro"[44].

V. El diagnóstico de muerte

En el caso de extracción de órganos procedentes de un cadáver, un aspecto fundamental es el de la determinación, por criterios rigurosos,

41. El **Explanatory Report** del Convenio afirma que los contenidos del capítulo VI, dedicado a este tema, "no se aplican a las trasfusiones de sangre" (n.º 117). En nuestra opinión, esta precisión debería haberse incluido en el texto del Convenio.

42. Según el **Explanatory Report**, "no se considera que el tratamiento mediante diálisis proporcione resultados, en términos de calidad de vida del paciente, comparables a los obtenidos mediante un trasplante renal" (n.º 120).

43. Cf. GAFO, J.,**Trasplantes: problemas técnicos, éticos y legales**, Madrid, 1996.

44. Según el **Explanatory Report**, no se excluye una "compensación" por los gastos ocasionados o bien por la pérdida de ingresos, por ejemplo, como consecuencia de la hospitalización (n.º 132).

de la muerte del donante[45]. El poder poseer unos criterios nítidos de diagnóstico de muerte ha preocupado siempre a la humanidad. En siglos pasados angustiaba mucho a nuestros antepasados el miedo de poder ser enterrados en vida[46]. Hoy es claro que los criterios tradicionales para determinar la muerte del individuo están superados, como consecuencia de las técnicas de reanimación que, desde la década de los 50, pueden mantener artificialmente la respiración, la circulación sanguínea y otras constantes vitales. Ello ha llevado a un nuevo criterio diagnóstico, el de la **muerte cerebral**, que ha sido definida como "la situación en que el cerebro está extensa e irreversiblemente dañado, por lo que no es posible su recuperación, ni puede mantener la homeostasia externa e interna, y de una forma fatal da lugar, en un futuro inmediato, a la asistolia y a la muerte de todo el organismo". Había surgido la convicción de que "el órgano esencial para la vida es el cerebro y que, por consiguiente, tanto la definición de muerte, como su diagnóstico, no podían seguirse haciendo por los criterios clásicos de la parada cardiorrespiratoria, ahora subsanables mediante la reanimación, sino que deberían hacerse por criterios neurológicos"[47]. Sin embargo, "es importante subrayar que el concepto de 'muerte encefálica' no surgió para beneficiar la trasplantología, sino que fue una consecuencia del desarrollo de la terapia intensiva"[48]. Sobre este tema nos parece necesario añadir algunas reflexiones:

Hay que subrayar que existen dos partes principales en el cerebro: los hemisferios y el tronco cerebral. En la corteza cerebral de los hemisferios están los miles de millones de neuronas que sirven de soporte a las actividades superiores: la memoria, la inteligencia, el lenguaje, la visión y la audición. En el tronco cerebral radican las estructuras que mantienen la regulación vegetativa del organismo, las funciones vitales

---

45. Ver ESCALANTE, J. L., *La definición de muerte*, en GAFO, J. (Ed.), **Trasplantes de órganos**... pp. 53-74; RODRÍGUEZ DEL POZO, P., *Concepto de muerte y conceptos de muerte*; *La muerte cerebral: ¿diagnóstico o pronóstico?; La muerte cerebral como pronóstico: problemas morales y jurídicos*, en **Jano** 44 (1993) n.º 1036 (tema monográfico); ACARIN, N., *La muerte cerebral*, en **Quadern CAPS** n.º 20 (1994) 4-5; SANTAMARÍA, J., *Diagnóstico de muerte cerebral*, en **Ib**., pp. 6-24; MANNI, C., *La morte cerebrale. Aspetti scientifici* e *problemi etici*, en **Medicina e Morale** (1986-3) 495ss; SGRECCIA, E., *Aspetti etici connessi con la morte* cerebrale, en **Ib**., p. 515 ss.

46. Cf. RODRÍGUEZ DEL POZO, P., *La determinación de la muerte: historia de una incertidumbre*, en **Jano** 44 (1993) n.º 1036.

47. ZARRANZ, J. J., *Propuesta de una ley única de declaración de muerte*, en **Quadern CAPS** n.º 20 (1994) 38-44.

48. MACHADO, C., *Una nueva definición*... p. 29.

como la respiración o la regulación cardiocirculatoria. La destrucción del tronco comporta la pérdida de la conciencia (estado de coma) y la anulación de la respiración y, por tanto, la muerte. Por ello, dicha muerte es la que define la muerte del individuo, ya que se disuelve la integración de las funciones vegetativas y de funcionamiento como un todo y porque conduce inevitablemente a la parada cardíaca y al fracaso circulatorio global. Se podrá prolongar una aparente vida del organismo mediante medidas de reanimación, pero no más allá de unos pocos días.

El problema de la determinación de la muerte surgió especialmente en relación con los primeros trasplantes cardíacos. Poco después, en 1968, el *Comité ad Hoc de la Escuela de Medicina de Harvard* propuso unos criterios neurológicos de diagnóstico de muerte, definiendo por vez primera el concepto de muerte cerebral, y que han tenido un importante influjo posterior. Con ellos se pretende determinar la ausencia permanente de la función cerebral en un coma irreversible. Los criterios son[49]:

- Coma profundo aperceptivo y arreactivo.
- Ausencia total de movimientos (al menos durante una hora) y de respiración espontánea (durante tres minutos al desconectar el respirador).
- Ausencia total de reflejos.
- Electroencefalograma (EEG) plano o isoeléctrico, tanto espontáneamente como tras estimulación.
- Estos criterios no son aplicables en caso de hipotermia o de intoxicación por fármacos y deben mantenerse, en una repetición, 24 horas más tarde.

Sin embargo, ya en 1969, **H. K. Beecher**[50], presidente del *Ad Hoc Comité de Harvard*, afirmaba que el EEG sin actividad bioeléctrica cerebral no era una prueba esencial para el diagnóstico de coma irreversible y esa misma línea ha sido subrayada por los criterios de muerte del

49. AD HOC COMMITEE AT HARVARD MEDICAL SCHOOL, *To Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma*, en **The Journal of the American Medical Association** 205 (1968) 337-340. Ver también: PRESIDENT´S COMMISSION ON ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, **Defining Death: A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Definition of Death**, Washington, 1981.

50. Recordemos que ya hemos aludido en este libro a **Beecher** ya que fue el que publicó un artículo sobre ensayos en seres humanos, realizados en condiciones no éticas, que conmovió a la sociedad estadounidense y que estuvo en la base de la creación de la *Comisión Nacional*.

Reino Unido[51]. Se ha dado crecientemente una mayor importancia a los criterios clínicos que constatan la muerte del tronco cerebral, sin necesidad de calificar al EEG plano como "la prueba palpable" de la muerte cerebral –no sólo por las situaciones de hipotermia o intoxicación, sino por otras situaciones en que continuaba funcionando el tronco cerebral y el EEG no mostraba actividad bioeléctrica cerebral– además de los numerosos problemas técnicos asociados a la constatación de un electroencefalograma plano, la llamada "contaminación electrónica". Por esas razones, deben valorarse, en primer lugar, los datos del examen clínico que descubren la afectación total e irreversible del cerebro y del tronco cerebral. En caso de duda sobre los criterios citados, debe recurrirse a técnicas diagnósticas que demuestran la ausencia de flujo cerebral, especialmente la *gammografía cerebral* con el isótopo adecuado y la *arteriografía*.

En los distintos criterios desarrollados sobre muerte cerebral hay tres requisitos indispensables: a) La presencia de una etiología capaz de causar la destrucción del cerebro; b) la exclusión de causas reversibles que simulen el cuadro clínico (hipotermia, intoxicación con fármacos, shock) y c) una exploración clínica con tres datos básicos (coma arreactivo, apnea y ausencia de reflejos del tronco cerebral). Las mayores discrepancias están en las pruebas complementarias: especialmente el EEG y las pruebas de flujo o circulación cerebral, que no son necesarias en Gran Bretaña, pero sí en otros países. Los británicos consideran que "un médico con experiencia y con una exploración clínica detallada y una historia clínica, en casos en los que la causa del coma es conocida, no se equivocan", mientras que otros países desconfían de esa capacidad del médico. Sin embargo, en concreto el EEG, al que se le concedió gran importancia al principio, hoy tiene un papel secundario, tanto por considerarse no necesario, como por sus limitaciones. Por ello, se tiende a considerar que los criterios clínicos son suficientes y que "está muerto el ser humano que ha perdido irreversiblemente las funciones circulatorias y/o las del tronco encefálico", ya que "la muerte del tronco encefálico es el criterio necesario y suficiente para determinar la muerte del individuo"[52]. Como afirma **Zarranz**, "la experiencia acumulada en todo

51. BEECHER, H. K. et al., *A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee at Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. "A definition of irreversible coma"*, en **The Journal of the American Medical Association** 205 (1968) 337-340; KOPP, V.J., *Henry Knowles Beecher and the redefinition of death*, en **Bulletin of Anesthesia Hystory** 15 (1997) 6-8.

52. ABEL, F., *Problemas diagnósticos de muerte cerebral*, en **Quadern CAPS** n.º 20 (1994) 33-34.

el mundo desde hace más de 30 años permite asegurar, de una manera empírica, pero cierta, que una persona está muerta cuando su tronco cerebral está irreparable y totalmente destruido según criterios clínicos, al margen... de que el EEG sea nulo o no... El EEG no es necesario para el diagnóstico de la muerte cerebral[53].

Por ello, concluye el mismo **Zarranz** que "la muerte de una persona se ha producido cuando un médico competente constata, de acuerdo con la práctica médica establecida, que han cesado de manera irreversible todas las funciones del tronco cerebral y se ha producido el paro cardio-respiratorio. En el caso de que tras el cese irreversible de las funciones del tronco cerebral, la ventilación y el latido cardíaco se estén manteniendo gracias a medidas artificiales, éstas deben suprimirse"[54].

Existe también debate sobre si, para diagnosticar la muerte de un individuo, es necesaria la **muerte total del cerebro**, incluido el tronco cerebral, o si basta con la constatación de lesiones irreversibles en la corteza cerebral. Los que defienden este último punto de vista afirman que, dada la importancia fundamental de la corteza cerebral para la existencia del psiquismo humano, se puede decir que la persona que se encuentra en un *estado de coma vegetativo persistente*, que se ha convertido en *permanente*, ha dejado de existir, aunque sigan funcionando autónomamente sus constantes vitales, por lo que podrían utilizarse ya sus órganos con fines de trasplante[55]. Sin embargo, la opinión mayoritaria y la que se exige legalmente es el diagnóstico de la muerte total del cerebro, incluido el tronco cerebral. Éste es también nuestro punto de vista, al margen de las exigencias éticas sobre el tratamiento que debe prestarse a esas personas y que expusimos en el capítulo dedicado a la eutanasia.

Con estos presupuestos, podemos decir, en resumen:[56]

1) Hay que distinguir entre el morir y la muerte: mientras que el primero es un proceso, la muerte es el estado que se alcanza cuando ha finalizado el proceso de morir. Incluso es una ficción hablar del "momento de la muerte", ya que la continuidad inherente a los proce-

53. ZARRANZ, J. J., *Propuesta de una ley*... p. 42.

54. **Ib**., p. 43; ZARRANZ, J. J., *La confusión sobre la muerte y su diagnóstico I y II*, en **Jano** 50 (1996) n.º 1150 y 1151.

55. Cf. SASS, H. M., *Hirntod und Hirnleben*, en SASS, H. M., **Medizin und Ethik**, Stuttgart, 1989, 104; DOWNIE, J., *Brain Death and Brain Life*, en **Bioethics** 4 (1990) 225.

56. Ver GAFO, J., *Muerte cerebral y trasplante de órganos*, en **Razón y Fe** 233 (1996) 511-520.

sos vivos lleva a afirmar que no se da realmente ese "momento puntual". Pero sí podemos afirmar que se ha llegado a un estadio –el de la muerte– en que ha terminado el proceso de morir, es decir, que ha dejado de existir una persona entendida como una totalidad unificada, cuando se ha roto la unidad del organismo. A lo que puede aspirar la Medicina, en la elaboración de los criterios diagnósticos de muerte, es a afirmar que ha finalizado el proceso de morir, aunque no pueda determinar el "momento de la muerte".

2) Como afirma **D. Gracia,** "de hecho ninguna sociedad ha podido asistir nunca impasible al espectáculo de la descomposición del cuerpo de sus seres queridos, y siempre ha buscado signos previos, que permitieran enterrar a los cadáveres cuando aún no se hallaban en estado de putrefacción". Ello le lleva a afirmar que "el concepto de muerte natural no existe, que la muerte no es un hecho natural ya que está siempre mediatizado por la cultura. La muerte es un hecho cultural humano. Tanto el criterio de muerte cardiopulmonar, como el de muerte cerebral y el de muerte cortical son constructos culturales, convenciones racionales, pero que no pueden identificarse sin más con el concepto de muerte natural. No hay muerte natural. Toda muerte es cultural. Y los criterios de muerte también lo son. Es el hombre el que dice qué es vida y qué es muerte", y el que elabora unas definiciones que pueden cambiar con el tiempo[57].

3) Un tema implicado en esta problemática es el de los estados vegetativos. Ante todo, hay que afirmar que no todo estado de coma debe ser calificado como estado vegetativo persistente o permanente, caracterizado por una serie de rasgos que un neurólogo ha de constatar[58]. Si se aceptase, como pretenden algunos autores, que la muerte de la corteza cerebral o del *neocórtex* es la que determina el fallecimiento de una persona, habría que afirmar que las personas en estado vegetativo per-

57. GRACIA, D., *Vida y muerte. Bioética en el trasplante de órganos*, en ESTEBAN, A. y ESCALANTE, J., **Muerte encefálica y donación**…p. 19.

58. Se habla de "estado vegetativo persistente" cuando durante un mes no existen pruebas de la existencia de conciencia en la persona y de relación con los demás, falta la respuesta a estímulos externos, además de otros rasgos asociados. Este estado se convierte en "permanente" después de tres o doce meses en la misma situación (según se deba a un accidente no-traumático o traumático). Ver: *Practice parameters for determining brain death in adults*, en **Neurology** 45 (1995) 1012-1014; *Practice parameters: Assessment and management of patients in the persistent vegetative state*, en **Ib**., pp. 1015-1018; AMERICAN CONGRESS OF REHABILITATION MEDICINE, *Recommendations for Use of Uniform Nomenclature Pertinent to Patients With Severe Alterations in Consciousness*, en **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 76 (1995) 205-209.

manente, ya habrían fallecido, aunque sigan respirando autonómamente como consecuencia de la regulación de esa función por el tronco encefálico. Nadie acepta que ese criterio pueda utilizarse para declarar fallecida a una persona en estado vegetativo. Como afirma **Calixto Machado**, "la sociedad no está preparada aún para definir, diagnosticar y aceptar una definición de muerte basada en la ausencia irreversible del contenido de la conciencia, cuando esta función desaparece aisladamente"[59]. En estos casos, hay unanimidad en afirmar que es legítimo interrumpir una terapia extraordinaria o desproporcionada, como, por ejemplo, un respirador.

4) Sin embargo, **D. Gracia** considera que debería llegarse a un cambio del concepto de muerte cerebral "que pasaría a ser sinónima de pérdida total e irreversible de las funciones neocorticales, en vez de ser, como ahora, la pérdida total e irreversible de las funciones de todo el cerebro, incluido el tronco cerebral". **Gracia** reconoce que nadie se atreve a legislar de acuerdo con ese nuevo concepto basado en la muerte neocortical: "¿Quién se atrevería a enterrar a pacientes con los ojos abiertos, que duermen y se despiertan y les late el corazón? Nadie lo haría, pero el no enterrarlos no quiere decir que estén vivos". Sin embargo, insiste en que en los casos de estados vegetativos permanentes "hay muchas más razones que en el de la parada cardiorrespiratoria para permitir el diagnóstico de muerte, aun prohibiendo la inhumación hasta la concurrencia de otro factor que, como en el caso de la muerte cerebral, debería ser la parada cardiorespiratoria"[60]. Por nuestra parte, no estamos de acuerdo con este planteamiento. Nos parece que los términos son significativos y que calificar como "muerta" a una persona que se encuentra en estado vegetativo permanente podría llevar a abusos inaceptables.

5) Nos parece que la sociedad debe dejar la determinación de los criterios diagnósticos de muerte cerebral al juicio de los médicos especialistas, tal como consideran igualmente las grandes religiones y la Iglesia Católica. Por otra parte y como afirma **Pallis**, "es siempre peligroso cuando la Ley interfiere demasiado en la práctica médica. La Ley tiende a congelar el conocimiento en un punto determinado y esto puede ser a veces peligroso"; por ello, "lo mejor es que la Ley delimite un marco de actuación y dejar la realización de la práctica a los

59. MACHADO, C., *Una nueva definición*... p. 43.
60. GRACIA, D., *Vida y muerte*... pp. 24-25.

médicos implicados"[61]. O, como afirma **Machado**, "Nunca debería de introducirse en la ley ningún tipo de metodología para el diagnóstico de la muerte del encéfalo"[62], ya que la ciencia médica se encuentra en continua evolución.

6) Según el mismo **D. Gracia**, "el problema de la muerte es un tema siempre abierto. Es inútil querer cerrarlo de una vez por todas. Lo único que puede exigírsenos es que demos razones de las opciones que aceptemos y que actuemos con suma prudencia. Los criterios de muerte pueden, deben y tienen que ser racionales y prudentes, pero no pueden aspirar nunca a ser ciertos, ya que "todo intento de llegar a seguridades absolutas en estos temas está llamado al fracaso. No es posible certeza absoluta en temas que por su propia índole no permiten más que otro tipo de certezas (o de incertidumbres), tradicionalmente conocidas, y no por azar, como certezas (o incertidumbres) morales... En este orden material no se nos pueden pedir certezas absolutas, sino sólo certeza moral y prudencia"[63]. Evidentemente, tanto las Coordinadoras de los trasplantes, como los Comités de Ética, tienen un papel muy importante en la búsqueda del máximo rigor en los criterios diagnósticos de muerte.

7) Se han dado últimamente ciertos casos de personas en estado de coma y que han vuelto a la conciencia, lo que podría incrementar las negativas para la donación de órganos. En este punto nos parece importante subrayar que las personas que se encuentran en estado vegetativo permanente no son consideradas por razones médicas, por su deterioro multiorgánico, como potenciales donantes. De ahí la gran importancia de distinguir claramente ambos problemas: el de los estados vegetativos y el de los trasplantes.

8) La determinación de la muerte es ciertamente vidriosa y nunca se podrá ir más allá de las certezas morales. Hay que exigir a los especialistas que actúen en estos temas con el mayor rigor y con la máxima prudencia. Al aproximarse a este tema, predomina la convicción de que se está procediendo con prudencia y cautela extremas. Pero debe aceptarse que nunca se tendrán las deseables certezas absolutas, tanto en los casos de trasplante, de interrupción de tratamientos... como en el de los enterramientos. Como decía **G. Perico**, "cada época se vale de las nocio-

61. PALLIS, C., "Mesa Redonda 2", en ESTEBAN, A. y ESCALANTE, J. L. (Eds.), **Muerte encefálica**... pp. 341-342.
62. MACHADO, C., "Mesa Redonda 1", en **Ib**., p. 335.
63. GRACIA, D., *Vida y muerte*... pp. 25-26.

nes de certidumbre que ha alcanzado para resolver sus problemas... Cada época está llamada a llevar adelante el peso de sus responsabilidades con los medios que progresivamente afloran y resultan disponibles y no puede diferir hasta el infinito porque un día tendrá ideas más claras y técnicas más perfectas"[64]. Bloquear los trasplantes de órganos por la búsqueda de unas certezas "absolutas", a las que quizá nunca podrá llegar la Medicina, sería cerrar la puerta a uno de los mejores gestos de solidaridad que se puede prestar con el cadáver de los seres queridos. O, como también se ha escrito, esperar a la putrefacción o a la desaparición de las estructuras de todas las células, "supondría una omisión inaceptable de las múltiples aportaciones que la medicina ha realizado en los últimos siglos sobre el fin de la vida del ser humano"[65].

VI. Las donaciones procedentes de cadáver

Como afirma **Carlos Romeo Casabona**[66], los sistemas legales oscilan entre dos polos: el de exigir la existencia de un consentimiento expresado en vida, verbalmente o por escrito, por parte de la persona implicada; o el de considerar suficiente el consentimiento "presunto" –si el donante potencial no se expresó explícitamente en vida, se le considera *ipso facto* donante potencial. En realidad y en todo caso, se realiza generalmente de forma combinada con la información y el permiso de sus familiares. Si se trata de personas legalmente incapaces, la decisión recaería en los padres o tutores legales[67].

Aunque la praxis vaya en la dirección indicada, sin embargo, es importante subrayar que las legislaciones, basadas en el consentimiento expreso, consideran que la voluntad del fallecido prevalece sobre el deseo de sus familiares, mientras que las que recurren al consentimiento presunto o tácito afirman que el beneficio derivado de los trasplantes para terceras personas prevalece sobre la voluntad y los deseos de la familia. En este sentido se ha afirmado que este tipo de legisla-

64. PERICO, G., *Trasplantes*... p. 1142.

65. DOMÍNGUEZ, J. M., MURILLO, F. y MUÑOZ, A., *El proceso de morir, muerte y muerte cerebral. Conceptos esenciales en la donación de órganos para trasplante*, en **Revista Española de Trasplantes** 2 (1993) n.º 1 (n.º extraordinario) 27-28; GRACIA, D., *Vida y muerte*... pp. 25-26.

66. ROMEO CASABONA, C., *Tendencias legales sobre los trasplantes de órganos*, en GAFO, J. (Ed.), **Trasplantes de órganos**... p. 113 ss.

67. Para la legislación española, cf. GAFO, J., *Anexo: Documentos históricos y jurídicos*, en **Ética** y **Legislación**... pp. 466-482.

ción realiza una "socialización" de los órganos, que se convierten, si el interesado no expresó su rechazo explícito a la extracción, en un bien de la comunidad[68].

G. Perico plantea el interrogante de la justificación moral de la citada socialización de órganos. Considera que no es necesario acudir al "derecho de expropiación" del Estado, en virtud del cual se pueden enajenar ciertos bienes en aras del bien social y por el que, en nuestro caso, se podría disponer de los órganos de una persona fallecida que no hubiese expresado su oposición a la extracción de órganos. **Perico** afirma que debe acudirse al principio de solidaridad social ante unos órganos que ya no son de utilidad al individuo. Este principio significa que todos los participantes en un grupo, bien determinado y constituido, están obligados al cumplimiento de ciertas prestaciones y a la realización de ciertos deberes de trascendencia social. Por ello, los fallecidos, aunque estén privados de su subjetividad, pueden constituir una fuente particular de bienes para otras personas[69].

Es decir, habría que afirmar que los órganos de cadáver obtenidos en una comunidad son propiedad de ésta. Implícitamente, las leyes de "presunción" han considerado que los órganos de un cadáver son un bien social; ya no pertenecen al interesado, ni a la familia, sino que son un bien común; un bien donado por la comunidad a la misma comunidad. "Por tanto, la comunidad, y no sólo los médicos, deben determinar las normas de distribución"[70].

Con todo ello, no se niega totalmente la capacidad de decisión de los familiares sobre el cadáver de un ser querido –que tiene otras consecuencias en las prácticas funerarias–, pero tal derecho no puede ser absolutizado y debe ceder ante el derecho a recuperar la salud de otros miembros de la sociedad. Probablemente, también ha sido oportuno seguir recabando el permiso de los familiares dentro de la necesaria sensibilización social sobre el alto valor ético y humano de la donación de órganos. Como he escrito ya hace años, creo que tanto la ley española, como la praxis subsiguiente, han tenido el valor de sensibilizar a la opinión pública sobre este alto valor humano y ético inherente a la donación de órganos[71].

---

68. Ver BYK, C., *Le droit de la transplantation d'organes en Europe*, en **Revista Española**... p. 18.
69. PERICO, G., **Problemi di Ética Sanitaria**, Ancora, Milano, 1985, 193.
70. BOTELLA, J., *Aspectos éticos*... p. 62.
71. GAFO, J. *Problemática social y ética de los trasplantes de órganos*, en **Razón y Fe** 203 (1981) 237-249.

Es indiscutible que, una vez diagnosticada la muerte, no se realiza ningún atentado contra la vida y la integridad esencial de la persona interviniendo sobre su cadáver. No se lesiona ningún derecho del difunto ya que ha dejado de ser, en el sentido propio del término, sujeto de derechos, ni siquiera sobre sus propios miembros. **Perico** rechaza el argumento contrario de que el derecho considera válida la voluntad del difunto en materia de herencia y ciertas donaciones tras la muerte. Sin embargo, se trata en estos casos de valores que sobreviven al fallecido, mientras que los órganos no sobreviven y sólo un trasplante les sustrae de su destrucción. Tampoco se debe argüir desde la inviolabilidad inherente a los cadáveres[72]. Evidentemente, los restos de una persona deben tratarse con respeto, que no queda de ninguna forma disminuido por la donación de los órganos. Por el contrario, debería contemplarse la continuidad de vida de los órganos de una persona fallecida, como la muestra más grande de respeto y de valoración hacia aquéllos. Sí debería exigirse que se tomen medidas para que, después de la extracción de los órganos, se cuide el aspecto externo del cadáver.

VII. El tráfico de órganos

Como afirma **G. M. Abouna**[73], "existe un floreciente comercio internacional de órganos humanos", que afecta sobre todo a países en donde no es fácil conseguirlos. Aporta la cifra de 2.000 riñones vendidos anualmente en la India para realizar trasplantes a personas procedentes del Medio y Extremo Oriente y Europa. Otros países, citados como "proveedores" de riñones, son Filipinas, Hong-Kong, la China Popular, Latino América y, como antes hemos indicado, algunos países del Este europeo. Incluso **Abouna** cita la utilización de un neologismo, *rewarding gifting, donación recompensada*, para referirse a esta práctica. **R. Matesanz** ha escrito que "la compraventa de riñones constituye una práctica generalizada (en modo alguno una situación aislada o puntual) en la India, Medio y Extremo Oriente, norte de Africa, Europa del Este y en diversos países de Latinoamérica". En efecto,

72. PERICO, G., **Problemi di Etica**... p. 192.

73. Para este apartado nos hemos inspirado en ABOUNA, G. M., *Commercialization in Human Organs*, en **Revista Española de Trasplantes** 2 (1993) n.º 1 (n.º extraordinario) 62-64. Ver también MATESANZ, R., *Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores*, en MATESANZ, R. y MIRANDA, B. (Eds.), **Coordinación y Trasplantes. El modelo español**, Organización Nacional de Trasplantes, Madrid, 1995, 347-354.

ciudadanos europeos o del Japón están acudiendo a los países citados para conseguir allí un trasplante de riñón. **Matesanz** concluye que "todo hace pensar que se trata de una actividad creciente y de muy difícil control", algo que se hace con naturalidad y cuyos resultados se exponen incluso en Congresos Internacionales. Por el contrario, considera que este tráfico no existe, salvo dos casos excepcionales, dentro de las fronteras de Europa Occidental.

Saltan a la vista los graves problemas éticos que suscita esta práctica. En primer lugar, por parte de los "donantes". En efecto, la extirpación de un riñón puede ser gravemente perjudicial para su vida, salud o capacidad funcional, ya que suele tratarse de personas que viven en condiciones de extrema pobreza, con mala nutrición y un deficiente estado de salud, que puede agravarse por la *nefroctomía*. En segundo lugar, su consentimiento informado está fuertemente condicionado por la coacción económica y por su situación desesperada. Finalmente, hay una insuficiente información de las consecuencias y riesgos que puede acarrear la venta de un riñón, por tratarse de personas con bajo nivel de instrucción. Además, estas intervenciones se realizan en condiciones de explotación: con frecuencia no se les da la cantidad de dinero prometido y, sobre todo, es insuficiente el tratamiento y el seguimiento postoperatorio.

También son graves las consecuencias sobre los receptores, que acuden en situaciones desesperadas y no suelen recibir una información adecuada. Quedan, además, al arbitrio de los hospitales y médicos en cuanto a los costes, elección del donante y evaluación pre-trasplante. Por otra parte, no hay un estudio suficiente de los donantes, con lo que no puede excluirse que el trasplante signifique el contagio de una grave infección, incluso con el VIH...

Finalmente, hay que subrayar las graves consecuencias sociales de la admisión de esta "compra-venta" de riñones. Puede llevar a una disminución de las actitudes de altruismo y solidaridad en el tema de las donaciones: ¿Para qué donar, si se puede obtener el órgano deseado en el mercado? ¿Debe un familiar donar un riñón, si se puede adquirir? Igualmente puede bloquear, por las mismas razones, el desarrollo de programas nacionales de trasplantes. Salta a la vista el impacto negativo sobre la profesión médica, que acepta participar en estos negocios, y, sobre todo, es muy grave la repercusión sobre la sociedad. Los defensores de estas prácticas suelen argüir que no hay nada malo en ello, "ya que se restaura la salud al rico receptor y el donante pobre recibe bene-

ficios financieros y así se consigue una participación en la riqueza". Sin embargo, "la verdad es que lo que se distribuye es la salud a expensas del pobre".

Porque, "cuando el cuerpo humano puede ser tratado como un bien ordinario que se vende por precios conocidos y predeterminados, se está invitando a la corrupción en la sociedad y a un injusto sistema de acceso y distribución de órganos, ya que el rico estará siempre en el final receptor y el pobre en el de la donación". Por ello, tanto el Consejo de Europa, como la OMS[74], han condenado esta práctica, que es contraria a la dignidad, la autonomía y la igualdad de las personas; la compraventa de riñones daña la causa de los trasplantes, así como los valores religiosos fundamentales y culturales de la sociedad. Por estas razones, "todas las formas de una donación pagada de órganos debería ser hecha ilegal en todos los países del mundo". Porque, como escribía **Peces-Barba**, "los órganos son patrimonio de la humanidad y expresión de la dignidad de una persona, y medio para la supervivencia de otra y son, por ello, *'res extracommercium'*, es decir, fuera del comercio y de las transacciones mercantiles de los hombres"[75].

VIII. Los xenotrasplantes

El gran desarrollo y difusión de los trasplantes no ha conseguido subsanar el *gap* existente entre donantes disponibles y posibles receptores y, como dijimos al principio de este capítulo, los órganos continúan siendo un "bien escaso", ya que, además, el recurso a los trasplantes hoy se realiza no sólo para salvar la vida, sino también para mejorar su calidad. Ante esta insuficiencia, una posible vía de solución sería la de recurrir a órganos artificiales. Ya hace años que, como dijimos, **Jarvik** diseñó el primer corazón artificial, que, en realidad, no pretendía ser una solución permanente, sino meramente transitoria, a la espera de un donante potencial. Sin embargo y a pesar de las grandes inversiones económicas y de tratarse de una simple máquina para bombear la sangre, sus resultados han sido muy pobres. Como afirma **J. Dunning**, "es probable que tenga uso clínico en un futuro próximo, pero no hay

74. BYK, C., Le *droit de la transplantation*…pp. 12-15; QUINTANA, O., *El Consejo de Europa y los transplantes*, en **Revista Española**... pp. 44-46.
75. PECES-BARBA, G., *Problemas morales*... p. 15.

perspectiva de alternativas artificiales para órganos metabólicamente más complejos, como pulmones, hígado o riñón"[76].

De ahí, que se tienda a considerar que los *xenotrasplantes*, la utilización de órganos procedentes de animales pueda ser una solución idónea para resolver el problema de la escasez de órganos y que "en un futuro no lejano se convierta en un procedimiento terapéutico más habitual". Esta alternativa sería mejor aceptada si se tratase de animales que se crían y se sacrifican en grandes números, que si la fuente la constituyeran primates subhumanos, ya que "pueden existir objeciones morales, profundamente enraizadas, en el uso de animales que están tan estrechamente relacionados con el hombre".

El animal que, en el momento actual, es considerado como el mejor "donante" es el cerdo, cuya crianza es fácil y tiene, al mismo tiempo, una elevada fecundidad. Cubre las condiciones exigibles para los xenotrasplantes:

- Se puede obtener en gran número y criarse fácilmente en cautividad;
- Debe existir similitud de tamaño y fisiología con los órganos humanos y
- Se trata de un animal comestible, que sería mejor aceptado que otro que se encuentre en estado salvaje.

Los problemas de rechazo en los xenotrasplantes siguen siendo muy importantes y los resultados obtenidos hasta ahora son muy modestos. Pero la creación de transgénicos, con modificaciones genéticas inducidas en relación con el sistema inmunológico, puede abrir una puerta a la esperanza. Sin embargo, un aspecto a tener en cuenta es el riesgo de transmisión de enfermedades y la posibilidad de que agentes víricos de otras especies puedan trasladarse a la nuestra.

Nos parece que esta posibilidad, aunque suscita reservas crecientes en las asociaciones de defensa de los derechos de los animales, es éticamente admisible. Debería reunir condiciones de respeto hacia ellos, de tal forma que no se les cause daño innecesario, ni desproporcionado al beneficio esperado. Son comprensibles socialmente las actitudes instintivas de un mayor rechazo hacia la utilización de primates no humanos, pero, como hemos dicho, consideramos que también pueden utilizarse con fines de trasplante, aunque se trate del corazón de un mandril,

76. Para este apartado, cf. DUNNING, J., WHITE, D. y WALLWORK, J. *Transgenic pigs…* pp. 70-73.

como es el caso de **Baby Fae**, ya mencionado –el primer xenotrasplante realizado en 1983– o el más reciente de la médula ósea del mismo animal para intentar curar a un enfermo de SIDA. Como afirmaba gráficamente un prestigioso trasplantólogo brasileño, **Jorge Kalil**, "si comemos carne de cerdo para satisfacer nuestras necesidades alimenticias, ¿por qué no usar los órganos de ese animal para salvar vidas humanas".[77]

IX. Una justa distribución de los trasplantes

La necesidad de una criteriología en la distribución de los recursos sanitarios constituye uno de los más graves y complejos problemas de la Bioética actual. Como escribía **Diego Gracia** y ya hemos indicado en este libro, es un tema que no sólo debe abordarse desde principios deontológicos, sino que debe incluir necesariamente el "momento teleológico", es decir, la ponderación de las consecuencias de una concreta política sanitaria que debe perseguir que los recursos sanitarios se apliquen con la máxima eficacia y lleguen al mayor número posible de ciudadanos. Por ello, piensa que debe buscarse un equilibrio entre los principios deontológicos y los criterios utilitarios y que "negar el momento de las consecuencias de la justicia sanitaria sería tan peligroso como otorgarle un valor absoluto". Afirma, igualmente, que las consecuencias son las que permitirán una jerarquización de los principios éticos implicados y que, necesariamente, entran muchas veces en conflicto. Su juicio final suscita, como mínimo, una seria reflexión: "La ética parece haber desatendido a la economía y la política, y éstas, por su parte, han decidido prescindir de aquélla, cuando no suplantarla. Lo cual es ya, en mi opinión, una grave forma de injusticia"[78].

El tema es evidentemente muy complejo y exigiría, por mi parte, un profundo conocimiento de la economía de la sanidad española. Los 5.077 trasplantes realizados en España durante 1993 tuvieron un coste total de unos 2.500 millones de pesetas, lo que significaría un precio medio de cada trasplante en torno al medio millón de pesetas. Habría que ponderar lógicamente que los trasplantes consiguen en muchos casos una verdadera curación y una muy importante mejora de la calidad de vida. Sin pretender, de ninguna forma, dar a estas reflexiones

77. **Ciencia hoje**, noviembre-diciembre 1994, 26.

78. GRACIA, D., *¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos*, en **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** 108 (1990) 570-585.

un valor definitivo, nos parece que puede llegarse a la conclusión de que la praxis actual española en materia de trasplantes significa una justa distribución de los recursos sanitarios. Otro aspecto que habría que contemplar, y del que no puedo aportar datos pero sí ciertas informaciones y sospechas, es el de la repercusión negativa que las complejas intervenciones quirúrgicas, especialmente en ciertos trasplantes, como los hepáticos, pueden tener sobre otras actividades sanitarias dentro del ámbito hospitalario[79].

Un aspecto polémico es el de si la edad debe ser utilizada como criterio de exclusión de ciertos servicios sanitarios, en nuestro caso concreto de las técnicas de trasplante. Es un tema sobre el que va a existir un creciente debate, como consecuencia de las tendencias demográficas y el progresivo incremento de los mayores de 65 años –hasta un 25% en los países industrializados a mediados del próximo siglo– así como por el desarrollo del *ageísmo*" o *etaísmo*, de una actitud social negativa hacia los ancianos[80].

Es conocida la postura de **D. Callahan** que considera que, a partir de mediados de los setenta o desde los ochenta años, debería proporcionarse a los ancianos, que ya han tenido una amplia participación en el ciclo vital, una medicina preferentemente de atención y no de alta tecnología[81]. Por el contrario, **Peces-Barba** insiste en "la no discriminación por razón de edad". Por otra parte, se está dando la tendencia creciente a tratar a pacientes más ancianos con tecnologías médicas sofisticadas; cada vez más personas de más de 80, y hasta de 90 años, están recibiendo cirugía cardíaca, trasplantes y diálisis. Son tratamientos que, según **Meulen**, no sólo prolongan la vida, sino que son verdaderamente beneficiosos para restaurar la salud y la calidad de aquélla. Un cirujano cardíaco holandés ha llegado a afirmar que "la edad es apenas una indicación contra la cirugía cardíaca para pacientes que se encuentran en buen estado". El mismo **Meulen** añade que "el problema real es que un creciente número de ancianos están en buenas condiciones y son eligibles para toda clase de intervenciones médicas, aun en los 80 y 90 años"[82].

---

79. Ver GAFO, J., *El derecho a la asistencia*... pp. 79-92.

80. PÉREZ MELERO, A., *La edad avanzada como criterio de exclusión en la asistencia sanitaria*, en GAFO, J., (Ed.), **Ética y Ancianidad**, Madrid, 1995, 95-108.

81. CALLAHAN, D., **Setting Limits: medical goals in an aging society**, Nueva York, 1987; *Aging and the Goals of Medicine*, en **Hastings Center Report** 24 (1994) n.º 5, 39-41.

82. MEULEN, R. TER, *Are There Limits to Solidarity with the Elderly?*, en **Hastings Center Report** 24 (1994) n.º 5, 24, 37.

Creemos, por tanto, que la edad, en sí misma considerada, no debería ser criterio para la exclusión de la lista de candidatos a un trasplante –otra cosa son otros factores comúnmente asociados con los años y que pueden dar menos expectativas de éxito. Tampoco lo es la previsible menor esperanza de vida, ya que no hay parámetros para poder medir la calidad integral de vida y el significado que los años tienen para cada persona. Por otra parte, no debería olvidarse, dada la existencia en nuestras sociedades de formas más patentes o sutiles de *etaísmo*, de que el criterio de que "casos iguales, exigen tratamientos iguales", debe ser completado por actitudes de mayor sensibilidad hacia las personas o grupos menos favorecidos, ya que, de lo contrario, existe el peligro de que se consideren "desiguales" a los casos que son iguales[83]. Y, sobre todo, nunca debería olvidarse que la grandeza de una sociedad se mide por la forma como trata a sus miembros más desfavorecidos, entre los que hay que contar hoy, sin ningún género de dudas, a los viejos.

Bibliografía

AA. VV., *Sobre los trasplantes*, en **Labor Hospitalaria** 16 (1984) n.º 194 (n.º monográfico).

AA. VV., **Revista Española de Trasplantes** 3 (1994) n.º 2 (monográfico).

BOMPIANI A. y SGRECCIA, E. (Ed.), **Trapianti d´organo. Progressi medici, aspetti etici, prospettiva di legislazione**, Milano, 1989.

CARPENTIER, A. (Ed.), **Les transplantations d´organes**, París, 1992.

DEGOS, L., **Los trasplantes de órganos**, Madrid, 1994.

ELIZARI, F. J., *La Iglesia Católica ante el trasplante de órganos*, en **Revista Española de Trasplantes** 2 (1993) n.º 1 (n.º extraordinario), 23-26.

FIORI, A., *I trapianti d´organo ed i costi-benefici del progresso medico*, en **Medicina e Morale** (1984-1) 16-26.

GAFO, J. (Ed.), **Trasplantes de órganos: problemas técnicos, éticos y legales**, Madrid, 1996.

GAFO, J., *Muerte cerebral y trasplantes de órganos*, en **Razón y Fe** 233 (1996) 511-520.

JONSEN, A. R., *The Miracle of Modern Medicine. The Ethics of Organ Transplantation and Artificial Organs*, en JONSEN, A. R., **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford, 1998, 196-232.

KÜSS, R. y BOURGET, P., **Une Histoire illustrée de la greffe d´organe: la grande aventure du siècle**, Sandoz, 1993.

83. Cf. GAFO, J. *El derecho a la asistencia...* pp. 86-87.

McCORMICK, R. A., *Organ Transplantation: Ethical Principles*, en REICH, W. T. (Ed.), **Encyclopedia of Bioethics**, Nueva York/Londres, 1978, 1169-1173.

McCORMICK, R. A., *Transplantation of Organs: A Comment on Paul Ramsey*, en **Theological Studies** 36 (1975) 503-509.

PERICO, G, *Trasplantes humanos*, en ROSSI, L. y VALSECCHI, A. (Dirs.), **Diccionario Enciclopédico de Teología Moral**, Madrid, 1978, 1129-1136.

RODRÍGUEZ DEL POZO, P., *La determinación de la muerte: problemas morales y jurídicos; Concepto de muerte y conceptos de muerte*; *La muerte cerebral: ¿diagnóstico o pronóstico?*; *La muerte cerebral como pronóstico: problemas morales y jurídicos*, en **Jano** 44 (1993) n.º 1036 (tema monográfico).

RUSO, G., *Il trapianto di organi*, en RUSO, G., **Le nuove frontiere della bioetica clinica**, Leumann (Torino), 1996, 21-36.

SGRECCIA, E., DI PIETRO, M. L., FASANELLA, G., **Trapianti d´organo**, Milano, 1989.

VERSPIEREN, P., *Prélever des organes humains*, en **Études** 377 (1992) 459-470.

CAPÍTULO DECIMOQUINTO

LA MANIPULACIÓN GENÉTICA

I. EL DESARROLLO DE LA GENÉTICA

La Biología y, en concreto, la Genética, se ha convertido en la ciencia más significativa en los últimos 30 años, desbancando de su puesto a la Física. La evolución de la Genética ha sido espectacular, ya que su nacimiento oficial tuvo lugar en el mismo comienzo del siglo XX –cuando **H. de Vries, C. Correns** y **E. Tschermack** redescubren las leyes de **Mendel**, publicadas en 1866, aunque no fueron reconocidas, entonces, por la comunidad científica. Desde entonces, y especialmente en los últimos 30 años, la Genética ha adquirido un extraordinario relieve y ha abierto un gran número de dilemas éticos y jurídicos[1].

Las leyes de **Mendel** llegaban a la conclusión de que existían unos factores hereditarios que se trasmitían, de acuerdo con leyes matemáticas, de generación en generación, dentro de los seres vivos. El danés **Johansen** dio el nombre de "genes" a estos factores hereditarios, mientras que un biólogo británico, **Bateson**, daba el nombre de Genética a la nueva ciencia. En 1944, **Avery** y sus colaboradores identificaron los genes con el ADN, el ácido desoxirribonucleico, presente en los cromosomas de las células. En 1953, **J. Watson** y **F. Crick** descubren la estructura del ADN, un paso importantísimo en el conocimiento de esa molécula[2]. Durante los años 60 se descubre lo que **Crick** calificó como

1. Cf. LACADENA, J. R., **Genética**, Madrid, 1988; **Genética y Bioética**, Madrid, 2002; CHERFAS, J., **Introducción a la Ingeniería Genética**, Madrid, 1984; SHAPIRO, R., **La impronta humana**, Madrid, 1993; GAFO, J., **Problemas éticos de la manipulación genética**, Madrid, 1992.

2. WATSON J. D. y CRICK, F. H. C., **The Double Helix**, Londres, 1969.

el dogma fundamental de la Biología Molecular, es decir cómo se realiza el paso del mensaje hereditario contenido en el ADN a esos productos bioquímicos fundamentales en el hecho vital, las proteínas. El mensaje hereditario del ADN está escrito con cuatro bases nitrogenadas, Adenina, Citosina, Guanina y Timina, abreviadamente A, C, G y T, que distribuidas de tres en tres, en *tripletes* –llamados también "*codones*"– codifican la síntesis de los 20 distintos aminoácidos que constituyen, a su vez, las proteínas de los seres vivos[3].

A partir de la década de los 70 surge lo que el Premio Nobel **Nathans** ha calificado como la *Nueva Genética*[4]. En efecto, hasta esa época la Genética había sido una ciencia teórica empeñada en el descubrimiento de las leyes de la herencia y en el mecanismo de acción de los genes. Ahora comienza a convertirse en una tecnología de insospechadas posibilidades. La incipiente *Nueva Genética* comienza a desarrollar procedimientos que le permiten "tocar el gen", es decir cortar el ADN en determinados lugares y transferir los fragmentos cortados de unas especies a otras, con lo que las barreras naturales que separaban los seres vivos comienzan a diluirse. En este proceso juegan un papel fundamental un tipo de enzimas, las llamadas *enzimas de restricción*, que son como las tijeras con las que se puede cortar el ADN en lugares específicos. Además y en el caso de la aplicación de la Nueva Genética a los microoorganismos, juegan un papel básico como vectores, con los que se trasfieren los fragmentos de ADN, los plasmidios y los bacteriófagos o fagos –virus que atacan a las bacterias y que, en este caso, introducen los trozos de ADN en el interior de éstas[5].

Surge así la manipulación genética[6] –también llamada ingeniería genética y, sobre todo, técnica del ADN-recombinante– cuyo mismo

---

3. Cf. MORETTI, J. M. y DINECHIN, O. DE, **El desafío genético**, Barcelona, 1985; LACADENA, J. R., **El ADN, la Molécula de Doble Filo**, Burgo de Osma, 1990.

4. ABRISQUETA, J. A., *Los desafíos de la nueva Genética*, en **Verdad y Vida** 44 (1986) 29-42.

5. Sobre la Nueva Genética, cf. GAFO, J., **Problemas éticos**... pp. 73-98; BROVEDANI, E., *L'Ingegneria Genetica. Aspetti scientifico-tecnici*, en **Aggiornamenti sociali** 37 (1986) 517-534; RUSSO, G., *Biotecnologie in genetica,* en RUSSO, G. et al., **Bioetica fondamentale e generale**, Torino, 1995, 306-310.

6. El **Diccionario de la Real Academia de la Lengua** da un doble significado del término "manipulación". Por una parte, "operar con las manos o con cualquier instrumento" pero, por otra, significa "manejar uno los oficios a su modo o mezclarse con los ajenos" o "intervenir con medios hábiles, y a veces arteros, en la política, en la sociedad, en el mercado, etc...". Lógicamente utilizamos el término en el primer sentido. Nos parece importante ese término de *manipulación genética*, ya que la capacidad de "manipular", de hacer cosas con las manos, ha sido esencial en ese proceso evolutivo de nuestra especie que arranca del *Homo habilis*.

nacimiento vino acompañado por una importante polémica. En efecto, poco después de iniciarse el desarrollo de la nueva tecnología, el Premio Nobel **P. Berg**, junto con otros galardonados por el mismo premio, así como otros investigadores en este campo, en total once, alertan a la comunidad científica, en una carta abierta a la revistas *Science* y *Nature*, sobre los riesgos inherentes a la nueva técnica. Afirmaban el extraordinario interés científico de la manipulación genética, pero subrayaban los imprevisibles riesgos de la técnica, ya que microorganismos modificados genéticamente podrían escaparse al medio ambiente ocasionando enfermedades para las que los humanos careciesen de defensas[7]. La carta de **Berg** pedía una *moratoria* o detención de experimentos potencialmente peligrosos hasta que se convocase una reunión internacional de especialistas. Ésta tuvo lugar en 1975 en Asilomar y en ella se marcaron una serie de barreras biológicas o físicas para impedir la diseminación de micoorganismos genéticamente modificados[8]. Sin embargo, pronto se constató que la alarma era injustificada y las rígidas directrices en este campo se fueron atenuando, al mismo tiempo que la técnica de ADN-recombinante comenzaba a conseguir éxitos realmente importantes[9].

El año 1982 es una fecha importante en el desarrollo de la manipulación genética. Por una parte, se obtiene el primer fármaco conseguido de esta forma: se introdujo en la bacteria *Escherichia coli* el gen humano responsable de producir la insulina y, en grandes tanques de fermentación, se lograron importantes cantidades de esta sustancia vital para el tratamiento de la diabetes –que anteriormente se obtenía a partir del páncreas de reses y cerdos[10]. Posteriormente, se ha obtenido por un procedimiento similar la hormona humana del crecimiento, los interferones, la vacuna contra la hepatitis B...[11]. Había nacido la

7. BERG, P. et al., *Potential Biohazards of Recombinant Molecules*, en **Science** 185 (1974) 303 (Ver en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 333-334); BERG, P. et al., *Asilomar Conference on Recombinant DNA Molecules*, en **Science** 188 (1975) 991-994; Ib., **Nature** 245 (1975) 442-444. Cf. también ZINDER, N. D., *The Berg letter: a statement of conscience, not of conviction*, **Hastings Center Report** 10 (1980) 14-15.

8. Las recomendaciones que se encuentran en **Science** y **Nature** (1975), nota 7, fueron adoptadas por los NIH de EE.UU. y han regulado los experimentos con ADN desde 1976. Cf. GRACIA, D., *Problemas filosóficos de la Ingeniería Genética*, en AA. VV., **Manipulación genética y Moral Cristiana**, Madrid, 1992, 73-98.

9. PRESIDENT`S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS ON MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, **Splicing Life: The Social and Ethical Issues of Genetic Engineering with Human Beings**, Washington, D. C., 1982.

10. Cf. CHERFAS, J., **Introducción a la Ingeniería**... pp. 167-169; 181-201; 204-213.

11. Sobre el desarrollo de la primera biotecnología, cf. GAFO, J., **Problemas éticos**... pp. 99-120.

Biotecnología basada en el ADN-recombinante, es decir la técnica de producción de productos de interés humano mediante seres vivos, si bien es verdad que la humanidad ya había producido hacía mucho tiempo los primeros productos biotecnológicos, como el vino, el queso, el pan…(ya que eran microorganismos los responsables de los procesos de fermentación)[12].

En el mismo año 1982, **Palmiter** y sus colaboradores consiguen los primeros ratones transgénicos, a los que se les había microinyectado, en el estadio de cigoto, el gen responsable de la síntesis de la hormona del crecimiento de la rata[13]. El resultado fue el nacimiento de unos ratones que, al desarrollarse, tenían un tamaño aproximadamente doble del normal y que, además, trasmitían esta característica a su descendencia. Más tarde, se obtuvo un resultado similar transfiriendo el gen humano responsable de la hormona del crecimiento en nuestra especie. Como había afirmado **J. Monod**, para subrayar la identidad de los procesos biológicos básicos de todos los seres vivos, "lo que es aplicable a las bacterias, también lo es al elefante"[14]. Por tanto, la técnica de ADN-recombinante funciona no sólo en los microorganismos, sino que es también aplicable a los organismos superiores. De hecho se han conseguido muchos animales transgénicos, de tamaño superior, mediante trasferencia genética: ovejas, cerdos... Hasta el momento actual y dentro del reino animal, las mayores expectativas se sitúan en la creación de vacas y ovejas transgénicas cuya leche sea idéntica a la humana o contenga en su interior fármacos de interés, además de la creación de cerdos transgénicos con vistas a trasplantes, como se indica en el capítulo XIV, dedicado a este tema[15]. La tecnología se ha aplicado también a las plantas, con vistas a una mayor producción y se habla de una nue-

12. ALONSO BEDATE, C., *Biología Molecular y Trasferencia del ADN*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 255-260; BROVEDANI, E., *Le applicazioni dell'ingegneria genética. Dalla biotecnologia alla terapia genica umana*, en **Aggiornamenti Sociali** 37 (1986) 605-619.

13. PALMITER, R. D., BRINSTER, R. E., HAMMER, R. E. et al., *Dramatic growth of mice that develop from eggs microinjected with metallothionein-growth hormone fusion genes*, en **Nature** 300 (1982) 611-615.

14. Citado por RICARD, K., *Une révolution en Biologie. À propos du code génétique*, en **Études** 364 (1986) 358. Ver MONOD, J., **El azar y la necesidad**, Barcelona, 1970, 116.

15. Sobre animales transgénicos, cf. GROSVELD, F. y KOLLIAS, G., **Transgenic animals**, 1992; sobre plantas transgénicas, cf. GASSER, C. S. y FRALEY, R. T., *Genetically Engineering Plants for Crop Improvement*, en **Science** 244 (1989) 1293-1299; KISHORE, G. M. y SOMMERVILLE, C. R., *Genetic engineering of commercially useful biosynthetic pathways in transgenic plants*, en **Current Opinion in Biotechnology** 4 (1993) 152-158. Véase también AA. VV., en GAFO, J. (Ed.), **Aspectos científicos, jurídicos y éticos de los transgénicos**, Madrid, 2001.

va "revolución verde", basada en las técnicas de ADN recombinante. Se han conseguido ya plantas transgénicas que hacen innecesaria la utilización de insecticidas y pesticidas –con sus importantes ahorros económicos y, también, medioambientales[16].

1990 es un segundo año importante en el tema que nos ocupa. En efecto, en ese año se aprueba en Estados Unidos el primer protocolo para realizar la primera terapia génica en humanos. Ante las enfermedades hereditarias, como por ejemplo la diabetes, la Medicina tiene dos vías de tratamiento: por una parte, una dieta baja en hidratos de carbono y, por otra, la administración de fármacos como la insulina. En ningún caso se cura la enfermedad, sino que se atenúan los efectos de la dolencia genética. Con la terapia génica se pretende curar la enfermedad en su mismo origen, en los genes defectuosos. En el momento actual, la única posibilidad de tratamiento se refiere a enfermedades monogénicas, causadas por un único gen –no sería, por tanto, aplicable a una enfermedad poligénica como la diabetes. La primera terapia génica la realizó en 1990 **W. French Anderson**[17], en dos niñas pequeñas afectadas por un síndrome de inmunodeficiencia congénita, llamado ADA, que, al carecer de defensas, estaban expuestas a cualquier agente patógeno. **Anderson** les extrajo células de la médula ósea, las trató en el laboratorio –insertándoles el gen normal– y las transfirió posteriormente de nuevo a la médula, consiguiendo una importante mejora de las dos pequeñas pacientes. Desde entonces se han aprobado ya numerosos protocolos de terapia génica, sobre todo en USA, y se ponen importantes expectativas en esta forma de terapia, especialmente en el tratamiento del melanoma y otras formas de cáncer, la fibrosis quística –la enfermedad monogénica más frecuente en humanos de raza caucásica– el SIDA...[18].

---

16. Cf. GROS, F., *Las biotecnologías agrícolas del futuro*, en **La ingeniería de la vida**, Madrid, 1993, 103-134; *El impacto de la ingeniería genética en la biología vegetal*, en VICENTE, M. y RENART, J. (Eds.), Madrid, 1987, 145-212; GARCÍA OLMEDO, F., **La tercera revolución verde**. **Plantas con luz propia**, Madrid, 1998.

17. ANDERSON, W. F., *El tratamiento de las enfermedades genéticas*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 275-276. Sobre terapia génica humana, cf. GAFO, J., **Problemas éticos**...pp. 121-138. La descripción de las primeras terapias génicas pueden encontrarse en BLAESE, R. M., CULVER, K. W., ROSENBERG, S. A., ANDERSON, W. F. et al., *T Lymphocite-directed Gene Therapy for ADA–SCID. Initial Trial Results after 4 Years*, en **Science** 270 (1995) 475-480.

18. Cf. THOMPSON, L., *Stem-Cell Gene Therapy Moves Toward Approval*, en **Science** 255 (1991) 1072; ROSENBERG, S. A., *Gene Transfer into Humans. Immunotherapy on Patients with Advanced Melanoma, Using Tumor-Infiltrating Lymphocytes Modified by Retroviral Genes Induction*, en **New England Journal of Medicine** 323 (1991) 570-578.

Es importante tener en cuenta que este tipo de terapia génica, llamada **somática**, no impide que estas personas puedan trasmitir su deficiencia genética a su descendencia. Así se abre un segundo nivel de terapia, el del tratamiento de las células germinales, la llamada terapia génica **germinal**, para evitar que el nuevo ser esté afectado por una enfermedad genética. Igualmente podrían no sólo curarse enfermedades genéticas, sino potenciarse caracteres hereditarios positivos, como la estatura: la llamada manipulación genética **perfectiva o de mejora**, que podría abrirse a la aplicación de forma masiva, la manipulación genética **eugénica**[19].

También en 1990 tiene lugar el inicio oficial del llamado *Proyecto Genoma Humano* (PGH), que ha sido calificado como el primer *megaproyecto* de la Biología, tanto por sus costes, como por su complejidad[20]. El mensaje genético de la especie humana, contenido en cada una de nuestras células, está escrito con 3.000 millones de letras –las cuatro bases nitrogenadas, antes citadas– que equivaldrían a una biblioteca de mil libros, con mil páginas en cada libro. Los costes del proyecto de esa "lectura" fueron evaluados inicialmente en 3.000 millones de dólares. El plan preveía que la finalización del Proyecto Genoma pudiera realizarse en el año 2005, lo que permitiría hacer un *mapeo* o conocer la situación de los 50.000-100.000 genes humanos[21] a lo largo de las 23 parejas de cromosomas, al mismo tiempo que la lectura de la secuencia de las bases permitiría conocer la raíz más profunda de las enfermedades genéticas[22].

---

19. ANDERSON, W. F., *El tratamiento de las enfermedades genéticas*… pp. 271-278; *Prospects for Human Gene Therapy*, en **Science** 226 (1984) 401-409; FRIEDMANN, T., *Progress Toward Human Gene Therapy*, en **Science** 244 (1989) 1275-1281. Ver también: CRYSTAL, R. G., *Transfer of Genes to Humans: Early Lessons and Obstacles to Success*, en **Science** 270 (1995) 404-410.

20. AA. VV., **El Proyecto del Genoma Humano**, Valencia, 1990. Es sintomática la afirmación final, remedando a los libros religiosos del pasado: "Se acabó de imprimir... el día primero de octubre de mil novecientos noventa, fecha internacionalmente admitida para el origen del Proyecto Genoma...".

21. Esta cifra se ha estado repitiendo durante años, lo cual muestra que, junto a los grandes avances de la Genética, eran muchos los desconocimientos. Últimamente se perfila más la cifra de genes y se sitúa en torno a los 40.000.

22. Sobre el PGH desde el punto de vista científico, cf. LACADENA, J. R., *El proyecto `Genoma Humano´* en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 279-283; *El Proyecto Genoma Humano y sus derivaciones*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Biotecnología**, Madrid, 1993; *El proyecto Genoma Humano*, en **Genética y Bioética**, Bilbao, 2002, 275-341; GAFO, J., **Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, 267-282; McKUSICK, V. A., *Construcción del mapa genético humano y su secuenciación*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 283-286; MORENO MUÑOZ, M., *Implicaciones éticas del proyecto 'Genoma Humano'*, en **Proyección** 47 (1995) 179-200.

USA ha sido el principal país promotor, asumiéndolo de alguna forma como un proyecto similar a la carrera espacial en tiempos de *J. F. Kennedy*. El Proyecto tropezó con objeciones iniciales de la comunidad científica, de la *Academia de las Ciencias* USA, y de otros científicos, por considerar que no se debía darle prioridad y que muchos de los datos que se iban a conocer no tenían valor –eran, como se decía gráficamente, "basura". Posteriormente, se ha ampliado a otras especies clásicas en los estudios de Genética: la bacteria *Escherichia coli*, *Saccharomyces cerevisiae* (levadura de cerveza), el gusano nematodo, *Caenorhabditis elegans*, la mosca de la fruta, *Drosophila* y el ratón, *Mus musculus*. El plan básico fue establecido por el *National Research Council* en 1988: tendría una duración de 15 años y un coste anual de 200 millones de dólares. El proyecto depende en USA del *National Institute of Health, NIH* y del Departamento de Energía, *DOE*. Otras áreas muy importantes son el Japón, el Canadá y la Unión Europea. La envergadura del PGH llevó a la creación de *HUGO*, *Human Genome Organization*, presidida inicialmente por **McKusick** y con una Comisión científica formada por 42 miembros de diferentes países, entre ellos, los *Premios Nobel* **Dausset, Dulbecco, Gilbert, Jacob, Watson**…

El PGH, uniendo los trabajos de varios equipos, especialmente el de **J. C. Venter** y los franceses de **Cohen** y **Weissenbach**, entra en 1995 en la etapa definitiva de secuenciación. Se aspira, como ha dicho **Olson**, a que toda la información humana pueda almacenarse en un *CD-ROM*: "El reto futuro del PGH consiste en producir ese *CD-ROM* en el tiempo y el costo previstos". Según **F. S. Collins**, Director del PGH en USA, los objetivos planificados para 1993-1998 se han cubierto ampliamente y el desarrollo total del PGH, que parecía inalcanzable para 1995, será realidad en 2003[23]. También se ha escrito que "los laboratorios genómicos serán el lugar de formación de los científicos del futuro: nueva raza de científicos preparados para capitalizar tanto la revolución de la Genética molecular como la revolución de la computación. Ellos serán los líderes de la biología del siglo XXI".

Hemos expresado, de forma necesariamente sucinta, los logros conseguidos por la Genética en los 100 años de su historia, tras el redes-

23. Para información de los resultados más recientes, cf., por ejemplo, REEVES, R. H., *Recounting a genetic story*, en **Nature** 405 (2000) 283-284; HATTORI, M. et al., *The DNA sequence of human chromosome 21*, en **Nature** 405 (2000) 311-319; AA. VV., *The human genome*, en **Nature** 409 (15 de febrero de 2001) 813-958 (n.º monográfico); **Science** 291 (16 de febrero de 2001) 1177-1351 (n.º monográfico).

cubrimiento de las leyes de **Mendel**. Obviamente y como todo progreso científico, la Genética plantea una serie de problemas éticos que nos disponemos a abordar. Los más importantes son[24]:

- La Biotecnología basada en el ADN-recombinante;
- Diseminación de microorganismos genéticamente modificados al medio ambiente;
- La aplicación a organismos superiores;
- La utilización en la especie humana;
- El Proyecto Genoma Humano.

II. La Iglesia Católica y la manipulación genética[25]

El nacimiento de la Nueva Genética suscitó una importante reacción negativa procedente de algunas autoridades religiosas estadounidenses[26]. Por parte de la Iglesia Católica ha habido ciertas tomas de postura con anterioridad a la *Donum Vitae* en la que se tratan tangencialmente algunos aspectos de esta temática[27]. En este contexto deben citarse algunos discursos de Juan Pablo II[28].

---

24. Cf. GAFO, J., **Problemas éticos**... pp. 97-98; GAFO, J. (Ed.), **Ética y Biotecnología**… Una de las primeras obras católicas en que se alertaba sobre esta problemática es la de HÄRING, B., **Ética de la manipulación. En medicina, en control de la conducta y en genética**, Barcelona, 1978.

25. En el mismo año 1953, en que se conoció la estructura del ADN, tenía lugar en Roma la "Primera Reunión Internacional de Genética Médica" y, en su discurso a los participantes, el papa Pío XII afirmó que la "genética práctica no reduce en modo alguno su papel al de espectador pasivo", que "la tendencia fundamental de la genética y de la eugenesia es influir en la transmisión de los factores hereditarios para promover lo bueno y eliminar lo nocivo" y que "esta tendencia fundamental es irreprochable desde el punto de vista moral": PÍO XII, *Aspectos morales de la Genética* (Discurso a los participantes en la Primera Reunión Internacional de Genética Médica), en **Ecclesia** n.º 636 (19 de septiembre de 1953) 313-317.

26. El nacimiento de la Nueva Genética originó un rechazo por parte de las autoridades religiosas de USA: cf. *Tres Cartas Históricas*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 333-335.

27. Sobre las tomas de postura de la Iglesia en relación con este tema, cf. GAFO, J., **Problemas éticos**... pp. 161-172.

28. JUAN PABLO II, *Alocución a la Asociación Médica Mundial*, en **Ecclesia** n.º 2150 (19 de noviembre de 1983) 1448-1449; *Discurso a los participantes en el Congreso sobre la experimentación humana en Biología*, en **AAS** 75 (1983) 35-39 (Cf. **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 343-345); *Discurso a la Academia Pontificia de las Ciencias*, en **Ecclesia** n.º 2051 (31 de octubre de 1981) 1354-1355.

La *Congregación para la Doctrina de la Fe* publicaba en 1987 la *Instrucción Donum Vitae*[29], que aborda marginalmente algunos de los problemas éticos relacionados con la manipulación genética referida al ser humano. Además de los contenidos de este documento, ya referidos en el capítulo dedicado a la reproducción asistida, pueden subrayarse las dos siguientes afirmaciones:

1. La *Donum Vitae* considera legítimas las **intervenciones genéticas terapéuticas** sobre el embrión humano, "siempre que respeten la vida y la integridad del embrión, que no le expongan a riesgos desproporcionados, que tengan como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia individual". Siguiendo –y citando expresamente– el pensamiento de **Juan Pablo II**, admite la terapia de las diversas enfermedades del embrión, "como las originadas por defectos cromosómicos", supuesto que "tienda a promover verdaderamente el bienestar personal del individuo, sin causar daño a su integridad y sin deteriorar sus condiciones de vida" (I, 3). Como ejemplo de este legítimo tratamiento genético cita, en concreto, la curación de la *anemia falciforme*.

2. La *Instrucción* condena la posible aplicación futura de la manipulación genética en el ser humano con **fines eugenésicos**: "Algunos intentos de intervenir sobre el patrimonio cromosómico y genético no son terapéuticos, sino que miran a la producción de seres humanos seleccionados en cuanto al sexo o a otras cualidades prefijadas. Estas manipulaciones son contrarias a la dignidad personal del ser humano, a su integridad y a su identidad. No pueden justificarse de modo alguno a causa de posibles consecuencias beneficiosas para la humanidad futura", ya que "cada persona merece respeto por sí misma" (I, 6).

Además de la *Donum Vitae*, los puntos más importantes contenidos en otros discursos de **Juan Pablo II** sobre este tema son los siguientes:

1. Se hacen ciertas referencias al **valor del progreso científico o tecnológico**, pero predomina un mayor énfasis en la necesidad de una **criteriología ética** que sea capaz de poner todo este progreso al verdadero e integral servicio del hombre. Dado el espectacular desarrollo científico y técnico conseguido por la humanidad, se hace especialmente necesaria y urgente una mayor sensibilidad ética, una creciente conexión entre la

29. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, **Instrucción Donum Vitae sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación** (22 de febrero de 1987). Cf. **Ecclesia** n.º 2310 (14 de marzo de 1987) 358-373.

ciencia y la conciencia. Por ello, el Papa afirma que "la ciencia es un trabajo humano y debe dirigirse únicamente al bien de la humanidad. La tecnología, como trasferencia de ciencia a las aplicaciones prácticas, debe buscar el bien de la humanidad y jamás trabajar contra dicho bien. Sin embargo, la ciencia y la tecnología deben ser gobernadas por principios morales y éticos"[30]. El Papa afirma igualmente que "existen formas de avance científico que no coinciden con el auténtico bien del hombre: El progreso científico se resuelve, en tales casos, en un retroceso humano que puede presagiar incluso éxitos dramáticos"[31]. Más en concreto y en relación con la Genética, el Papa subraya que "las ciencias biomédicas están registrando actualmente, en efecto, un momento de rápido y maravilloso desarrollo, sobre todo con relación a las nuevas conquistas en los ámbitos de la genética... No podemos ocultar el peligro de que la ciencia caiga en la tentación del poder demiúrgico"[32].

Nos parece importante subrayar, en este contexto, que esta actitud crítica ante el desarrollo tecnológico se encuentra hoy muy difundida en amplios estratos de la sociedad y constituye el substrato de los movimientos ecologistas y de la creciente sensibilidad medioambiental que se ha ido originando en la sociedad.

2. Hay una continua afirmación de que **la dignidad humana** constituye el criterio básico de referencia para evaluar las nuevas tecnologías genéticas. Deben evitarse **reduccionismos** en el campo de los avances genéticos: "Principios éticos claramente definidos deben ser preponderantes en el área de la biotecnología... La persona humana es mucho más que un compuesto de elementos bioquímicos y no debe ser objeto de experimentos biológicos o químicos en vista del puro progreso de la biotecnología. Toda intervención sobre la estructura o el patrimonio genético de la persona que no esté orientada a la corrección de anomalías, constituye una violación del derecho a la integridad física"[33].

30. JUAN PABLO II, *Nueva y respetuosa actitud ante el medio ambiente* (Discurso a un grupo de estudio de la Pontificia Academia de las Ciencias, 6-11-1987), en **Ecclesia** n.º 2348 (5 de diciembre de 1987) 1686-1687.

31. JUAN PABLO II, *El reto de humanizar la Medicina* (Discurso a la Conferencia promovida por la Pontificia Comisión por la Pastoral de los Agentes Sanitarios, 12-11-1987), en **Ecclesia** n.º 2350 (19 de diciembre de 1987) 1759-1760.

32. JUAN PABLO II, *Investigación científica y ética en el ámbito biomédico, urgente necesidad de la época presente* (Discurso a la Pontificia Academia de las Ciencias, 20-11-1995), en **Ecclesia** n.º 2774 (3 de febrero de 1996) 165-166.

33. *La crisis ecológica es una crisis moral (Pro-memoria de la Santa Sede sobre medio ambiente y desarrollo)*, en **Ecclesia** n.º 2584 (13 de junio de 1992) 906-907.

Igualmente subraya el Papa que "el compromiso ético a favor de la vida en cada estadio se amplía hoy a la defensa del patrimonio genético del ser humano contra toda alteración o selección…"[34].

Juan Pablo II habla también de la profunda relación entre integridad biológica e identidad personal con su repercusión sobre las posibles intervenciones sobre el genoma humano: "La profundización antropológica lleva a reconocer que, en virtud de la unidad sustancial del cuerpo con el espíritu, el genoma humano no tiene sólo un significado biológico, es portador de una dignidad antropológica, que tiene su fundamento en el alma espiritual que lo impregna y lo vivifica. Por lo tanto no es lícito realizar ninguna intervención sobre el genoma que no vaya dirigida al bien de la persona, entendida como unidad de cuerpo y espíritu…"[35].

3. En las tomas de postura estudiadas se insiste en el **peligro de racismo**, que podría introducirse en la aplicación de la manipulación genética al ser humano con fines eugénicos, pudiendo crear un día diferentes clases de individuos humanos. El Papa alerta también sobre el peligro de **eugenismo** que podría surgir del desarrollo de la Genética: "Será necesario, en particular, levantar adecuadas barreras jurídicas, a fin de que no se produzca selección alguna de los seres humanos inspirada en el eugenismo... Ninguna utilidad social o científica y ninguna motivación ideológica podrán justificar jamás una intervención sobre el gen humano, que no sea terapéutica…"[36].

4. **Juan Pablo II** no pone reparos a la **Biotecnología** y a las aplicaciones de la manipulación genética a los **vegetales o animales superiores**. Se insiste en el valor positivo de este nuevo desarrollo de la tecnología genética ante el gran reto del hambre en el mundo. Insiste en las limitaciones de la experimentación animal, pero dentro de un contexto en que se afirma paladinamente el señorío del ser humano, como rey de la creación. Un aspecto llamativo del *Mensaje de la Jornada de la Paz, Paz con Dios Creador, paz con toda la creación* (1990), es su actitud crítica ante

34. JUAN PABLO II, *Compromiso por la vida* (Discurso al Congreso Mundial de los Movimientos por la Vida, 3-10-1995), en **Ecclesia** n.º 2764 (25 de noviembre de 1995) 1782-1783.

35. JUAN PABLO II, *Genoma humano: Personalidad humana y Sociedad del futuro* (Discurso a la IV Asamblea General de la Pontificia Academia para la Vida, 24-2-1998), en **Ecclesia** n.º 2885 (21 de marzo de 1998) 436-437.

36. JUAN PABLO II, *Adecuada Antropología para la ciencia médica* (Discurso a la Unión de Juristas Católicos Italianos, 5-12-1987), en **Ecclesia** n.º 2357 (6 de febrero de 1988) 193.

las nuevas técnicas de **manipulación genética**: "Tal vez no se ha llegado aún a calcular las alteraciones provocadas en la naturaleza por una indiscriminada manipulación genética y por el desarrollo irreflexivo de nuevas especies de plantas y formas de vida animal" (n.º 7)[37].

5. La aplicación de la **manipulación genética al ser humano** recibe un claro refrendo si tiene un **significado terapéutico**. Se valora positivamente la posibilidad que podría abrirse en un futuro del tratamiento de ciertas enfermedades genéticas en el embrión o en el feto. **Juan Pablo II** valora también positivamente la **terapia génica**: "Las perspectivas de la terapia genética para el tratamiento de enfermedades son, igualmente, esperanzadoras y merecen el compromiso de la ciencia y la destreza de quienes realizan la investigación. Pero en la terapia genética... debe ser paralizado todo intento o peligro de alterar la inviolable identidad genética de la persona humana"[38].

6. Al principio, ninguna de las tomas de postura recoge explícitamente la distinción entre la **terapia génica de las células somáticas y de las germinales**. El contenido de algunos documentos parece no presentar objeciones específicas en contra de la terapia génica aplicada incluso a las células germinales, si pudiesen tener un significado positivo terapéutico para la nueva vida. Las células germinales no constituirían en sí mismas una especie de santuario inaccesible para la ciencia, sino que la actuación sobre ellas depende del significado terapéutico de las técnicas que se vayan a emplear. Los principios antes formulados expresarían, sin embargo, una actitud negativa ante las posibles manipulaciones genéticas del ser humano que tuviesen un significado eugénico.

Más recientemente, **Juan Pablo II** distingue entre terapia génica de células somáticas o germinales y, matizando el aparente optimismo inicial, se muestra a favor del primer tipo de terapia y, por el contrario, reticente respecto a la segunda: "La Iglesia invita, además, a todos los responsables políticos y a los científicos a promover el bien de la persona por medio de la investigación científica orientada a poner a punto terapias adecuadas, también en el ámbito genético, siempre que resulten practicables y exentas de riesgos desproporcionados. Ello es posible, por reconocimiento de los propios científicos, en las interven-

37. JUAN PABLO II, *Paz con Dios Creador, paz con toda la creación* (Mensaje para la celebración de la Jornada Mundial de la Paz, 1 de enero de 1990), en **Ecclesia** n.º 2456 (30 de diciembre de 1989) 1929-1933.

38. JUAN PABLO II, *Nueva y respetuosa actitud*...

ciones terapeúticas sobre el genoma de las células somáticas, pero no sobre las células germinales del embrión precoz[39].

7. El Papa **Wojtyla** ha hablado en varias ocasiones sobre el **Proyecto Genoma Humano.** Por una parte ha reconocido que "debemos fomentar estos estudios, a condición de que abran perspectivas nuevas de cuidados y de terapias génicas, que respeten la vida y la integridad de las personas, y tendentes a la salvaguardia o a la curación individual de los pacientes, nacidos o por nacer, afectados por patologías mortales". Pero ha alertado sobre el peligro de una selección de embriones, "eliminando a aquellos que estén afectados por enfermedades genéticas o portadores de caracteres genéticos patológicos"[40].

Por ello, subraya que la posibilidad de "establecer la carga genética de cada persona, pone a disposición de los médicos o biólogos conocimientos, algunas de cuyas aplicaciones pueden sobrepasar el campo médico". El Papa subraya así mismo el peligro de una medicina predictiva, que convierta al embrión humano en objeto de experimentación: "El patrimonio genético es un tesoro que pertenece... a un ser singular que tiene derecho a la vida y a un desarrollo integral". Insiste también en el peligro de "las manipulaciones imprudentes sobre los gametos y los embriones" y que "la humanidad corra riesgos serios de mutaciones genéticas... no solamente de los seres sobre los que se han efectuado estas transformaciones, sino incluso sobre personas de las generaciones futuras"[41].

De acuerdo con las orientaciones éticas básicas, que se están dando en torno al Proyecto Genoma, el Papa insiste en la necesidad de un "consentimiento informado del sujeto adulto sobre el que se lleva a cabo la investigación genética, al igual que del respeto del secreto sobre los elementos que podrían ser conocidos y que repercuten en la persona y en su descendencia. Tampoco se olvidará la delicada cuestión de la comunicación a las personas de los datos que ponen en evidencia la existencia, bajo forma latente, de patologías genéticas y que autorizan pronósticos funestos para la salud del sujeto"[42]. También alude a las

39. JUAN PABLO II, *Genoma Humano…* p. 437.
40. JUAN PABLO II, *Experimentar con el embrión como puro objeto atenta contra la dignidad de las personas* (Discurso al grupo de trabajo sobre el genoma humano promovido por la Pontificia Academia de las Ciencias, 20-11-1993), en **Ecclesia** n.º 2263 (18 de diciembre de 1993) 1867-1868.
41. **Ib**., p. 1868.
42. **Ib**.

consecuencias discriminatorias que podrían seguirse: "La reflexión ética debe incidir también sobre la utilización de los datos médicos relativos a las personas, especialmente aquellos que están contenidos en el genoma y que podrían ser explotados en la sociedad en perjuicio de las personas"[43].

El Papa insiste sobre el peligro de la selección de embriones: "No es lícito discriminar a los seres humanos en base a los eventuales defectos genéticos advertidos antes o después del nacimiento…Deseo que la conquista de este nuevo continente del saber, el genoma humano, represente el descubrimiento de nuevas posibilidades de triunfo sobre las enfermedades y no sea nunca avalada una orientación selectiva de los seres humanos…Siento el deber de expresar mi preocupación por la instauración de un clima cultural que favorece la deriva del diagnóstico prenatal hacia una dirección que ya no es la de la terapia, en orden a la mejor acogida de la vida del nascituro, sino más bien la de la discriminación de cuantos no resulten sanos en el examen prenatal…eliminando a aquellos que están afectados por enfermedades genéticas o sean portadores de caracteres genéticos patológicos[44].

8. Hay un texto muy importante del mismo **Juan Pablo II**, que no hemos recogido hasta ahora y que fue pronunciado precisamente con motivo del Centenario de la muerte del padre de la Genética, **Gregor Mendel**: "¿Tendrá el hombre la capacidad de utilizar las maravillosas conquistas de esta rama de la ciencia, iniciada en el huertecito de Brno, al servicio exclusivo del hombre? El hombre comienza a tener en sus manos el *poder de controlar su propia evolución.* La mesura y los efectos, buenos o no, de este control dependerán no tanto de su ciencia, sino más bien de su sabiduría"[45]. Es un texto en el que no se cuestiona algo tan trascendental como el que hayamos llegado a un momento en el que el avance científico puede permitir al ser humano controlar su evolución[46]. Es un poder impresionante del ser humano, que está ciertamente muy alejado aún de las posibilidades científicas de nuestro tiempo, pero al que se le han abierto ya cauces de realización. No se ponen obstáculos absolutos a que

43. JUAN PABLO II, *La investigación debe estar presidida por la ética* (Discurso a la Asamblea Plenaria de la Pontificia Academia de las Ciencias, 28-10-1994), en **Ecclesia** n.º 2711 (19 de noviembre de 1994) 1746-1748.

44. JUAN PABLO II, *Genoma Humano*… p. 437.

45. JUAN PABLO II, *Discurso en el Centenario de la muerte de G. Mendel*, en **Ecclesia** n.º 2168 (31 de marzo de 1984) 397-399.

46. VARGA, A. C., *'Playing God': The Ethics of Biotechnical Intervention*, en **Thought** 60 (1985) 181-191.

el futuro de la evolución del hombre y de los seres vivientes pueda comenzar a depender de un mecanismo no previsto por **Charles Darwin**: lo que la ciencia pueda hacer controlando la evolución futura. Pero, como decía **Juan Pablo II** en el centenario de **Mendel**, el desarrollo científico y técnico deberá siempre tener en cuenta que las consecuencias de ese impresionante poder "dependerán no tanto de su ciencia, sino más bien de su sabiduría".

Juan Pablo II dice en un discurso a la Asamblea Plenaria de la Pontificia Academia de las Ciencias (28 octubre 1994):

> "Nos regocijamos de que numerosos investigadores se hayan negado a permitir que los descubrimientos realizados sobre el genoma (humano) sean patentados. Ya que el cuerpo humano no es un objeto del que pueda disponerse a voluntad, los resultados de la investigación deben ponerse a disposición de toda la comunidad científica y no pueden ser propiedad de un pequeño grupo".

III. Reflexión ética sobre la manipulación genética

Ya antes indicamos los principales problemas planteados por el espectacular avance de la Genética, que pasamos ahora a estudiar de forma pormenorizada[47].

1. Evaluación ética de la Biotecnología basada en el ADN-recombinante

Siguiendo a **Rodríguez Villanueva**[48], entendemos por biotecnología: "Cualquier técnica que utilice organismos vivos o partes de los organis-

47. ABEL, F., *Ingeniería genética y bioética*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 250-254; ABRISQUETA, J. A. y ALLER, V., *Directrices Éticas de la Manipulación Genética*, en GAFO, J. (Ed.), **Fundamentación de la Bioética y Manipulación Genética**, Madrid, 1988, 177-194; BROVEDANI, E., *"Ingegneria Genetica. Interrogativi e problemi Etici*, en **Aggiornamenti sociali** 39 (1988) 31-50; CUYÁS, M., *Problemática ética de la Ingeniería Genética*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 325-332; FLÖHL, R. (Ed.), **Genforschung –Fluch oder Segen?**, München, 1985; LÓPEZ AZPITARTE, E., *Ingeniería Genética: Posibilidades Técnicas y Problemas Éticos*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 310-314; McCORMICK, R. A., *Genetic Technology and Our Common Future*, en **America** 27, abril 1985, 337-342; REITER, J. y THEILE, U. (Eds.), **Genetik und Moral**, Mainz, 1985; SCHOOTMANS, P., *¿Un mundo nuevo al alcance de la mano? El reto de la Genética a la Ética*, en **Concilium** n.º 223 (1989) 463-480; TONGEREN, P. J. M. VON, *Ethical Manipulations: An Ethical Evaluation of the Debate Surrounding Genetic Engineering*, en **Human Gene Therapy** 2 (1991) 71-75.

48. RODRÍGUEZ-VILLANUEVA, J., *Perspectivas de la Investigación Biomédica y Farmaceútica en España*, **Discurso de Ingreso en la Real Academia de Farmacia**, Madrid, 1986.

mos para fabricar o modificar productos, para mejorar plantas o animales o para desarrollar microorganismos para usos específicos". Como afirma **Lacadena**[49], la Biotecnología realizada por las técnicas de ADN-recombinante puede cambiar la comunidad industrial en el siglo XXI, ya que puede producir cantidades prácticamente ilimitadas de:

- Sustancias de las que antes no se había dispuesto;
- Productos que se obtienen normalmente en pequeñas cantidades;
- Con coste de producción mucho menor que los conseguidos por medios convencionales;
- Que ofrecen más seguridad;
- Obtenidos a partir de nuevas materias primas más abundantes y baratas que las utilizadas anteriormente

Esta nueva forma de Biotecnología, que actúa manipulando la base genética de los seres vivos, es ya una realidad muy importante, en la que están implicadas importantes investigaciones e inversiones de la industria farmacológica[50]. En principio, esta nueva tecnología genética no suscita objeciones éticas, sino que, al contrario, su desarrollo abre nuevas vías de aproximación al tratamiento médico de muchas enfermedades[51]. Debemos subrayar que la vacuna contra la *hepatitis B* ha abierto un nuevo cauce en la práctica de la vacunación: ya no es necesario introducir virus debilitados, para que el organismo humano desarrolle los anticuerpos que le protejan ante ulteriores ataques del mismo virus, sino que basta con inyectar los antígenos –una pequeña parte de la cubierta proteica de aquél– a fin de que nuestro organismo reaccione produciendo los necesarios anticuerpos –con lo que se evitan todos los riesgos inherentes a la utilización de virus debilitados, que pueden ocasionar una infección en el que recibe la vacunación, como sucede, de forma no infrecuente, en las vacunas contra la gripe.

---

49. Cf. la página web dirigida por el J. R. Lacadena, en la que me baso para bastantes de los datos de varios apartados de este capítulo: www.cnice.mecd.es/tematicas/genetica/index.html.

50. El director de investigación de la Compañía *SmithKline Beecham* escribía en *Business Week* que, a partir del 2000, toda la investigación realizada en su compañía en busca de nuevas medicinas se basaría en el genoma y que se han gastado ya muy importantes cantidades de dinero en esta investigación.

51. Cf. GAFO, J., **Problemas éticos**... pp. 84-89.

Una dificultad, que se ha citado en varios simposios sobre la problemática ética de la manipulación genética, es la de los intereses que van a prevalecer en el desarrollo de la nueva Biotecnología y la preocupación de que se convierta en un nuevo cauce de neocolonialismo del mundo técnicamente desarrollado sobre los países pobres[52]. Se trata de una dificultad que no es específica de este campo y que se da igualmente en otros sectores del desarrollo tecnológico humano, pero que aquí puede ser especialmente sensible ya que está implicada la salud y la vida del ser humano. El avance farmacológico, basado en el ADN-recombinante, ¿se va a centrar en los más graves problemas sanitarios del mundo o van a primar los intereses específicos del mundo desarrollado? Es evidente que los grandes avances en la investigación y la lucha en torno al SIDA no se hubieran realizado si esa enfermedad no hubiese afectado a los habitantes de los países ricos. Los nuevos avances farmacológicos, basados en la tecnología genética y que serán muy importantes para erradicar enfermedades que causan gran morbilidad y mortalidad en los países pobres, pueden ser demasiado costosos para las personas y sociedades carentes de recursos económicos.

2. La difusión al medioambiente de microorganismos modificados genéticamente

Bacterias genéticamente modificadas podrían lograr efectos muy positivos para el futuro de la humanidad. Puede pensarse en bacterias responsables de rebajar la temperatura de congelación del agua y que viviendo en simbiosis con ciertas plantas evitasen las grandes pérdidas en las heladas. En efecto, este tipo de bacterias fueron las primeras en ser utilizadas con el fin especificado, tras una intensa polémica en USA. Pero el campo de aplicaciones puede ampliarse mucho más: mejora en la producción de hidrógeno, hidrocarburos, alcoholes, en la asunción de nitrógeno atmosférico, en la extracción de petróleo o en su degradación con ocasión de los graves problemas ocasionados por los accidentes de petroleros y las consecuentes *mareas negras*[53]. Sin embar-

52. Cf. ALONSO BEDATE, C., *Biotecnonología: países en desarrollo y Tercer Mundo*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Biotecnología**... pp. 143-166.

53. Ver KAREIVA, P, *Transgenic plants on trial*, en **Nature** 363 (1993) 580-581; AMILS, R. y MARÍN, E., *Problemas medioambientales relacionados con la biotecnología*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Biotecnología**... pp. 31-74. En España existe una normativa legal: *Ley sobre organismos genéticamente modificados* (Ley 15/1994 de 3 de junio de 1994); cf. GAFO, J., **Ética y Legislación**… pp. 501-514.

go, el problema que se plantea es el que formulaba **E. Chargaff**: puede conseguirse detener la fisión atómica o una nave espacial, pero si se lanza al medio ambiente una bacteria genéticamente modificada y "tiene éxito", ya no es posible impedir su diseminación[54].

Un criterio ético indiscutible para la realización de estos procesos experimentales es el de la evaluación de los beneficios y riesgos previsibles. Pero esta valoración es sumamente difícil en la práctica: los beneficios pueden ser muy claros y positivos, pero la evaluación de los riesgos es extraordinariamente difícil, si no es imposible. ¿Cuál es el desequilibrio ecológico que puede originarse de la diseminación de esas bacterias genéticamente modificadas? Hay que reconocer que no se ha dado ningún accidente biológico, ninguna alarma real sobre esta posibilidad –a diferencia de lo acontecido en el campo nuclear. Entre los científicos predomina hoy una fuerte sensación de seguridad y quizá no se están observando algunas precauciones que serían, en todo caso, necesarias. También arguyen que en una situación, en que existen otros muchos factores desencadenantes de graves problemas ecológicos, no es justo que se extremen las medidas de limitación en un ámbito cargado de grandes expectativas para el futuro de la humanidad. Todo está indicando que se va a continuar esta línea de investigación, pero, al mismo tiempo, no se puede negar la existencia de significativos motivos de preocupación. La reflexión, ya citada, de **Juan Pablo II** en el Mensaje de la Jornada de la Paz 1990, "tal vez no se ha llegado aún a calcular las alteraciones provocadas en la naturaleza por una indiscriminada manipulación genética y por el desarrollo irreflexivo de nuevas especies de plantas y formas de vida animal"[55], debería aplicarse especialmente en la diseminación de bacterias genéticamente modificadas en el medio ambiente.

3. Aplicación de la manipulación genética a organismos superiores

En realidad y como en el caso de la Biotecnología, puede decirse que la manipulación genética de los animales y las plantas se remonta a tiempos muy antiguos. En concreto, desde que en el Neolítico el ser humano comienza a ser agricultor y ganadero, intenta modificar a los animales y las plantas mediante cruzamientos y la aplicación intuitiva

54. Citado por ABEL, F., *Ingeniería genética y bioética*... p. 251.
55. JUAN PABLO II, *Paz con Dios Creador*... n.º 7.

de procesos de selección[56]. Más en concreto, los orígenes de la Genética están muy relacionados con la investigación de híbridos de plantas, con fines de mejora.

Pueden citarse los siguientes objetivos de la mejora genética de plantas:

1. Aumento de rendimiento:
   - Mejora de productividad.
   - Mejora de resistencia: genotipos resistentes a plagas, enfermedades y ambiente adverso.
   - Mejora de características agronómicas: Genotipos mejor adaptados a exigencias de mecanización de la agricultura.
2. Aumento de calidad: mejor valor nutritivo.
3. Extender el área de explotación: adaptar las plantas a nuevas áreas geográficas, con características de clima o edafológicas extremas: así, por ejemplo, una variedad de trigo para los países nórdicos europeos.
4. Domesticar nuevas especies: transformar especies silvestres en cultivadas de mayor rentabilidad.

Los casos más polémicos, con gran repercusión en Europa, son los de la soja y el maíz transgénicos. Debe notarse que la soja se usa en un 40-60% de los alimentos procesados: aceite, margarina, alimentos dietéticos e infantiles, cerveza... Europa importa anualmente de USA 9 millones de toneladas, con un gasto anual de 1.400 millones de dólares, siendo España, con 1.5 millones de toneladas, el cuarto país importador tras Japón, Taiwan y Holanda. El 2% de la soja producida en USA es transgénica, del que un 40% se exporta a Europa. Se trata de un producto de la multinacional *Monsanto*, al que se le ha transferido un gen de resistencia al *glisofato* –elemento activo del herbicida *Roundup* (también producido por la misma firma). Ante la protesta ecologista y la posibilidad de rechazo de la semilla transgénica, los exportadores la mezclan con la normal, aunque existe un *test* para distinguirla. La comercialización de la soja transgénica está autorizada en USA, Canadá, Japón y UE.

---

56. Un ejemplo característico de esta mejora es la Cueva de los murciélagos de México, donde se encuentran, en estratos sucesivos, ejemplares de mazorcas de tamaño creciente conseguidas mediante cruzamientos dirigidos. Cf. LACADENA, J. R., *Plantas y alimentos transgénicos*, en GAFO, J. (Ed.), **Aspectos científicos, jurídicos y éticos de los transgénicos**, Madrid, 2001, 16.

En segundo lugar, debe citarse el maíz transgénico, producido por *Novartis*, que es resistente al componente activo del herbicida *Basta* y, además, al "taladro", el insecto *Ostrinia nubilabis,* que horada el tallo de la planta y la destruye. La gran polémica ha surgido, además, porque se ha añadido un gen de resistencia a los antibióticos, a la *ampicilina*. De ahí el peligro de que las bacterias del tracto intestinal animal o humano puedan incorporar directa o indirectamente la información genética que da resistencia a los antibióticos y crear problemas sanitarios. Sin embargo y según **Lacadena**, no hay evidencia científica de ello, aunque podría ocurrir teóricamente: "Podría decirse que la probabilidad es cero". La comercialización de este maíz está autorizada en USA (33% del cultivado), Canadá, Japón y UE.

Por tanto, la aplicación de la técnica de ADN-recombinante a las plantas comienza ya a ser una realidad. Se considera que estamos ante un gran incremento de la transgénesis en los programas de mejora –los expertos afirman que en 2005 el 25% de la producción agrícola será transgénica. Con frecuencia se afirma también que puede desarrollarse, en un futuro más o menos próximo, una nueva *revolución verde* basada en la tecnología genética: variedades de mayor productividad o mayor resistencia a agentes externos y, especialmente, que hagan menos necesario el recurso a los abonos químicos, insecticidas, pesticidas... con sus costes anejos económicos y ecológicos[57]. Una vez más surge el interrogante sobre su posible incidencia medioambiental y los desequilibrios que podrían crearse. Se trata de la misma dificultad que subrayamos en el apartado anterior, aunque en este caso podrían existir mayores posibilidades de control[58].

En el caso de los animales superiores la aplicación de la manipulación genética tropieza con dificultades éticas procedentes del fuerte y creciente movimiento en favor de los derechos de los animales[59]. Consideramos que es compatible una actitud que evite abusivas manipulaciones de los animales con que se reconozca, al mismo tiempo, la subordinación al hombre de los restantes seres vivientes. Sobre este tema volveremos a hablar en el capítulo dedicado a la Ecología. También deberán ponderarse los desequilibrios ecológicos que podrían seguirse de la aplicación de la manipulación genética, especialmente en ciertos hábi-

57. Cf. GARCÍA OLMEDO, F., **La tercera revolución verde**… cap. 12.

58. Cf. GAFO, J., *La polémica sobre los alimentos transgénicos*, en **Razón y Fe** 240 (1999) 329-331.

59. Cf. GAFO, J., *Debate ético sobre los alimentos transgénicos*, en GAFO, J., **Aspectos científicos**… pp. 131-145.

tats restringidos, como pueden ser ciertos lagos o lagunas. En todo caso, la polémica es menos intensa en este campo que en el de las plantas transgénicas. La razón de esa distinta situación puede deberse al hecho de que los animales transgénicos –sea porque, en el caso de los mamíferos, producen en su leche fármacos de interés o porque sus órganos podrían servir para trasplantes –están asociados a unas finalidades médicas relacionadas con la salud humana, mientras que las plantas transgénicas están vinculadas a la calidad de los alimentos que se consumen, tema en el que existe una fuerte sensibilidad social[60].

4. Aplicación de la manipulación genética al ser humano

Ya antes nos referimos a los cuatro posibles niveles de aplicación, descritos por **W. F. Anderson** –terapia génica somática y germinal; manipulación genética perfectiva o de mejora y eugénica– que pasamos a estudiar por separado[61].

a) Terapia génica somática[62]: En el debate ético sobre este tipo de terapia hay unanimidad en considerarla legítima. El gran enemigo de esta primera aplicación al ser humano fue **Jeremy Rifkin**: "Una vez que decidimos comenzar el proceso de ingeniería genética humana, ya no hay realmente razones lógicas para detenerse"[63]. Su gran temor es el argumento del *slippery slope*, del plano inclinado: una vez que se ha dado este primer paso, es inevitable pasar gradualmente a los otros niveles de manipulación genética en humanos.

Por el momento, esta terapia génica somática sigue siendo una técnica altamente experimental y deberá estar regulada por los criterios éticos presentes en otras terapias médicas que se encuentran en la misma situación y que hemos presentado en el capítulo relativo a este

60. Puede citarse la gran conmoción que surgió en España por el aceite de colza, la que se originó en Gran Bretaña y más recientemente en España por la enfermedad de *Jakob-Kreuzfelt, el mal de las vacas locas*. También, por la carne afectada por la dioxina...

61. ANDERSON, W. F., *El tratamiento de las enfermedades genéticas*...pp. 271-278; *Prospects for Human Gene Therapy*, en **Science** 226 (1984) 401-409; LACADENA, J. R., *Posibilidades actuales de Manipulación Genética Humana: Ciencia, Creencia, Ética y Moral*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 287-297; BELLANATO, J. y AMOR, J. R., *Bibliografía sobre ética y terapia génica humana*, en **Miscelánea Comillas** 53 (1995) 183-199; EIBACH, U., *Genmanipulationen beim Menschen*, en **Evangelische Kommentare** 22 (1989) 31-33.

62. AA. VV., *Special report: making gene therapy work,* en **Scientific American** 276 (1997) 79-103; LATCHAMAN, D. S. *From Genetics to Gene Therapy*, **Bios Scientific,** Oxford, 1984; CRYSTAL, R. G., *Transfer of genes to humans: early lessons and obstacles to successes*, en **Science** 270 (1995) 404-410.

63. RIFKIN, J., **Algeny**, Nueva York, 1983.

tema[64]. Habría que subrayar especialmente tres exigencias: que haya precedido una amplia experimentación en el laboratorio y en animales; que exista un consentimiento informado del sujeto sobre el que se va a realizar la experimentación –o un consentimiento *vicario* o sustitutivo de sus padres o tutores legales– y que los previsibles beneficios superen a los riesgos que se pueden esperar. El punto más difícil es el último, ya que no es fácil evaluar *a priori* los hipotéticos beneficios y riesgos. La situación médicamente desesperada del paciente no justifica que se le pueda aplicar cualquier terapia experimental, pero también es verdad que en tales situaciones es éticamente aceptable asumir mayores riesgos para la posible curación o alivio de su enfermedad y, también, en beneficio del mismo desarrollo de la Medicina[65]. Teniendo en cuenta todos estos factores consideramos que, en principio, la valoración ética de este tipo de terapia debe ser positiva, si bien los resultados obtenidos, a los once años de la primera aplicación, son más bien modestos[66].

b) Terapia génica germinal: se podrían realizar tres tipos distintos de intervenciones: la primera en gametos femeninos o masculinos, en sus células precursoras de los gametos (oogonias y espermatogonias) o en los órganos reproductores (ovarios y testículos); la segunda en el óvulo fecundado (cigoto) y la tercera en células de la etapa embrionaria, cuando son totipotenciales.

Hoy en día es absolutamente evidente que no es ético comenzar a aplicarla. Los avances de la Genética han sido espectaculares, pero siguen siendo muy grandes aún sus desconocimientos. Mientras no se

---

64. Cf. ARCHER, L., *Terapia génica humana*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Biotecnología**…pp. 123-142; BROVEDANI, E., *Verso la Terapia Genica Umana*, en **Aggiornamenti sociali** 39 (1988) 591-611; LACADENA, J. R., *Terapia Génica: Consideraciones éticas*, en **Razón y Fe** 225 (1992) 510-520; SCHWARKE, C., *Genetik und Menschenwürde. Beobachtungen zur Diskussion um ethische Probleme der somatischen Gentherapie*, en **Zeitschrift der evangelischen Theologie** 38 (1994) 31-40.

65. BÖCKLE, F., *Biotécnica y Dignidad Humana*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 320-324; SCHOCKENHOFF, E., *Gentechnologie und Menschenwürde*, en **Stimmen der Zeit** 207 (1989) 116-128.

66. BOUCHER, R. C., *Current status of CF gene therapy*, **Trends in Genetics** 12 (1996) 81-84; CAPLAN, N. J. – ALTON, E. W., *Gene therapy for cystic fibrosis*, en **Chemistry and Industry** 8 (1996) 290-292; WAGNER, J.A. – GARDNER, P., *Towards cystic fibrosis gene therapy*, en **Annual Review of Medicine** 48 (1997) 203-216; DICKSON, G., *Gene therapy of Duchenne muscular dystrophy*, en **Chemistry and Industry** 8 (1996) 294-297; FASSATI, A. et al., *Gene therapy of Duchenne muscular dystrophy*, en **Advances in Genetics** 35 (1997) 117-149; VILE, R. G. *Gene therapy for treating cancer: hope or hype?*, en **Chemistry and Industry** 8 (1996) 285-289.

conozcan los *loci* –o situación de los distintos genes en los cromosomas y sus mecanismos de expresión, es indiscutible que no se pueden asumir los riesgos que esta técnica conllevaría. Para que un gen se manifieste adecuadamente es fundamental que se encuentre en su propio lugar. Por todo ello, realizar hoy una terapia génica en las células germinales de humanos, con la finalidad de que los embriones no estén afectados por anomalías genéticas, equivale a una "*ruleta rusa*" de consecuencias imprevisibles para el nuevo ser. En la circunstancia actual y privando a la expresión de su contenido quizá grandilocuente, se puede seguir hablando de la "*inviolabilidad del genoma humano*"[67] o de la exigencia de que cada nuevo ser humano reciba una dotación genética que no haya sido manipulada[68].

La situación se modificará cuando se avance mucho más en la terapia somática y la finalización del proyecto genoma aporte mucho mayor conocimiento de la genética humana. En tal situación podría intentarse curar las células germinales portadoras de anomalías genéticas o bien los cigotos o los embriones de pocas células. Se argumentaría en favor de esta terapia génica por el hecho de que posibilitaría la curación de una anomalía que iba a afectar gravemente al futuro ser humano. Esta posibilidad aparece apoyada por algunas afirmaciones eclesiales antes mencionadas[69].

Sin embargo, surge también el interrogante de si, de acuerdo con el principio de justicia y la necesidad de optimizar la distribución de los siempre limitados recursos sanitarios, es éticamente aceptable el recurso a una terapia siempre costosa y sofisticada, que necesariamente será aplicada en muy pocos casos y cuyas consecuencias, especialmente al principio, serán altamente problemáticas. En esos inicios la ciencia estará siempre abierta a la posibilidad de recurrir al aborto, si el experimento no funciona adecuadamente. Habría, además, que tener en cuenta que las consecuencias podrían manifestarse después del nacimiento. Por otra parte y dado el gran desarrollo de la tecnología de la repro-

---

67. MAYOR ZARAGOZA, F., *Inviolabilidad del Genoma Humano, Derecho fundamental*, en FUNDACIÓN VALENCIANA DE ESTUDIOS AVANZADOS, **Biología, Desarrollo Científico y Ética**, Valencia, 1986, 48.

68. ANDERSON, W. F., *La Terapia de genes humanos: ¿por qué señalar unos límites?*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 298-302; *Gene Therapy in Human Beings: When is it Ethical to Begin?*, en **New England Journal of Medicine** 303 (1980) 1293-1297; ANDERSON, W. F., y FLETCHER, J. C., *Human Gene Therapy: Scientific and Ethical Considerations*, en **The Journal of Medicine and Philosophy** 10 (1985) 275-291.

69. Cf. GAFO, J., **Problemas éticos**... pp. 161-172.

ducción asistida y su amplia aceptación social, ¿tiene sentido recurrir a la terapia génica, cuando la donación de gametos o embriones es económicamente menos costosa y conlleva riesgos muy inferiores? El deseo de la comunidad científica en entrar en este terreno, ¿se debe a un verdadero interés terapéutico hacia los embriones humanos o, más bien, al interés científico de esta nueva vía de investigación? Además, dada la urgente necesidad de "*racionamiento*" de los recursos sanitarios, nos parece que no está éticamente justificado, en la práctica, el recurso a la terapia génica germinal[70].

c) Manipulación genética perfectiva y eugénica: tratamos conjuntamente estas dos posibilidades futuras de aplicación de la nueva tecnología genética al ser humano. En los dos casos, se ha traspasado ya la frontera de lo meramente terapéutico, aunque no es fácil esa delimitación, dadas las imprecisiones que rodean a los conceptos de salud y de enfermedad. Precisamente el ejemplo clásico de una manipulación genética perfectiva es el aumento de talla –y tener una estatura baja no es en principio una enfermedad, pero puede originar fuerte sufrimiento en la persona que lo padece. **W. F. Anderson** sitúa la frontera de lo éticamente permitido en el nivel terapéutico y considera inaceptable saltar a los dos niveles perfectivo o eugénico[71].

Tampoco es claro qué es lo que diferencia lo perfectivo de lo eugénico. Para el citado **Anderson**, la manipulación perfectiva se situaría en la mejora de ciertos caracteres considerados deseables, mientras que la eugénica afectaría a su aplicación masiva a determinados sectores sociales, tal como se intentó hacer en la historia de la Eugenesia[72], y a la modificación de factores genéticos relacionados con el psiquismo humano –algo que para **L. Archer** "quizá nunca será posible"[73]. Otros autores reproducen aquí la misma distinción entre lo somático y lo ger-

70. GAFO, J., *Cinco años de terapia génica*, **ABC Cultural**, 2 de junio de 1995; **Ética y Legislación**... pp. **263-264**; FEITO, L., **Nuevos Interrogantes para la ética actual: el desafío de la terapia génica humana**, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1994 (Tesis Doctoral); **El sueño de lo posible. Bioética y terapia génica**, Madrid, 1999.

71. ANDERSON, W. F., *Human Gene Therapy. Why draw a line?*, en **The Journal of Medicine and Philosophy** 14 (1989) 681-693; HOOSE, B., *Gene Therapy: Where to Draw the Line*, en **Human Gene Therapy** 1 (1990) 299-306; KEENAN, J. F., *What is Morally New in Genetic Manipulation*, en **Ib**., 289-298.

72. Sobre Eugenesia, cf. GRACIA, D., *Historia de la Eugenesia*, en GAFO, J. (Ed.), **Consejo Genético: Aspectos biomédicos e implicaciones éticas**, Madrid, 1994, 13-34; GAFO, J. **La Eugenesia: una problemática moral reactualizada**, Madrid, 1985. Ver también HUXLEY, J., **Eugenics and Society**, Nueva York, 1948.

73. ARCHER, L., *Terapia génica...* pp. 141-142.

minal: la manipulación genética perfectiva mejoraría rasgos deseables de un individuo ya existente, mientras que la eugénica modificaría, con ese mismo fin, a las futuras generaciones, puesto que se trata a las células germinales.

La misma dificultad, que brota del principio de justicia y de la necesidad de una justa distribución de los recursos sanitarios expuesta en el apartado anterior, sería aplicable *a fortiori* a estas situaciones. Además, no deberían olvidarse las enseñanzas provenientes de la historia: cuando se han promovido políticas eugénicas, se han considerado favorables los caracteres asociados a los grupos sociales dominantes y se ha tendido a devaluar a los de los grupos considerados marginales[74]. Si alguna vez estas manipulaciones genéticas fuesen posibles, habría que preguntar quién selecciona los caracteres genéticos deseables, cuáles serían esos valores y a qué sectores sociales o a qué personas se aplicarían las citadas manipulaciones perfectivas o eugénicas. También debe subrayarse, como lo hacemos en el capítulo dedicado a la clonación, el "derecho" de cada hombre a ser él mismo y a no venir al mundo programado por los deseos o expectativas de los padres o de la sociedad. Quizá nunca será posible "el niño a la carta" –seleccionado en relación a ciertos caracteres genéticos deseables– y al que se refería **J. Testart**, pero, en todo caso, sería contrario a la exigencia ética de irrepetibilidad y unicidad de cada ser humano[75].

5. Problemas éticos relacionados con el Proyecto Genoma Humano

McKusick ha comparado el PGH con la obra de Vesalio, *De fabrica humani corporis (1543)* que sirvió de base a la fisiología de Harvey y fue el fundamento de la Anatomía Moderna. De forma similar y a pesar de la variabilidad de las poblaciones humanas, el PGH va a ser la base de la medicina del futuro. Watson ha escrito (1990): "Nunca se encontrará un conjunto de libros de instrucción más importante. Cuando sean finalmente interpretados, los mensajes genéticos codificados dentro de nuestro ADN nos proporcionarán las últimas respuestas a los cimientos químicos de la existencia humana. No solamente nos ayu-

74. KEVLES, D. J., *Out of Eugenics: The Historical Politics of the Human Genome*, en KEVLES, D. J. y HOOD, L. (Eds.),**The Code of Codes. Scientific and Social Issues in the Human Genome Project**, Cambridge, Massachussetts/Londres, Inglaterra, 1993, 3-36 (esp. 6-11); KEVLES, D. **In the Name of Eugenics: Genetics and the Use of Human Heredity**, Nueva York, 1985.

75. TESTART, J., **El embrión trasparente**, Barcelona, 1988, 23.

darán a comprender cómo funcionamos como seres sanos, sino que también nos explicarán, a nivel químico, el papel de los factores genéticos en una multitud de enfermedades –como el cáncer, la enfermedad de Alzheimer y la esquizofrenia– que disminuyen la calidad de vida individual de millones de personas". En el desarrollo del PGH se tuvo pronto la conciencia de los serios problemas éticos y jurídicos implicados, dedicándose un presupuesto importante (3-5% del total) para estudiar de forma interdisciplinar las implicaciones éticas, sociales y legales de sus resultados: el llamado "apartado *ELSI*": *Ethical, Legal and Social Implications.*

Una consecuencia de la finalización de este *megaproyecto* es lo que **A. Jonsen** califica como *Medicina Genómica*, una praxis sanitaria que avanzará de forma muy significativa en el pronóstico de enfermedades que el individuo puede padecer en un futuro incluso no próximo[76]. En efecto, aportará innovaciones drásticas en la diagnosis, prognosis y terapia clínica. Nos hablará de riesgos y de certezas y podrá alterar la relación médico-enfermo. Al mismo tiempo, la familia pasará de ser comunidad de apoyo, a convertirse en comunidad de personas afectadas, portadoras de riesgo. Tendrá igualmente un impacto significativo en las decisiones reproductoras. El paciente será menos visto como individuo y más como "unidad de población".

Además, otra consecuencia será que la intimidad biológica del individuo podrá ser conocida tras la extracción de unas gotas de sangre y la utilización de los llamados marcadores genéticos: podrá saberse, por ejemplo, si un individuo está predispuesto a padecer una enfermedad tan grave como el *Chorea de Huntington* o si tiene una especial predisposición para sufrir cáncer de colon o de mama. Se podrá conocer el futuro antes de que se presenten los síntomas, sin que exista una terapia eficaz. De esta forma surgirá una nueva categoría, que **Jonsen** califica de *in-patients*: personas que pueden entrar en el mundo clínico, pero no ser curados Sin embargo, en este punto se debe actuar con gran rigor: en la inmensa mayoría de las enfermedades hereditarias no se trata de una causalidad genética precisa, sino que depende de factores ambientales o del régimen de vida de la persona. Si una determinada variante de un gen responsable del *síndrome de Alzheimer*

76. JONSEN, A.R., *El impacto del cartografiado del genoma humano en la relación paciente-médico,* en AA. VV., **Proyecto Genoma Humano: Ética**, Bilbao, 1993, 229-239; LACADENA, J. R., *El proyecto genoma humano y sus derivaciones*…pp. 95-121.

es la causa de que una persona tenga un riesgo cuatro veces superior de padecer esa gravísima enfermedad, ello no significa que tal individuo la vaya en efecto a padecer[77].

La posibilidad de poder determinar ciertas anomalías genéticas, aun en el supuesto de que no se pueda asegurar su expresión posterior, puede originar que la persona portadora de un gen deletéreo se autoexperimente como si llevase sobre sí un estigma genético y, lo que es más grave aún, que otras personas pueden considerar que el portador está estigmatizado. Por otra parte, el desarrollo y la finalización del proyecto genoma humano proporcionarán conocimientos importantes sobre el diagnóstico y pronóstico de las personas, pero tendrán muy pocas posibilidades terapéuticas sobre las anomalías genéticas reconocidas. El mismo **Jonsen** hacía referencia al *nihilismo terapéutico* de la Medicina del siglo XIX y que se actualizaría al finalizar el proyecto genoma, respecto de las anomalías genéticas. Muy probablemente no será breve el espacio de tiempo necesario para poder actuar terapéuticamente sobre las anomalías genéticas diagnosticadas. En alguna forma se repetirá en este campo lo que ha acontecido en relación con el SIDA: una enfermedad, a la que acompaña un grave estigma moral y ante la que tampoco existían terapias curativas.

John Fletcher[78] presenta un listado de los problemas que se plantearán como consecuencia de los conocimientos aportados por el PGH:

1. Igualdad de oportunidades. Preferencia hacia los pacientes de riesgos más altos.
2. Libertad de elección sobre aborto o seguir adelante con el embarazo.
3. Confidencialidad, aunque no absoluta (terceros afectados).
4. Privacidad. Evitar discriminación en trabajo y pólizas de vida o enfermedad.
5. A quién y cómo informar sobre datos genéticos.
6. Diagnóstico prenatal por la salud del feto.
7. Políticas de prueba diagnóstica voluntaria u obligatoria.
8. Asesoramiento genético no-directivo.

---

77. GAFO, J., *Problemas éticos del proyecto genoma humano*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Biotecnología**…pp. 203-226.

78. FLETCHER, J., *Ética y genética humana una vez cartografiado el genoma humano*, en AA. VV., **Proyecto Genoma Humano: Ética**... pp. 287- 297.

Por todo ello es cierto que esta penetración en el conocimiento de la base genética de las personas puede tener graves consecuencias para el propio interesado, especialmente en los **ámbitos laboral y de los seguros**[79]. Un estudio previo de los aspirantes a un determinado trabajo puede excluir a esas personas de ciertos puestos de empleo o hacer que las primas de los seguros se eleven de forma muy sustantiva, incluso que no tengan la posibilidad de suscribir una póliza de seguro de vida o de enfermedad[80]. Por tanto y, dado que los análisis del genoma del individuo penetran en la intimidad biológica más profunda de la persona, deberán hacerse siempre en beneficio del interesado, con el más estricto consentimiento informado del mismo y evitando las discriminaciones antes citadas. En las reflexiones éticas sobre las consecuencias de la finalización del proyecto genoma existe plena unanimidad en afirmar estas exigencias éticas, que constituyen la aplicación de los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia a esta situación. Además, deberá urgirse la más estricta confidencialidad de los resultados conseguidos mediante el análisis del genoma. La puesta en practica de esas exigencias éticas dependerá de las regulaciones jurídicas que eviten rigurosamente que se puedan realizar análisis del genoma del individuo sin su más estricto consentimiento, y que se articulen mecanismos para que no creen graves discriminaciones entre las personas afectadas[81].

Otro problema que puede plantearse en relación con la finalización del proyecto genoma humano es el del **diagnóstico prenatal preimplantatorio**[82]. Será posible en un embrión de pocas células tomar una de ellas –un blastómero–, tal como dijimos en relación con la elección de sexo[83], y el estudio de esa única célula, tras la finalización del proyecto genoma y el desarrollo de los marcadores genéticos,[84] permitirá

79. GAFO, J**., Ética y Legislación**… pp. 270-275.

80. MÜNK, H., Genomanalysen im Versicherungs- und Gerichtswesen. Ethische Überlegungen zu zwei Problemkreise des "genetisch gläsernen Menschen", en **Stimmen der Zeit** 118 (1993) 34-44.

81. Romeo Casabona sugiere que la mera identificación de la predisposición a contraer una enfermedad, pero no de la enfermedad en sí, no debería ser un elemento suficiente para variar las condiciones del contrato: ROMEO CASABONA, C., *El Proyecto Genoma Humano: Implicaciones Jurídicas*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Biotecnología**... pp. 167-201.

82. VERLINSKY, Y. y KULIEV, A. (Eds.), **Preimplantation Genetics**, Chicago, 1991.

83. GAFO, J., *Problemas éticos del proyecto*... pp. 213-220.

84. ENG, C. y VIJG, J., *Genetic testing: the problems and the promise*, en **Nature Biotechnology**, 15 (1997) 422-426; EGOZCUE, J., *Diagnóstico preconcepcional y preimplantatorio* en ROMEO CASABONA, C. M., **Genética Humana. Fundamentos para el estudio de los efectos sociales de las investigaciones sobre el genoma humano**, Bilbao, 1995, 105-113.

determinar la presencia de genes anómalos y el desarrollo de una eugenesia negativa, es decir, la eliminación de los embriones con dotación genética anómala, aunque su curso de aparición pueda ser tardío y contingente, dependiente de la forma de vida de la persona y de factores ambientales[85]. Incluso podría abrirse la posibilidad de una eugenesia positiva, la de poder buscar en esos embriones caracteres genéticos considerados favorables. De esta forma, podría caminarse hacia "el niño a la carta" y podrían también plantearse todos los interrogantes mencionados en relación con la manipulación genética eugénica. Las razones allí apuntadas y el respeto debido a la incipiente realidad humana embrionaria nos llevan a dar un juicio ético negativo sobre esta forma de diagnóstico, aunque probablemente será aceptada por ciertos sectores sociales en relación con la práctica del aborto por indicación fetal en aquellas personas que tienen probabilidad de trasmitir factores genéticos negativos[86].

Uno de los temas más discutidos en relación con el PGH es el de la patentabilidad de los genes humanos, cuya secuencia pueda ser leída[87]. Amplios sectores de la comunidad científica creen que no se debe permitir ya que los genes son "patrimonio de la naturaleza humana". Sin embargo, existe una gran presión económica que reclama los legítimos beneficios, provenientes de las patentes, como estímulo y consolidación de la investigación.

Indiscutiblemente, la secuencia total o parcial de genes podría ser acreedora de los derechos que se derivaran en la obtención de fárma-

---

85. Según la información de la que disponemos, se está comenzando a realizar en España el diagnóstico prenatal preimplantatorio en los siguientes casos: *fibrosis quística, beta-talasemia*, enfermedades de *Lesch-Nyhan* y de *Tay Sachs* y la *distrofia muscular de Duchenne*, además de en las anomalías cromosómicas o en las enfermedades ligadas al sexo. Ver igualmente la tesis doctoral de LÓPEZ MENDÍA, J. P., **Problemas éticos del diagnóstico preimplantatorio**, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1996.

86. JONAS, H., *Technik, Ethik und Biogenetische Ethik*, en FLÖHL, R. y THEILE, U. (Eds.), **Genforschung**...?, p. 9; GAFO, J., *El nuevo "homo habilis"*, en GAFO, J. (Ed.), **Fundamentación de la Bioética**... pp. 217-232.

87. Otro problema ético suscitado por el proyecto genoma es el de la legitimidad de las patentes de las secuencias de ADN ya leídas. Ver LACADENA, J. R., *Patentes de genes humanos*, en **Bioètica & Debat** 6 (1996) 1-6; *Consideraciones éticas en torno al progreso de la Genética Humana,* en **Los retos de la biotecnología**, Fundación CEFI, Madrid 1996, 166-191; *Bioética, gratuidad del organismo y patentabilidad de los genes humanos* en **Moralia** 20 (1997) 441-462. Ver igualmente: www.cnice.mecd.es/tematicas/genetica/index.html. Se entiende por patente "una concesión, por el Estado, de deberes y derechos exclusivos por un tiempo limitado respecto a una invención nueva y útil: GARCÍA LÓPEZ, J. L., *Problemas éticos de las Biopatentes*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Biotecnología**... p. 77; GAFO, J., *Hacia un nuevo derecho del ser viviente*, en GROS, F., **La ingeniería de la vida**... pp. 185-195.

cos, puesto que ese conocimiento permite inferir la proteína (o parte de ella) para la que la secuencia codifica. Se puede determinar el lugar del organismo donde actúa tal proteína y contrarrestar o suplir su efecto con el fármaco adecuado. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que la comercialización de un fármaco puede tardar 10-12 años y tiene un coste de inversión de 400 millones de dólares o más. De ahí el interés de proteger las investigaciones mediante patentes.

Muchos expertos afirman la no patentabilidad *per se* de las secuencias de ADN humano, ya que se puede impedir el acceso al conocimiento de la base genética del mundo natural, indispensable para la creatividad investigadora y porque consideran que las patentes retardan el progreso científico. Pero la realidad es contraria: si se mantienen ocultos los resultados de las investigaciones, por no estar protegidos por las patentes, el progreso científico sería aún más lento[88].

La tormenta estalló el 20 junio 1991, cuando **Craig Venter** de los *NIH* presenta en la Oficina de Patentes USA la solicitud para patentar 337 nuevos genes humanos, que había secuenciado a través de los *ARN mensajeros* aislados de células humanas. En febrero de 1992 anunciaba la identificación de 2.375 genes que se expresan en células del cerebro. Posteriormente, **Venter** abandona los *NIH* y comienza a dirigir *The Institute for Genomic Research, TIGR*, laboratorio privado sin ánimo de lucro, pero relacionado por lazos complejos con una empresa lucrativa, *Human Genome Sciences (HGS*) y ambos, a su vez, ligados con *SmithKline Beecham*. *TIGR* y *HGS* obtuvieron ya en 1995 174.472 secuencias procedentes de 37 tejidos diferentes. **Venter** ofreció compartir sus datos con universidades e instituciones no lucrativas, siempre que firmasen un contrato por el que se comprometieran a respetar los derechos de propiedad y a proporcionar con antelación las publicaciones relevantes derivadas de los datos.

Es importante subrayar que para que una invención biotecnológica, o de otro tipo, pueda patentarse se requieren tres condiciones: a) debe ser novedosa; b) no debe ser obvia; c) debe tener alguna utilidad. Los trabajos de **Venter** podían cumplir las dos primeras condiciones, pero la mayor dificultad para aceptar su solicitud de patentes estaba en el requisito c): es decir, al menos ahora, se desconoce para qué sirven los genes identificados. Por eso la *Oficina de Patentes* USA rechazó la petición. Los NIH la volvieron a solicitar, aunque más tarde su Director, el Nóbel **H. Varmus**, decidió no apelar la decisión.

88. LACADENA, J. R., *El Proyecto Genoma Humano y sus derivaciones* …pp. 116-120.

Hay científicos, como **Venter**, que argumentan que patentar genes humanos no equivale a patentar materia viva[89], ya que poner un conjunto de genes en un tubo de ensayo no engendra vida y los genes no son sino un fragmento de ADN que se puede sintetizar en el laboratorio. Por ello, se trataría simplemente de patentar una molécula química, lo que es perfectamente posible: "El ADN no es vida". Los genes no son materia viva y patentar un gen humano no equivale a patentar vida, ya que aunque pudieran clonarse (e incluso patentarse) todos los genes del ser humano, sería imposible reconstruirle a partir de sus genes.

Por el contrario, es frecuente la afirmación de que las patentes de secuencias atentan realmente contra la dignidad humana o contra la inviolabilidad del patrimonio genético de la humanidad. **Lacadena** se opone a esta posición, ya que, a diferencia de lo que sería patentar un ser humano completo, como se han patentado bacterias o ratones, "patentar un gen humano puede no significar más que patentar un procedimiento de obtención de ciertos fármacos"[90]. Por ello, cree que debe evitarse la sacralización del genoma humano. Habría, además, que tener en cuenta que lo que se está secuenciando no son genes completos, sino sólo una parte, los llamados *exones*, las secuencias de genes que se expresan originando proteínas.

Hay autores que consideran que la secuencia de un gen humano puede ser patentada, una vez que se conozca su función y puede ser integrada en un proceso (por ej. un *test* diagnóstico) o un producto (un medicamento). Recuerdan que entre 1981 y 1995 se concedieron 1.175 patentes mundiales de secuencias de ADN humano, con distintos fines y que las Oficinas de Patentes de USA, Japón y Europa (EPO) tienen un gran número de patentes[91]. Por ello se arguye que "si patentar la secuencia de un gen humano es intrínsecamente malo, porque la secuencia es 'propiedad de la naturaleza humana', entonces tan contrario a la ética sería patentar... las 1.175 patentes ya existentes y aceptadas por las Oficinas de Patentes de Estados Unidos, Europa y Japón"[92].

Este tema fue abordado por la ya citada *Convención Europea de los Derechos Humanos y la Biomedicina*, que en el Artículo 21 afirma: "El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro". Sin

89. Cf. VENTER, J. C., *La patentabilidad de los descubrimientos genéticos*, en **El Derecho ante al Proyecto Genoma Humano**, Vol. II, Bilbao, 1994, 131-132.

90. LACADENA, J. R., *Patentes…*

91. THOMAS, S. M. et al., *Ownership of the human genome*, en **Nature** 380 (1996) 387-388; EISENBERG, R. S., *Patent Rights in the HGP*, en ANNAS, G.J. y ELIAS, S. (Eds.), **Gene Mapping: Using Law and Ethics as Guides**, Nueva York, 1992, 226-245.

92. LACADENA, J. R., *Patentes…*

embargo, el *Convenio de Bioética* no menciona el problema de las patentes de genes humanos, ya que ese tema se remite a la Directiva del Parlamento y del Consejo "relativa a la protección jurídica de las invenciones biotecnológicas". De forma similar, la *Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos* no contiene referencias expresas a las patentes de genes humanos, por la oposición de algunos países que no hubieran suscrito la Declaración, si se hubiesen prohibido las patentes de genes.

También hay que hacer referencia a la *Directiva del Parlamento Europeo y el Consejo "relativa a la protección jurídica de las invenciones biotecnológicas"* (julio 1998), que afirma en el Art. 3, apartado 1: "A efectos de la presente directiva, serán patentables las *invenciones nuevas* que impliquen *actividad inventiva* y sean susceptibles de *aplicación industrial*, aun cuando tengan por objeto un producto que esté compuesto o que contenga materia biológica o un procedimiento mediante el cual se produzca, transforme o utilice materia biológica". Según **Lacadena**, la Directiva defiende la patentabilidad de los genes cuando, conocida su función, puedan ser integrados en un proceso (por ej. un test diagnóstico) o un producto (un medicamento). Además, en el Art. 5, Apartados 2 y 3, dice lo siguiente: "Un elemento aislado del cuerpo humano u obtenido de otro modo mediante un procedimiento técnico, *incluida la secuencia parcial de un gen*, podrá considerarse como una invención patentable, aun en el caso de que la estructura de dicho elemento sea idéntica a la de un elemento natural".

En el tema de las patentes reaparece el riesgo de neocolonialismo de los países técnicamente desarrollados, que antes hemos apuntado. Otras veces he argumentado que, si la finalización del PGH va a significar el surgimiento de una Medicina nueva, la genómica, debería evitarse que los costes de las patentes imposibilitasen el acceso de los países pobres a este tipo de Medicina. Pero éste es un tema que no se refiere en sí mismo al problema teórico de las patentes del ADN humano, ya que puede aplicarse igualmente a otros fármacos no conseguidos mediante los conocimientos derivados del PGH –piénsese, por ejemplo, en el actual tratamiento anti-sida.

Creemos que deben evitarse esas expresiones tan genéricas como la de "la inviolabilidad del genoma humano". Una consecuencia de los avances de la Genética es que se ha operado una "desacralización" de los genes humanos; se ha adquirido conciencia de que es mínimo el porcentaje que nos diferencia de los otros primates y compartimos mucho ADN con especies bien distantes en el árbol filogenético. Sin

duda, el principio de justicia y la llamada a la solidaridad deben estar presentes en las aplicaciones del PGH, pero no creemos que el ADN humano puede considerarse como un especial santuario en el que no pueda introducirse la Genética. En ese sentido, creemos que lo que afirmó Juan Pablo II con motivo del *Centenario de Mendel*, y que antes hemos citado, es coherente con esa nueva concepción del ADN humano. Sí nos parece exigible, con el fin de evitar una acumulación de patentes, que únicamente se pueda realizar en el caso del ser humano, tal como lo afirma la *Directiva* europea, cuando se incluye un proceso de aplicación práctica, sin que baste con la mera secuenciación. Estamos de acuerdo con la afirmación de **Lacadena** de que lo fundamental en la valoración ética es si esas patentes atentan contra la dignidad, la libertad, la integridad física o la vida humanas. Dado que no se perciben razones para afirmar eso, "habría que aceptar como ética la patentabilidad de los genes humanos".

Consideramos que el proyecto genoma humano constituye un avance positivo de la Genética con importantes repercusiones en la praxis médica. Conocer la base genética de la que se originan las enfermedades hereditarias es un cauce necesario para proceder a su terapia posterior. Volvemos a insistir en la necesidad de rigor en este tema: la mayoría de las veces poseer un factor genético negativo significa que existe una mayor probabilidad para desarrollar una enfermedad, pero no conlleva que necesariamente se vaya a padecer. No se va a tratar de una "predicción", sino de constatar la existencia de una "predisposición". Por ello, ese conocimiento genético puede ser muy importante para su ulterior prevención y para el desarrollo de los controles adecuados. Pero estamos también, porque todo desarrollo tecnológico es necesariamente ambiguo, ante un progreso que puede ser utilizado de forma deshumanizada. De ahí la urgencia en el respeto a los valores éticos y el desarrollo de los cauces jurídicos pertinentes para evitar, incluso con importantes sanciones penales, su mal uso y los inevitables riesgos de abuso.

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., *Ingeniería genética al servicio de la persona,* en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214 (n.º monográfico).

AA. VV., **El Proyecto Genoma Humano**, Valencia, 1990.

AA. VV., **Proyecto Genoma Humano: Ética**, Bilbao, 1993.

AA. VV., **El derecho ante el Proyecto Genoma Humano**, Vol II. Bilbao, 1994.

AA. VV., en SINGER, P., KUHSE, H., BUCKLE, S., DAWSON, K. y KASIMBA, P. (Eds.), **Embrio experimentation. Ethical, legal and social issues**, Cambridge/Nueva York, 1990.

BELLANATO, J. y AMOR, J. R., *Bibliografía sobre ética y terapia génica humana*, en **Miscelánea Comillas** 53 (1995) 183-199.

CHERFAS, J., **Introducción a la Ingeniería Genética**, Madrid, 1984.

FEITO, L., **El sueño de lo posible. Bioética y terapia génica humana**, Madrid, 1999.

GAFO, J. (Ed.), **Consejo Genético: Aspectos biomédicos e implicaciones éticas**, Madrid, 1994.

GAFO, J. (Ed.), **Ética y Biotecnología**, Madrid, 1993.

GAFO, J., **Problemas éticos de la manipulación genética**, Madrid, 1992.

GAFO, J. (Ed.), **Aspectos científicos, jurídicos y éticos de los transgénicos**, Madrid, 2001.

GRACIA, D., *Problemas filosóficos de la Ingeniería Genética*, en AA. VV., **Manipulación genética y Moral Cristiana**, Madrid, 1992, 73-98.

JONSEN, A. R., *Splicing life: Genetics and Ethics*, en **The Birth of Bioethics**, Nueva York/Oxford 1998, 166-195.

KUHSE, H. y SINGER, P. (Eds.), **Bioethics. An Anthology**, Oxford, 1999, 155-164

LACADENA, J. R., *Terapia Génica: Consideraciones éticas*, en **Razón y Fe** 225 (1992) 510-520.

LACADENA, J. R., **Genética y bioética**, Bilbao, 2002.

LÓPEZ AZPITARTE, E., *Ingenieria Genética: Posibilidades Técnicas y Problemas Éticos*, en **Labor Hospitalaria** 21 (1989) n.º 214, 310-314.

MORETTI, J. M. y DINECHIN, O. DE, **El desafío genético**, Barcelona 1985.

PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS ON MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, **Splicing Life: The Social and Ethical Issues of Genetic Engineering with Human Beings**, Washington, D. C., 1982.

SHAPIRO, R., **La impronta humana**, Madrid, 1993.

TESTART, J., **El embrión trasparente**, Barcelona, 1988.

CAPÍTULO DECIMOSEXTO

EL SIDA

I. DATOS CIENTÍFICOS EN RELACIÓN CON EL SIDA

La irrupción del SIDA ha causado una verdadera sorpresa sanitaria[1]. Mientras la medicina avanzaba de forma espectacular y se consideraba que ciertas enfermedades estaban a punto de ser erradicadas –como lo muestra la polémica sobre la destrucción del agente causante de la viruela– aparece inopinadamente una enfermedad nueva ante la que la ciencia médica tiene que reconocer, durante muchos años, que carece de un tratamiento verdaderamente eficaz y de una vacuna que pueda prevenirla, a pesar de los grandes avances conseguidos desde su primera descripción en 1981. Las pestes o epidemias, que parecían ser ya únicamente una página de nuestro pasado histórico o un residuo que permanecía en los países con insuficientes recursos sanitarios, han vuelto a reactualizarse con una verdadera *pandemia*, que afecta a casi todos los países del mundo[2].

---

1. La primera noticia apareció en la revista de los Centros de Control de Enfermedades de USA (CDC); GOTTLIEB, M. y WEISMAN, J., en **Morbidity and Mortality Weekly Report**, 5 de junio de 1981; GOTTLIEB, M. et al., *Pneumocystis Carinii and Mucosal Candidiasis in Previously Healthy Homosexual Men* en **New England Journal of Medicine** 305 (1981) 425-431.

2. MANN, J., TARANTOLA, D. J. M. y NETTER T. W. (Eds.), **AIDS in the World. A Global Report**, Cambridge/Londres, 1992.

La *Organización Mundial de la Salud* considera que se han registrado en el mundo desde el inicio de la *pandemia* 1.300.000 casos de SIDA, aunque el número real es ciertamente muy superior: 7.700.000, según la misma OMS[3]. Si el SIDA fue considerado en sus primeros casos –y de ahí su inicial gran impacto– como una enfermedad que afectaba al mundo desarrollado, aunque enseguida se constató la gravedad de la situación africana, hoy hay que considerarla ya como una enfermedad que afecta mayoritariamente a los países más pobres[4]. De acuerdo con los datos de la *OMS*, el 64% de las infecciones se da en el Africa Subsahariana, 7% de los seropositivos se encuentran en Latinoamérica y el 22% en el sur y sureste asiático. En USA se da casi el 4%, mientras que algo más del 2% vive en Europa Occidental. Las restantes zonas del mundo se sitúan por debajo del 1%. Hay que tener en cuenta, además, que "el 90% de los casos mundiales de SIDA van a aparecer en el curso de los próximos años en los países en vías de desarrollo"[5].

Las cifras sobre el número de casos de SIDA y de infecciones con el VIH son extraordinariamente variables con el paso del tiempo, pero es significativa la tendencia: todos los indicadores apuntan en la dirección de que va a constituir una verdadera tragedia en el presente siglo XXI, en que el número de casos podría multiplicarse por tres o cuatro[6]. Al comienzo de este tercer milenio puede haber 15 millones de infectados en Africa, 10 millones en el Sureste asiático, 3,5 en Latinoamérica y solamente 1,5 en los países industrializados[7].

---

3. Cf. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Weekly Epidemiological Record* 71 (5 de julio de 1996) 205-208. Según este informe, el número de infectados por el VIH en julio de 1996 era de 25,5 millones de adultos y 2,4 millones de niños. De ellos viven actualmente 21,8 millones; para datos algo más recientes cf. MANN, J. M. y TARANTOLA, D. J. M., *Panorámica del sida en 1998*, en **Investigación y Ciencia** n.º 264 (septiembre, 1998) 58-59.

4. Cf. GAFO, J. y BRAS, A. L., **Sida y Tercer Mundo**, Madrid, 1998.

5. MONTAGNIER, L., **Sobre virus y hombres. La carrera contra el SIDA**, Madrid, 1995, 211-212.

6. COMISIÓN SOCIAL DEL EPISCOPADO FRANCÉS, **SIDA, la sociedad en cuestión**, Madrid, 1996, 7.

7. La situación española es la más grave dentro de Europa. España se sitúa en el segundo lugar, detrás de Francia y delante de Italia, en el número absoluto de casos registrados –habiendo ya superado la cota de los 35.000 enfermos. Pero en el número de casos por millón de habitantes, España ocupa el primer lugar por delante de Francia y Suiza. Como ya se sabe, en España la enfermedad afecta sobre todo a los consumidores de drogas por vía endovenosa, en torno al 65% del total, a diferencia de lo que acontece en otros países europeos, con la excepción de Italia, en donde afecta mayoritariamente a personas con comportamientos homo- y bisexuales. Otro grave aspecto de la situación española es la elevada incidencia del SIDA pediátrico.

Nos parece importante, antes de entrar en la problemática ética suscitada por el SIDA, subrayar algunos aspectos de esta enfermedad que van a tener incidencia en la valoración ética[8]:

1. El SIDA es una enfermedad que tiene una **connotación moral**, básicamente como consecuencia del estigma que pesa sobre las personas que mayoritariamente la padecen: los homosexuales y los drogadictos[9]. Es verdad que, al mismo tiempo, es una enfermedad que cuenta con grandes ayudas sociales –quizá ninguna enfermedad cuenta con un apoyo tan fuerte en los medios de comunicación y son muy importantes los recursos sanitarios dedicados a ella[10]– pero no se puede negar la situación de marginación que padecen los enfermos o los afectados por el VIH. A diferencia de otras enfermedades, los casos de SIDA suelen permanecer en el ámbito de los secretos celosamente guardados por los afectados o por sus familias.

2. Es frecuente hablar de **"grupos de riesgo"**, en relación con las personas que padecen la enfermedad (se habló de la enfermedad de "las tres `h´", homosexuales, heroinómanos y hemofílicos). En los estudios epidemiológicos sobre la enfermedad sigue vigente ese concepto de grupo de riesgo; sin embargo, debería sustituirse ese término por el de **"comportamiento de riesgo"**, ya que, por ejemplo, hay homosexuales que evitan tales comportamientos peligrosos, al mismo tiempo que las relaciones heterosexuales pueden conllevar importantes peligros de contagio –este cauce es muy importante en la trasmisión del VIH en Africa y en los últimos años es la causa del contagio, incluso por encima del 10% de casos, en Occidente. El término de "grupo de riesgo" acentúa el estigma que ya recae sobre los homosexuales y drogadictos

8. Para los datos científicos contenidos en este apartado, me guío básicamente por DeVITA, T., Jr., HELLMAN, S. y ROSENBERG, S. A. (Eds.), **SIDA, Etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención**, Barcelona, 1990; SORIANO, V. y GONZÁLEZ LAHOZ, J., **Manual del SIDA. Patogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento**, Madrid, 1995; MONTAGNIER, L., **Sobre virus y hombres**... Cf. también GARCÍA PÉREZ, A., *Aspectos clínicos del SIDA*, en GAFO, J. (Ed.), **El SIDA: un reto a la Sanidad, la Sociedad y la Ética**, Madrid, 1989, 13-30; NÁJERA, R., *Aspectos biológicos y sociales*, en **Ib**., pp. 53-76; DELGADO, M., **Manual del SIDA, Guía Práctica para el Médico General**, Madrid, 1993; GREENE, W. C., *Sida y sistema inmunitario*, en **Investigación y Ciencia** n.º 206 (noviembre 1993) 58-66.

9. Cf. GRACIA, D., *Los médicos y el SIDA. Problemas éticos de la asistencia médica a los enfermos de SIDA*, en GAFO, J. (Ed.), **El SIDA: un reto**... p. 125; NÁJERA, R. (Ed.), **SIDA, de la Biomedicina a la sociedad**, Madrid, 1990; BAYÉS, R., **SIDA y Psicología**, Barcelona, 1995.

10. SARRIÁS, C., *¿Mitificación del SIDA?*, en **Razón y Fe** 226 (1992) 581-588; SONTAG, S., **El SIDA y sus metáforas**, Barcelona, 1989.

y crea la falsa opinión de que el que no pertenece a tales grupos está libre del riesgo de contagio[11].

3. Hay que hablar de sólo tres **cauces de transmisión**: a través de la sangre, el contacto sexual y la transmisión madre-hijo durante el embarazo, parto y lactancia. No se han constatado otras vías de contagio: por ejemplo, por picaduras de insectos, compartir objetos, convivencia normal...[12]. En el embarazo, el riesgo de que el niño nazca afectado por el VIH, si la madre es enferma o portadora, es de un 20-30% –con un curso de desarrollo muy rápido y virulento[13]. Debe subrayarse, sin embargo, que si se administran antiretrovirales a la madre embarazada el riesgo de que el niño esté verdaderamente infectado desciende hasta aproximadamente el 8%.

4. Desde que se identificó el agente causante de la enfermedad, el virus de la inmunodeficiencia humana, VIH –tras una álgida discusión entre **R. Gallo** y **L. Montagnier** sobre su descubrimiento[14]– se han desarrollado ***tests*** que permiten reconocer a los individuos portadores[15]. Éstos, así como los enfermos de SIDA, pueden infectar a otros. Es posible detectar directamente la presencia del virus, pero esta prueba es costosa y compleja y no puede realizarse rutinariamente. Los *tests* habituales determinan la infección por la presencia de anticuerpos. Ello significa que pueden darse casos de personas que den "negativo" respecto del *test* del VIH, por hallarse en el llamado *período ventana*, de unos tres meses, que media entre el contagio con el VIH y la aparición de anticuerpos. Además y dadas las características de los distintos *test*s, no

11. Cf. DE VINCENZI, I., *A Longitudinal Study of Human Immunodeficiency. Virus Transmission by Heterosexual Partners*, en **New England Journal of Medicine** 331 (1994) 341-346; CONSEJO DE EUROPA, **Étude comparative sur la discrimination à l'encontre des séropositifs et des malades du SIDA**, Strasbourg, 1993.

12. Cf. GOEDERT, J. J. y BLATTNER, W. A., *Epidemiología e historia natural del virus de la inmunodeficiencia humana*, en DeVITA T., Jr., HELLMAN, S. y ROSENBERG, S. A. (Eds.), **SIDA, Etiología**... pp. 33-60; *Diez años de SIDA*, en **Jano** 40 (1991) n.º 940 (tema monográfico); *El SIDA en la década de los noventa*, en **Jano** 44 (1993) n.º 1028 (tema monográfico).

13. Sobre transmisión vertical, cf. FALLOON, J., EDDY, J. et al., *El SIDA en la población pediátrica*, en DeVITA T., Jr., HELLMAN, S. y ROSENBERG, S. A. (Eds.), **SIDA, Etiología**… pp. 342-358; MONTAGNIER, L**., Sobre virus y hombres**... pp. 219-220.

14. MONTAGNIER, L., **Sobre virus y hombres**...cap. 2; GALLO, R. C., **A la caza del virus. SIDA, cáncer y retrovirus humanos**, Madrid, 1991; GALLO, R. C., *La naturaleza del vírus*, en **Dolentium Hominum** n.º 13 (1990) 44-47.

15. MONTAIGNER, L., **Sobre virus y hombres**... pp. 77-81; SANDLER, G., DOOD, R. V. y FANG, Ch. T., *Pruebas diagnósticas de la infección por HIV: serología*, en DeVITA T., Jr., HELLMAN, S. y ROSENBERG, S. A. (Eds.), **SIDA, Etiología** ... pp. 123-138.

puede excluirse un pequeño porcentaje, aproximadamente el 0,06% de *falsos positivos* –personas a las que se les diagnostica la infección, aunque realmente no están contagiadas– y otro porcentaje aún menor de *falsos negativos* –en que el resultado del *test* afirma, falsamente, que no están infectados[16].

5. Los **profesionales sanitarios** tienen un riesgo pequeño, pero real, de contagio –tomas de sangre, manejo de fluidos procedentes de infectados por el VIH... Ciertamente se han dado casos de profesionales sanitarios que se han infectado con el VIH en el ejercicio de su actividad, aunque no se ha constatado un incremento global, estadísticamente significativo, de los afectados dentro de la profesión sanitaria en comparación con otras. Se considera que no basta con el simple pinchazo, sino que es necesaria la inyección de sangre. El riesgo de seroconversión se evalúa entre 2-3 por mil, en caso de accidente fortuito[17].

6. Durante muchos años –puede decirse que hasta la *Conferencia Mundial sobre el SIDA* de Vancouver, 1996–, la medicina tuvo que reconocer que no tenía una **terapia curativa**. Por ello, se afirmaba que, de no encontrarse una solución, la mayoría de los infectados acabaría falleciendo de SIDA. El tratamiento con los primeros antirretrovirales –*AZT, DDI*...– conseguía importantes mejoras en la calidad y cantidad de vida, pero no era últimamente curativo, además de tener serias contraindicaciones. A partir de Vancouver comienza a administrarse la llamada *terapia triple* –se la calificaba como *cocktail*, compuesta por dos análogos de nucleósidos y un inhibidor de la enzima proteasa. Los resultados son muy positivos y se ha generalizado la esperanza de poder convertir el SIDA en una enfermedad crónica. Sin embargo, no parece que se va a poder disponer en breve plazo de una **vacuna** que prevenga el contagio –una afirmación que se viene repitiendo desde hace ya muchos años[18].

---

16. Sobre falsos positivos-negativos, **Ib**., pp. 196-204.

17. Cf. *La prevención de la trasmisión del VIH en el medio sanitario*, en **Jano** 49 (1995) n.º 1135 (tema monográfico).

18. Acerca de las terapias y vacunas, ver YARCHOAN, R. y BRODER, S., *Tratamiento farmacológico de la infección por HIV*, en DeVITA T., Jr., HELLMAN, S. y ROSENBERG, S. A. (Eds.), **SIDA, Etiología**... pp. 281-298; FISCHINGER, P. J., *Estrategias para el desarrollo de vacunas para prevenir el SIDA*, en **Ib**., pp. 89-106 GONZÁLEZ-LAHOZ, J., NÁJERA, R. y GATELL, J. M., *Tratamiento antiviral*, en SORIANO, V. y GONZÁLEZ LAHOZ, J., **Manual del SIDA. Patogenia**... pp. 245-275; NÁJERA, R., CONTRERAS, G. et al., *Vacunas*, en **Ib**., pp. 277-301; MONTAGNIER, L., **Sobre virus y hombres**... pp. 141-184.

7. Los costes del tratamiento triple son extraordinariamente elevados y se sitúan entre 20.000 y 30.000 dólares anuales. Se ha mostrado que su eficacia guarda relación con su administración lo más temprana posible tras el contagio por el VIH. Las contraindicaciones no son irrelevantes, entre ellas el elevado número de pastillas que se deben consumir –en torno a veinte al día. No hay constancia de que el tratamiento consiga la eliminación del virus, que parece protegerse en determinados tejidos. Salta a la vista que esos costes tan extraordinariamente elevados los hace inalcanzables para los países en donde se encuentran la mayoría de los enfermos y portadores del virus –en algunos de ellos, el presupuesto sanitario *per capita* no alcanza a la cifra necesaria para poder hacer la prueba de anticuerpos, que constate la seropostividad de un afectado por el VIH.

8. Desde el punto de vista médico y a la vista de las personas afectadas y los cauces de trasmisión, se considera que es fundamental tanto la **instrucción**, como las **medidas preventivas**, especialmente la utilización de jeringuillas desechables y preservativos. En este último caso debe decirse que se trata de una buena medida preventiva, pero que no proporciona una seguridad al 100% de evitar el contagio durante las relaciones sexuales: "el empleo de preservativos no constituye una `garantía´ de prevención de la infección por el HIV". En estas parejas llamadas "discordantes" –en que uno es seropositivo y el otro no y tienen actividad sexual protegida por el preservativo– el riesgo de contagio se evalúa en torno al 13% al año[19].

II. Las tomas de postura eclesiales sobre el SIDA

Son muchísimos los documentos eclesiales en los que se ha abordado la problemática ética y teológica suscitada por la irrupción del **VIH**[20]. El Episcopado estadounidense es el que más se ha distinguido en este punto, con dos amplios documentos (siendo el segundo reacción contra

19. FISCHL, M. A., DeVITA T., Jr., HELLMAN, S. y ROSENBERG, S. A., *Prevención de la transmisión del SIDA durante las relaciones sexuales*, en DeVITA, T., Jr., HELLMAN, S. y ROSENBERG, S. A. (Eds.), **SIDA, Etiología**… pp. 373-378. Cf. *Condoms and HIV Transmission*, en **New England Journal of Medicine** 331 (1994) 391-392; KAPLAN, H. S., **The Real Truth About Women and AIDS. How to Eliminate the Risks Without Giving Up Love and Sex**, Nueva York, 1987.

20. AA. VV., **Los Obispos hablan del "SIDA"**, Madrid, 1987.

ciertos puntos conflictivos del primero, especialmente sobre el tema de la información sobre los preservativos; en cualquier caso es importante tener en cuenta que el primero no fue rechazado por el mismo Episcopado)[21].

Los puntos más importantes de toda esa amplia documentación son los siguientes:

1. **Interpretación teológica del SIDA**: Existe un rechazo prácticamente unánime –excepto en los Obispos de Zimbabwe– a considerar el SIDA como un castigo de Dios ante los pecados de los hombres[22]. Tal interpretación teológica aparece explícitamente rechazada en múltiples documentos. Sí aparece, con cierta frecuencia, la afirmación de que el SIDA es consecuencia de los desórdenes morales de la sociedad, situación que se da también en la crisis medioambiental[23]. Sobre todo se insiste en la permisividad en el terreno sexual y en el de las drogas. Por el contrario, se describe también el SIDA como un *kairos*, como una ocasión y una llamada a la conversión y a la renovación ética. Para los cristianos el avance del SIDA es un tiempo propicio para convertirse a la solidaridad, reconociendo a Cristo en los afectados por el **VIH** y prestándoles ayuda y calor humanos[24].

2. **Actitud ante los enfermos**: Con independencia de su vía de infección y el grado de responsabilidad personal de los afectados, tanto los enfermos como los contagiados por el virus merecen respeto y deben ser atendidos con *com-pasión*, compartiendo sus sentimientos. Sus vidas siguen siendo valiosas, porque nunca pueden perder su dignidad personal y siguen siendo imagen de Dios. Por ello se rechaza toda discriminación y marginación de los afectados. Esta exigencia de solidaridad se basa en la imagen del Buen Samaritano que los cristianos deben intentar reproducir ante la crisis del SIDA[25]. Otra imagen evan-

---

21. U.S. CATHOLIC CONFERENCE, ADMINISTRATIVE BOARD, *The Many Faces of AIDS: A Gospel Response*, en **Origins** 17 (24 de diciembre de 1987) 481.483-489; U. S. NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *Called to Compassion and Responsibility: A Response to HIV/AIDS*, en **Origins** 19 (30 de noviembre de 1989) 421.423-434. Estos dos documentos serán citados posteriormente como MF y CC, respectivamente.

22. Cf. FERRER, J., **La infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): su problemática moral** (Tesis Doctoral, Universidad Pontificia Comillas, 1991); cf. AA. VV., *Vivir, ¿para qué? SIDA*, en **Dolentium Hominum** n.º 13 (1990) (monográfico).

23. HUME, B., *Time for Moral Renaissance*, en COSTICK, V., **AIDS, Meeting the Community Challenge**, Middlegreen, 1987.

24. MF, pp. 483-484.

25. Cf. FERRER, J., **El SIDA, ¿condena o solidaridad?**, Madrid, 1992.

gélica, frecuentemente citada en los documentos eclesiales, es la de la actitud de Jesús con los leprosos. También se insiste en que las comunidades eclesiales deben crear ayudas institucionales de apoyo a los afectados[26].

3. El tema de la **prevención** es el que suscita más polémica en algunos documentos eclesiales. Las tomas de postura están de acuerdo en afirmar que la prevención no puede limitarse a la mera información sanitaria o a la propaganda sobre los preservativos, ni a la distribución gratuita de éstos o a la de jeringuillas estériles. Consideran que una prevención, basada exclusivamente en medidas profilácticas, conlleva el riesgo de incrementar la transmisión del virus, además de fomentar una degradación moral de la sociedad. Algunos documentos rechazan toda información y todo uso de los preservativos, mientras que el primer documento de los obispos de Estados Unidos aceptaba la instrucción sobre estos medios profilácticos y su uso como mal menor y en determinadas circunstancias[27]. Se insiste igualmente en el **humus** que está en la base de la difusión del VIH: la injusticia social, el gravísimo problema de la drogadicción[28], pero se da en general un relieve mayor a los temas de moral sexual implicados.

4. En el ámbito de la **ética social** se insiste en el derecho de los afectados a mantener, mientras sea posible, su puesto de trabajo, a no ser discriminados en los terrenos escolar o de enseñanza, laboral o de vivienda, a recibir las necesarias ayudas en el tratamiento de su enfermedad...[29].

5. Se insiste en las acciones institucionales que deben ser promovidas por las comunidades eclesiales[30]. No se puede poner en duda el gran número de iniciativas y la calidad humana y cristiana de las mismas, que han surgido desde la comunidad de creyentes para atender a los enfermos de SIDA.

---

26. MF, p. 487. Es obligado hacer aquí referencia al libro de LAPIERRE, D., **Más fuertes que el amor**, Barcelona, 1990.
27. MF, pp. 486-487.
28. CC, pp. 428-429.
29. MF, p. 485.
30. Cf. CONDE, J., *La asistencia pastoral a los enfermos de SIDA*, en GAFO, J. (Ed.), **El SIDA: un reto**... pp. 145-152; KIRKPATRICK, B., **AIDS, Sharing the Pain, Pastoral Guidelines**, Londres, 1988.

III. Problemas éticos del SIDA[31]

En las publicaciones de Bioética se ha dado un gran relieve a la problemática ética surgida como consecuencia de la irrupción y difusión del VIH. Un esquema válido para la presentación de esa problemática se centra en torno a los grandes principios de la Bioética: los de autonomía, beneficencia y justicia. Es el esquema que también nosotros vamos a seguir[32]. Finalmente, presentaremos algunas reflexiones sobre algunos aspectos éticos del SIDA desde la perspectiva católica.

1. Principio de autonomía

Desde que comenzó a difundirse la nueva enfermedad y, en algunos casos, a duplicarse las cifras en los primeros años, cundió la alarma entre las autoridades sanitarias. Se trataba, además, de una enfermedad que había sido acompañada desde el principio por actitudes emocionales, tanto por el estigma que ya afectaba a la mayoría de las personas que la contrajeron, como por su transmisión sexual, en la que aparecían íntimamente asociadas la sexualidad y la muerte, *Eros* y *Thanatos*. La conflictividad entre el derecho de las autoridades sanitarias a velar por la salud pública y el respeto a la autonomía de las personas, que había llegado a un equilibrio en los años anteriores a la irrupción del SIDA, se reabría ante la aparición de una gravísima e incurable enfermedad que parecía expandirse rápidamente. ¿Qué medidas legítimas podría tomar la autoridad pública para velar por la salud de los ciudadanos, aunque fuese recortando la libertad de éstos?[33]

Un problema que se planteó inicialmente fue el de tomar drásticas medidas para evitar la difusión de la enfermedad, volviéndose a actualizar prácticas médicas que parecían totalmente superadas, como el aislamiento, las cuarentenas y la **segregación de los afectados**. Se llegó a hablar del aislamiento de las personas pertenecientes a los llama-

31. FERRER, J. J., **SIDA y Bioética: de la autonomía a la justicia**, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1997. En este apartado nos vamos a basar en esta excelente obra, que considero la mejor aportación en castellano a la problemática ética del SIDA.

32. Cf. GAFO, J., *Problemas éticos en torno al SIDA*, en GAFO, J. (Ed.), **El SIDA: un reto**... pp. 95-112; AA. VV., *SIDA: Problemas morales*, en **Jano** 35 (1988) n.º 841 (tema monográfico); GAFO, J., *Un reto a la Bioética*, en LARRÚ, J. M. (Ed.), **Compartiendo el tiempo con el enfermo de sida**, Madrid, 1997.

33. MERRITT, D. J., *The Constitutional Balance Between Health and Liberty*, en **Hastings Center Report** 16 (1986) n.º 6, 2-10; GAFO, J., *Problemas éticos*... pp. 97-102; FLUSS, S. S., *Ética y salud: algunas perspectivas actuales*, **Salud Mundial** 2 (1995) 15-17.

dos grupos de riesgo, o, de forma más limitada, a los seropositivos. Evidentemente se trataba de medidas absolutamente inaceptables, ya que conllevaban la injusta reclusión de muchas personas de por vida, al margen de si su comportamiento incluía el riesgo de transmisión. Por otra parte, eran medidas absolutamente inviables –piénsese que en España se calcula que puede haber entre 100.000 y 125.000 personas infectadas y en USA más del millón..., a las que habría que recluir en los llamados *sidatorios*[34].

Dentro del debate sobre la conveniencia de estas medidas de reclusión, únicamente ha seguido en pie la discusión en torno a los llamados **"recalcitrantes"**, personas infectadas y que no se abstienen de comportamientos que pueden infectar a otros, especialmente las personas que se dedican a la prostitución y los reclusos. Sin embargo, la mayoría de los autores se opone a estas medidas, que afectarían a sectores de la población ya marginados y que llevarían, en el caso de los presos, a crear una segunda institución carcelaria dentro de la prisión. La tendencia general opta por medidas de información, prevención y la amenaza de sanciones penales a los que tengan irresponsables comportamientos de riesgo, más que por medios coercitivos[35]. Éste es también nuestro punto de vista.

Un tema central en el debate ético sobre el SIDA es el de la posible exigencia de realizar cribados, *screenings*, para poder conocer la situación de las personas que estén posiblemente infectadas. Antes de abordar las distintas situaciones implicadas, nos parece importante hacer referencia a la criteriología propuesta por **Childress**. El bioeticista estadounidense enumera cuatro condiciones para poder realizar estos tipos de *screening* [36]:

- Una política de *test*s obligatorios debe tender a proteger la sanidad pública y sus beneficios deben superar a sus riesgos;.
- No debe existir otra alternativa de acción, es decir, estamos ante un último recurso. En principio, debe darse preferencia a otras alternativas;
- Debe buscarse una política que lesione lo menos posible la libertad, la privacidad y la confidencialidad del ciudadano;

34. MACKLIN, R., *Predicting Dangerousness and the Public Health Response*, en **Hastings Center Report** 16 (1986) n.º 6, 16-24.

35. GAFO, J., *Problemas éticos*... pp. 101-102.

36. CHILDRESS, J. F., *An Ethical Framework for Assessing Policies to Screen for Antibodies to HIV*, en **Aids and Public Policy Journal** 2 (1987) n.º 1, 28-31.

- Deberían darse, además, otras condiciones coadyuvantes: por ejemplo, informar a los que dan sangre de que se les está sometiendo a un *test*, notificarles sus resultados y ofrecerles la posibilidad de un *coundselling* antes y después del *test*.

1. Con estos presupuestos abordamos un primer tema: el de la realización de **screenings** o **rastreos obligatorios de la población**, tanto para conocer las dimensiones de la enfermedad, como para que cada individuo pueda conocer su situación y evitar comportamientos que contagien a otros[37]. Basándose en los criterios expresados, **Childress** se opone a estas pruebas obligatorias. La misma opinión es compartida por **R. A. McCormick**, aunque éste, más cautamente, lo afirma solamente "en la actual situación", y deja abierta la posibilidad de una estrategia más estricta si se incrementasen los casos de seropositivos[38]. Nuestro punto de vista es también contrario a estas pruebas. Debe ponderarse lo que significan de invasión de la privacidad de las personas, los problemas de mantener la confidencialidad de un síndrome que lleva sobre sí un carácter estigmatizador. Hay que tener en cuenta, además, el inevitable número de casos de falsos positivos –en USA, teniendo en cuenta el número de hospitalizaciones anuales, habría nada menos que unos 22.000– 23.000, además de los falsos negativos.

Por otra parte y dado el pequeño riesgo existente, son suficientes las medidas de prevención que deberán tomarse y que ya fueron prescritas hace años[39]. La praxis sanitaria debe readquirir la conciencia de que hay un riesgo inevitable en su ejercicio, y no sólo en relación con el SIDA –piénsese, por ejemplo en la hepatitis– y de que deben asumirse las medidas de protección y prevención ante todo enfermo potencialmente contagioso.

---

37. BAYER, R., **Private Acts, Social Consequences, AIDS and the Politics of Public Health**, Nueva York, 1989; BAYER, R., LEVINE, C. y WOLF, R., *HIV Antibody Screening: An Ethical Framework for Evaluating Proposed Programs*, en **The Journal of the American Medical Association** 256 (1986) 1768-1777; O´MALLEY, P. (Ed.), **The AIDS Epidemic. Private Rights and the Public Interest**, Boston, 1989, 173-187.

38. McCORMICK, R. A., AIDS: *The Shape of the Ethical Challenge*, en **America** 13 (1988) 147-154.

39. CENTER DISEASES CONTROL (CDC), *Summary: Recommendations for Preventing Transmission of Infection with HTLVIII/LAV in the Workplace*, en **The Journal of the American Medical Association** 254 (1985) 3162; McMAHON, K. y SUTTERER, M. G., *Precauciones de seguridad y prácticas hospitalarias en el trato con sujetos seropositivos*, en DeVITA, T., Jr., HELLMAN, S. y ROSENBERG, S. A. (Eds.), **SIDA, Etiología** ... pp. 410-424.

2. Por el contrario, hay general acuerdo en que debe hacerse un **screening** de las personas **donantes de sangre, semen y órganos**. Dado que puede trasmitirse el VIH a través de estas donaciones y que nadie está obligado a las mismas, es obvio que se exija la obligatoriedad del *test* previo con el fin de descartar a las personas infectadas[40].

3. Un tema que se plantea en USA y que ha llevado a posturas distintas en varios Estados, es el de incluir el *test* del SIDA dentro de las pruebas previas, que ya se realizan obligatoriamente en aquel país, antes de conseguir las llamadas "**licencias matrimoniales**". Con estas licencias se pretendía que la descendencia no quedase afectada negativamente por la presencia en sus progenitores de una enfermedad infecciosa. Dado que la convivencia prematrimonial es muy frecuente en USA y que, aproximadamente, la mitad de los niños son concebidos antes de contraer matrimonio, nos parece que incluir el *test* del SIDA, antes de conseguir las licencias matrimoniales y también por las dificultades antes citadas, carece de sentido[41].

4. Es indiscutible que no tiene sentido realizar la prueba del SIDA en los **ambientes laborales**, para evitar de esta forma el contagio. La convivencia que se da en el lugar del trabajo no conlleva el riesgo de contagio con el VIH. Lo mismo puede decirse de la **convivencia** en una misma casa, huyendo de las actitudes histéricas que fueron relativamente frecuentes ante la inicial irrupción del SIDA.

Una idea en la que es necesario insistir es la de que debemos acostumbrarnos a convivir, sin **actitudes emocionales injustificadas** e irracionales, en una situación, marcada por la presencia del VIH, de la misma forma que las generaciones pasadas tuvieron que habituarse a convivir con otros agentes infecciosos. Ciertamente, es necesario utilizar las normales y lógicas medidas preventivas, pero desde la convicción de que los cauces de transmisión del VIH son estrechos y centrados en los tres antes citados. Lo mismo debe decirse respecto de los centros docentes, saliendo al paso de determinados conflictos que se han dado en nuestro país: el riesgo de transmisión en la convivencia escolar, aun entre niños pequeños, es prácticamente nulo y exige re-

40. McCORMICK, R. A., AIDS: *The Shape of Ethical*... pp. 147-154.

41. ELIZARI, F. J., *El test del SIDA. Vertiente moral*, en **Moralia** 11 (1989) 38; GOSTIN, L., *Public Health Strategies for Confronting AIDS. Legislative and Regulatory Policies in the United States*, en **The Journal of the American Medical Association** 261 (1989) 1625; CLEARY, P. D., *Compulsory Premarital Screening for the Human Immunodeficiency Virus. Technical and Public Health Considerations*, en **Ib**. 258 (1987) 1757-1762.

chazar tanto las pruebas previas, como las medidas discriminatorias tomadas contra los niños seropositivos.

5. Un problema de difícil solución es el de los **chequeos médicos**, que ya se utilizan masivamente antes de conseguir un puesto de trabajo o un seguro de enfermedad o de vida, y que se están exigiendo respecto del VIH. Desde los modelos económicos, con los que funcionan tanto la vida de la empresa como el mercado de seguros, resulta inevitable que se incluya también la prueba del SIDA[42]. En el tema de la seguridad médica y si no se encuentran otros cauces de solución en los seguros privados, es absolutamente urgente que exista una seguridad pública que cubra los gastos médicos de los infectados por el VIH[43].

6. Existe, sin embargo, un ámbito laboral especialmente polémico: el **sanitario**. Ya antes indicábamos que el riesgo de seroconversión es sumamente bajo en caso de accidente fortuito. Sobre todo es especialmente relevante, en la evaluación del riesgo, la constatación de que no existe un incremento significativo de profesionales de la salud infectados por el VIH, en comparación con otras profesiones. Es verdad, no obstante, que se han dado algunos casos de trabajadores sanitarios que se han infectado en el ejercicio de su profesión. De ahí ha surgido la demanda de que se haga un *screening* masivo y obligatorio a las personas que ingresan en los centros sanitarios o a los que van someterse a intervenciones quirúrgicas, especialmente a operaciones de "alta cirugía"[44].

7. En este punto debe subrayarse que la infección puede también tener lugar en la dirección contraria: desde el profesional de la salud al enfermo. Se cita el caso de un dentista estadounidense, el **Dr. Acer**, que infectó con el VIH a tres pacientes de su consulta odontológica. Se puede discutir si el profesional de la salud debe estar indemne de todo

---

42. TURNER, R. y RITTER, D., AIDS *Employment Law Update* en **AIDS and Public Policy Journey** 2 (1987) n.º 2, 37-43; BAYER, R. y OPPENHEIMER, G., *AIDS in the Workplace: The Ethical Ramifications*, en PIERCE, C. y VANDEVEER, D., **AIDS**, **Ethics and Public Policy**, Belmont, 1988.

43. HIAM, P., *Insurers, Consumers and Testing: The AIDS Experience*, en **Law, Medicine and Health Care** 15 (1977/78) 214; NELSON, D. K., *AIDS and Life Insurance: The Conwell/Hoskins Study on AIDS Mortality and Company Solvency*, en **Aids and Public Policy Journal** 2 (1987).

44. BAYER, R., LEVINE, C. y WOLF, R., *HIV Antibody Screening*... p. 1771; BAYER, R., *Private Acts*... p. 157; McCORMICK, R. A., **Health and Medicine in the Catholic Tradition**, Nueva York, 1987.

riesgo de contagio, pero es absolutamente claro que el enfermo debe estar totalmente protegido de ese peligro. Ello llevaría a plantear el problema de si los profesionales de la salud, especialmente los que practican especialidades de especial riesgo, deberían someterse al citado *screening* obligatorio[45].

Lo anteriormente expuesto no exime de la exigencia ética de que aquellos que han tenido comportamientos de riesgo y pueden trasmitir el VIH, deban salir de la duda. Un paciente que va a sufrir una intervención quirúrgica –o al que simplemente se le va extraer sangre– debería en principio informar de su condición de seropositivo, teniendo el derecho a la máxima confidencialidad[46]. Nos parece que existe también, en principio, la exigencia ética en los profesionales sanitarios, si han tenido comportamientos de riesgo, de conocer su verdadera situación respecto al VIH y de abandonar especialidades que conlleven riesgos específicos –evidentemente, no es lo mismo un psiquiatra o un médico de familia que un cirujano o un dentista. Finalmente, debe urgirse que nunca puede hacerse la prueba del SIDA a un paciente, sin que éste haya expresado previamente su consentimiento informado[47].

2. Problemas éticos en torno al principio de beneficencia

Un bioeticista norteamericano, **J. D. Arras**, ha expresado gráficamente que la irrupción del SIDA ha roto la *pax antibiótica*[48], la situación de relativa tranquilidad de los profesionales de la salud, desde la aparición y difusión de los antibióticos, de que ciertamente asumían ciertos riesgos en el ejercicio de su profesión, pero que éstos eran razonables. Sin embargo, la presencia del SIDA y la impotencia de la Medicina para poder curarlo, han hecho reaparecer la vieja imagen de la muerte medieval en la figura de una enfermedad nueva que ha sido calificada

---

45. HAGEN, M. D., MEYER, K. B. y PAUKER, S. G., "*Routine Preoperative Screening for HIV. Does the Risk to the Surgeon Outweight the Risk to the Patient?*, en **The Journal of the American Medical Association** 259 (1988) 1357-1359; AA. VV., **Aids. Segretezza professionale**, Padova, 1989; ANDERSON, S. y KALEEBA, N., *El reto de la asistencia domiciliaria a los enfermos de SIDA*, en **Salud Mundial** 4 (1994) 20-22.

46. Cf. AA. VV., **Aids. Segretezza professionale**…; ELIZARI, F. J., *El secreto profesional y el SIDA*, en ***Dolentium hominum*** n.º13 (1990) 240-242.

47. Es importante subrayar que el SIDA no forma parte en España de las "enfermedades de declaración obligatoria".

48. ARRAS, J. D., *The Fragile Web of Responsability: AIDS and the Duty to Treat*, en **Hastings Center Report** 18 (1988) n.º 2, 10.

como *la peste del siglo XX*[49]. Hoy no puede soslayarse la pregunta: ¿Qué exigencia ética tienen los profesionales de la salud de tratar a los infectados por el VIH, cuando existe el riesgo pequeño, pero real, de ser infectados por un virus que lleva al desarrollo de una enfermedad, para la que sigue sin existir un tratamiento eficaz ni una vacuna que la pueda prevenir?[50]

En la literatura estadounidense sobre Bioética y, como ya indicamos anteriormente, se había puesto un fortísimo énfasis en el principio de autonomía y pesaban sobre el principio de beneficencia actitudes de sospecha, por su inherente peligro de "paternalismo médico", de convertir al enfermo en un menor de edad sobre el que se inclinaba benéficamente el trabajador sanitario, sustrayéndole su autonomía y su capacidad de decisión. Dentro del marco de relación con el paciente, delineado por las *Cartas de los Derechos de los Enfermos*, se daba un escaso relieve a ese principio de beneficencia, subrayado por la tradición médica hipocrática, y se creía que podía crearse un marco justo de relación sanitaria desde el reconocimiento de la autonomía de las personas implicadas. Sin embargo, la problemática ética suscitada por el SIDA ha hecho volver los ojos hacia el principio de beneficencia. En efecto, dentro de un marco centrado en la afirmación del principio de autonomía, siempre se podría objetar que el profesional de la salud tiene también derecho a que se le respete su propia opción de no someterse al riesgo, pequeño pero real, de ser infectado por el virus que causa una tan grave enfermedad[51].

La aparición y progresión del SIDA ha llevado a volver a estudiar un tema que parecía relegado a un mero interés histórico: el de las pestes y epidemias que, en nuestro pasado, asolaron la población humana. En efecto, el hombre mantiene su identidad por encima de las diferentes circunstancias históricas y vuelven a repetirse mecanismos psicológicos que tuvieron vigencia en las epidemias de nuestro pasado histórico: la búsqueda de responsables que se convierten en "machos

---

49. Consideramos que tal calificativo no debería utilizarse por las connotaciones negativas que comporta y porque la situación médica es bien distinta de la que existía en las epidemias del pasado.

50. PALAZZANI, L., MARCHIONNI, P., MELE, V. y SPAGNOLO, A. G., *La fondazione dell'obbligo morale al trattamento dei pazienti con infezione da HIV*, en **Medicina e Morale** (1991-3) 445-463; ROMEO-CASABONA, C. M., *El deber de asistencia médica a los enfermos de sida*, en **Jano** 44 (1993) n.º1024, 45-51.

51. Cf. *Desde la perspectiva del derecho. Responsabilidad médico-sanitaria y sida (I)*, en **Jano** 44 (1993) n.º 1024 (tema monográfico); **Ib**. *(II)*, n.º 1032.

cabríos" sobre quienes se cargan las culpabilidades, las referencias religiosas –el SIDA, como "castigo de Dios" hacia los homosexuales y los drogadictos– la búsqueda de remedios y soluciones esotéricas, al margen de los conocimientos médicos, etcétera.

Existen insuficientes estudios sobre el hecho histórico de las pestes y sobre la actitud de los médicos ante estos frecuentes episodios de nuestro pasado. Junto a conductas ejemplares, en que los médicos asumieron los riesgos inherentes a la atención de los apestados, existen también datos de comportamientos menos correctos que afectaron a personajes tan importantes en la historia de la medicina, como **Galeno** o **Sydenham**, que adoptaron conductas poco ejemplares en casos de epidemia, huyendo de las ciudades apestadas y abandonando los enfermos a su suerte. Por otra parte y ante las pestes, se comenzó a instaurar en las ciudades medievales italianas una estrategia, que ha pervivido hasta el siglo XIX, en la que las autoridades públicas buscaban médicos que atendiesen a los apestados, ofreciéndoles especiales gratificaciones en forma de remuneración económica, derecho a poder seguir ejerciendo la medicina en la ciudad, etcétera.[52].

No obstante, ha existido también una importante tradición médica que consideraba poco virtuosa la actitud de los médicos que abandonaban los enfermos a su destino y no cumplían su misión de servicio al apestado. Algo que ha estado presente en la tradición médica –y de ahí su relación con la otra vocación de servicio a la humanidad, el sacerdocio– es la afirmación de su carácter vocacional y la obligación de asumir riesgos en beneficio de la persona enferma[53].

Ésta ha sido la línea seguida por las declaraciones, tanto médicas como de enfermería, que han urgido la exigencia ética de los profesionales sanitarios de atender a los infectados por el VIH. Así se expresó, por ejemplo, la *Asociación Médica Mundial* (Madrid, 1987): "Los médicos hacen gala de la antigua y honrosa tradición que consiste en atender a los pacientes afligidos con enfermedades infecciosas con compasión y valor. Esta tradición debe perpetuarse durante la epidemia del SIDA"[54].

---

52. FOX, D. M., *The Politics of Physicians. Responsability in Epidemics: A Note in History*, en **Hastings Center Report** 18 (1988) n.º 2, 5-10.

53. FREEDMAN, B., *Health Professions. Codes and the Right to Refuse to Treat HIV-Infectious Patients*, en **Hastings Center Report** 18 (1988) n.º 2, 20-26.

54. Cf. GAFO, J., *Problemática Ética del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*, en AA. VV., **SIDA, Sociedad y Derechos Humanos**, Madrid, 1992.

Sin embargo, queda en pie el problema de cómo se justifica éticamente esta exigencia ética a los profesionales sanitarios de atender a los infectados por el VIH "con compasión y valor" aun con los riesgos dimanantes de tal atención. Se han dado dos argumentos para justificar esa exigencia. Por una parte, se ha hecho referencia a que los profesionales de la salud han recibido una formación y han tenido a su disposición unos medios provenientes de la sociedad que les han capacitado para poder atender a los enfermos. La sociedad puede exigirles entonces, y en contrapartida, el cumplimiento de su misión al servicio del enfermo aun teniendo que asumir los riesgos razonables concomitantes a esa atención[55]. Por otra parte, se ha aludido al monopolio que gozan tales profesionales en la atención sanitaria –y a la que, especialmente los médicos, son muy sensibles. También y en contrapartida se les puede exigir que asuman los riesgos derivados de la atención a los enfermos, incluso los infecciosos. Se ha comparado la situación de los profesionales de la salud a los responsables del orden público, en su monopolio de utilización de armas de fuego, lo que les lleva a tener que asumir los riesgos inherentes a la conservación del orden público[56].

Surge, no obstante, la dificultad de si esta obligación, fundamentada de esta forma, se extiende al conjunto de los profesionales de la salud o si, además, afecta a todos y cada uno de ellos. El ejemplo de los servidores del orden público es cuestionable, ya que éstos no pueden delegar sus funciones a otras personas, en situaciones en que su actuación es urgente, mientras que tal delegación sí sería en principio posible en el sector sanitario. En ese sentido, podría volverse al mismo modelo de actuación ante las epidemias, antes citado, que surgió en las viejas ciudades italianas medievales: el que la atención a los enfermos infecciosos se realizase a través de profesionales que aceptasen voluntariamente tal función, incluso recibiendo algunas prerrogativas o gratificaciones. Por tanto y ante el drama del SIDA, ¿se puede atender a los infectados por

55. ANNAS, G. H., *Legal Risks and Responsabilities of Physicians in the AIDS Epidemic*, en **Hastings Center Report** 18 (1988) n.º 2, 26-32; EMMANUEL, E. J., *Do Physicians Have an Obligation to Treat Patients with AIDS?*, en **New England Journal of Medicine** 318 (1988) 1686-1690; GILON, R., *Refusal to Treat AIDS and HIV positive Patients,* en ***British Medical Journal*** 294 (1987) 445.

56. Cf. GRACIA, D., *Los médicos y el SIDA*... pp. 113-128; TORO, A., *Aspectos asistenciales de los enfermos de SIDA*, en GAFO, J. (Ed.), **El SIDA: un reto**... pp. 31-52; MUÑOZ GARRIDO, R., *Aspectos jurídicos de la asistencia médica en el SIDA*, en **Ib**., pp. 129-144.

el VIH desde un sistema "*voluntarista*", es decir por aquellos profesionales de la salud que se presten a ello, o estamos ante una obligación que afecta a todos y cada uno de los médicos o enfermeras?

Consideramos que un sistema voluntarista sería incapaz de resolver el problema de los infectados por el VIH. En efecto, varias encuestas muestran que es elevado el número de profesionales que afirman que no prestarían esa atención, si tuviesen libertad para hacerlo. Ello significa que los profesionales dispuestos a hacerlo estarían previsiblemente sobrecargados de trabajo y que ello repercutiría en una insuficiente atención a los afectados por el VIH. Por ello y desde la exigencia ética general de los profesionales de poner eficazmente sus conocimientos al servicio de todos los infectados, se llega a la conclusión de que existe un deber de todos los médicos y enfermeras de atender a estas personas.

Por todo ello y de acuerdo con lo que acabamos de expresar, se ha profundizado también en el principio de beneficencia, que ciertamente tiene el peligro de incurrir en actitudes paternalistas, pero que, al mismo tiempo, es un símbolo representativo de los mejores valores de la tradición médica. Ciertamente y como ya dijimos, ha habido no infrecuentes ejemplos de abandono de los enfermos, pero la estimativa social ha calificado negativamente estas actitudes y las tradiciones médicas han ponderado la exigencia ética de asumir riesgos en el servicio al hombre enfermo. La importante obra de MacIntyre, con su énfasis en la ética de la virtud, puede significar un gran contrapeso en toda esta temática[57].

Precisamente **Juan Pablo II**, al dirigirse a los médicos estadounidenses, les recordaba los mejores valores de su tradición y les exhortaba a no centrarse en una comprensión meramente profesionalista de su actividad, para abrirse al sentido de vocación que debe tener la actividad sanitaria, precisamente por tratarse de un servicio al ser humano concreto, que vive todas las incertidumbres y angustias dimanantes del proceso de su enfermedad[58]. La crisis del SIDA ha hecho volver los ojos a lo mejor de la tradición médica, a un principio de beneficencia que refleja lo más positivo de unas profesiones que deben incluir siempre un acentuado componente vocacional, de llamada al servicio con-

57. Cf. MACINTYRE, A., **Tras la virtud**, Barcelona, 1987.

58. JUAN PABLO II, *A las organizaciones sanitarias católicas (Phoenix, 14-9-1987)*, en **Ecclesia** n.º 2339 (3 de octubre de 1987) 1837-1838.

creto del enfermo. Se podrá discutir si el médico o la enfermera deben mirar a la imagen entrañable del buen samaritano, pero tampoco deberían ser solamente "el mínimo samaritano": el profesional que únicamente es sensible a las repercusiones legales derivadas de su actividad. La actitud de compasión hacia el ser humano enfermo, la exigencia ética de beneficencia, de hacer el bien al enfermo con generosidad y esfuerzo –hasta con riesgos razonables– debe brotar de una persona que se siente llamada a dedicarse esforzadamente a la atención del enfermo. Si antes dijimos que la Bioética salvó en USA a una ética poco sensible a los graves problemas que aquejaban a aquel país, también podría decirse que la crisis desencadenada por el SIDA puede salvar a la Bioética de su exagerado énfasis en el principio de autonomía y hacerle volver los ojos a lo mejor de sus tradiciones, enraizadas en el principio de beneficencia y que nacieron con la misma Medicina[59].

3. Problemas éticos en torno al principio de justicia

Los costes asociados al tratamiento de los enfermos de SIDA o de los afectados por el VIH son muy elevados y pueden crear graves problemas en la distribución de los recursos sanitarios. Piénsese únicamente en los grandes costes económicos derivados del tratamiento farmacológico con AZT, DDI, etc., aplicable tanto a los enfermos de SIDA como a los infectados por el VIH –en los que un tratamiento precoz con AZT retrasa la aparición de la enfermedad. En efecto, los costes del fármaco citado, administrado en dosis plena, asciende en España a 8 millones de pesetas anuales. Como ya hemos indicado, el tratamiento no es últimamente curativo, aunque aumente de forma considerable la calidad y la cantidad de vida de los afectados por el SIDA[60].

Esto lleva a la pregunta sobre la prioridad que debe proporcionarse a las personas afectadas por el virus causante del SIDA en una época histórica en que se hace necesario incluir la racionalidad económica en la distribución de los siempre limitados recursos terapéuticos. Los responsables públicos y las autoridades sanitarias tienen que preten-

---

59. PELLEGRINO, E. D., *Altruism, Self-Interest, and Medical Ethics*, en **The Journal of the American Medical Association** 258 (1987) 1924-1928.

60. En el caso español, los costes farmacológicos asociados al tratamiento del SIDA ascienden a 130.000 millones de pesetas anuales. Cf. *Case Studies: Who Pays for AZT?*, en **Hastings Center Report** 19 (1989) n.º 5, 30-31. Ver RODRIGUEZ VILLANUEVA, J., *La gran amenaza del SIDA: su impacto económico*, en GAFO, J., (Ed.), **El SIDA: un reto**... pp. 77-93; CATTORINI, P. (Ed.), **AIDS: ética, giustizia e politica sanitaria**, Torino, 1993.

der una política en el campo de la salud que optimice los mejores resultados con los menores costes económicos[61].

La formulación más difundida del principio bioético de justicia es la de "casos iguales exigen tratamientos iguales". Según **Outka**, deben delimitarse unos servicios sanitarios mínimos, que se proporcionarían a todos los ciudadanos, al margen de sus méritos, utilidad y capacidad económica[62]. El tratamiento farmacológico de los enfermos de SIDA, ¿forma parte de esos "servicios sanitarios mínimos" o, a la vista de sus importante costes y sus limitados resultados, debe considerarse como un servicio que no debe ser cubierto con fondos públicos?

Nuestro punto de vista es que el criterio de que "casos iguales exigen tratamientos iguales" debe ser complementado, ya que nuestra sociedad tiende inevitablemente a prestar menor atención a sus miembros más necesitados económicamente, más limitados culturalmente y más marginados socialmente. Por eso, debe añadirse un criterio corrector: el del compromiso de la sociedad con los más necesitados, para evitar que, aunque se afirme que "casos iguales exigen tratamientos iguales", se tienda a considerar "desiguales" y menos necesarios los tratamientos dados a ciertos grupos sociales[63]. Precisamente el fuste y vigor ético de una sociedad se mide especialmente por la atención que presta a sus miembros menos favorecidos socialmente, entre los que se cuentan hoy indiscutiblemente los enfermos de SIDA. Por tanto, creemos que debe aplicarse el tratamiento farmacológico y todos los medios de atención necesarios a los enfermos de SIDA. Por otra parte, en la ponderación de los costes y beneficios del tratamiento con AZT y otros antivirales, debe tenerse en cuenta la importante mejora en su calidad de vida –con la posibilidad de que los enfermos puedan ejercer una actividad productiva, además de la reducción en los costes debidos a la hospitalización.

Otra consecuencia de la exigencia ética de justicia es la solidaridad con los afectados por el SIDA en los países económicamente menos favorecidos. Si "casos iguales exigen tratamientos iguales", vale lo

---

61. Cf. GAFO, J., *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, en **Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, 79-92; GRACIA, D., *¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos*, en **Boletín de la Oficina Panamericana** 108 (1990) 570-585.

62 . OUTKA, G., *Social Justice and Equal Access to Health Care*, en REISER, S., **Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns**, Cambridge, 1977.

63. Cf. GAFO, J., *El derecho a la asistencia...* pp. 86-87; *Recursos sanitarios y síndrome de Down*, en **ABC Cultural**, 13 de octubre de 1995.

mismo el gay estadounidense, que cuenta con grandes ayudas sociales, el africano de Rwanda o Uganda o el asiático de la India o Tailandia[64]. El drama del SIDA es otro motivo más para la solidaridad[65] entre los países ricos, en donde la enfermedad ha creado serios problemas sanitarios, y los países más pobres, en donde el SIDA está creando una verdadera catástrofe sanitaria, con importantísimas consecuencias sociales[66].

4. Reflexiones sobre la moral católica ante el SIDA

La aproximación eclesial ante los problemas éticos suscitados por esta nueva enfermedad contiene elementos sumamente positivos. No se ha caído en la tentación, en la que han incidido los fundamentalismos de diverso signo, de considerar al SIDA como un azote y castigo de Dios ante los pecados de la humanidad actual[67]. Como bien afirma **J. Ferrer**, la categoría teológica para aproximarse a la enfermedad no es la de ver en ella un castigo de Dios, sino una llamada a la actitud profundamente evangélica de la solidaridad. No se puede poner en duda que las comunidades cristianas están prestando una importante ayuda solidaria a los afectados por la enfermedad[68].

Ciertamente la ética cristiana no puede caer en la "trampa" de considerar al SIDA como un azote de Dios, como si el *sarcoma de Kaposi* y el *Pneumocystis carinii* –las dos enfermedades que primero estuvieron asociadas con el SIDA– fuesen hoy la actualización de la lava y el fuego con los que fueron asoladas las ciudades de Sodoma

---

64. Sobre este punto hacen especial hincapié los obispos franceses: COMISIÓN SOCIAL DEL EPISCOPADO FRANCÉS, **SIDA, la sociedad en cuestión**, Madrid, 1996, 17-18; 29-30.

65. ETXEGARAI INDA, M., y AZANZA URRUTIA, I., *SIDA: una oportunidad para la solidaridad social*, en **Razón y Fe** 228 (1993) 167-182; GILKS, C.F., *El reto clínico de la epidemia por VIH en el mundo en vías de desarrollo*, en **The Lancet** (ed. esp.) 3 (1994) 61. Sobre la solidaridad, cf., VIDAL, M., *La Solidaridad: Nueva frontera de la Teología Moral*, en **Studia Moralia** 23 (1985) 99-126; *Ética de la solidaridad*, en **Moralia** 14 (1992) 347-362; *Justicia y solidaridad en la ética social actual*, en **Moralia** 15 (1993) 35-54.

66. GIMÉNEZ GALLEGO, G., *Implicaciones éticas de los ensayos clínicos anti-sida*, en **Razón y Fe** 228 (1993) 447-453. KALIBALA, S. y ANDERSON, S., *El SIDA en África: una enfermedad familiar*, en **Salud Mundial** 6 (1993) 8; PANOS INSTITUTE**, AIDS in The Third World**, Londres, 1990; PANOS INSTITUTE**, Triple Riesgo. Mujeres y SIDA**, Barcelona, 1995; GAFO, J. y BRAS, A. L., **Sida y Tercer Mundo**, Madrid, 1998.

67. CEC - GRUPPO CONSULTIVO SULL'AIDS**,** *HIV/AIDS: la risposta delle chiese*, **Il regno** 19 (1996) 636-640.

68. Cf. FERRER, J., **El SIDA, ¿condena...?**

y Gomorra[69]. Prácticamente todos los documentos de la Iglesia Católica rechazan esta interpretación, que es contraria a la imagen de Dios que ha manifestado Jesús de Nazaret y a las actitudes del Maestro. Son igualmente irreprochables las llamadas eclesiales a huir de actitudes discriminatorias ante los afectados por el VIH[70]. También nos parecen correctas sus afirmaciones ante el gravísimo hecho de la droga, que enumeramos en el capítulo dedicado a ese tema, insistiendo en sus grandes males y en la complejidad del fenómeno, que tiene muy hondas raíces sociales.

La mayor conflictividad surge en los temas de moral sexual. Ciertamente, las tomas de postura de la Iglesia mantienen su actitud negativa ante el hecho de la homosexualidad, que debería leerse desde la perspectiva de los recientes documentos de la Iglesia[71]. El problema más polémico es el de la prevención de la difusión del VIH mediante el recurso a los preservativos, que forma parte de las grandes campañas sociales para evitar el contagio a través de las llamadas relaciones sexuales "no protegidas". Ciertamente tiene razón la crítica de que muchas de esas campañas de "sexo seguro" promueven una visión trivializada e impersonal de la conducta sexual, en que la garantía y la seguridad están en el correcto uso de los preservativos. A estas campañas, que suelen ir unidas a las que pretenden evitar los embarazos en adolescentes, les falta el rigor de no subrayar suficientemente las limitaciones de los preservativos en impedir el embarazo y el contagio con el VIH, al que aludimos al comienzo de este capítulo[72].

Por otra parte, la gravedad del problema del SIDA y de los embarazos en adolescentes, exige que las autoridades públicas realicen campañas de información que deberían tener, sin embargo, un tono distin-

---

69. Ver CICCONE, L., *Aspetti etici della prevenzione della infezione da HIV*, en **Medicina e Morale** (1996-2) 271-279; CONCETTI, G., **SIDA. Problemas de conciencia**, Caracas, 1988; ELIZARI, F. J., *Conductas sexuales y SIDA*, en **Moralia** 10 (1988) 379-408; MALHERBE J.-F. y ZORRILLA, S., **Le citoyen, le medecin et le SIDA**, París, 1988; GRÜNDEL, J. y EIFF, A. W. VON, **El reto del SIDA. Orientaciones médico-éticas**, Barcelona, 1988; BUTTIGLIONE, R., *El SIDA: ¿es un castigo de Dios?*, en **Dolentium Hominun** n.º 13 (1990) 173-178; LEONE, S. (Ed.), **AIDS: Problemi sanitari, sociali e morali**, Roma, 1995; LÓPEZ AZPITARTE, E., *El fenómeno del SIDA: reflexiones para una lectura cristiana*, en **Sal Terrae** 76 (1988) 63-71.

70. Ver BERMEJO, J. C. **SIDA, vida en el camino**, Madrid, 1990.

71. **Catecismo de la Iglesia Católica**, Madrid, 1992, n.º 2357-2359. Cf. GAFO, J. (Ed.), **La homosexualidad: un debate abierto**, Bilbao, 1997.

72. Cf. GAFO, J., *Una ética sexual en el interior de la ciudad humana*, en **Sal Terrae** 80 (1992) 531-545.

to al que poseen las más habituales. A la mayoría de las sociedades actuales les resulta difícil afirmar que los dos cauces más importantes para evitar la transmisión del VIH por vía sexual son la abstinencia y la fidelidad. Se echa de menos en esas campañas la afirmación de que la fidelidad o la seriedad en las relaciones interpersonales son caminos fundamentales para evitar el contagio con el virus por vía sexual.

El tema más sensible es el de las relaciones sexuales en parejas en que uno de los *partners* está infectado por el VIH y en las que existe un riesgo importante de trasmitirlo a la otra persona. Si se trata de parejas homosexuales, y sin entrar ahora en la valoración ética de la homosexualidad, hay autores que consideran que debe primar, como mal menor, la obligación de impedir el contagio de la otra persona. En las parejas heterosexuales casadas, tanto si la infección procede de precedentes comportamientos discutibles, como si se ha adquirido como consecuencia de una transfusión de sangre, ¿puede exigírseles que renuncien absolutamente a la expresión sexual-genital de su amor? ¿Es tan indisociable la unidad entre el aspecto unitivo y procreativo del acto sexual, que no se admita la excepción en estas situaciones?[73]

En el actual debate teológico hay autores que consideran que la figura del "mal menor" puede ser aplicada a estas situaciones, y, sobre todo, la del "conflicto de valores", que expresaron en su día algunos Episcopados a raíz de la *Humanae Vitae*[74]. También creen que debe ponderarse el hecho, antes citado, de que en los casos en que la mujer está infectada por el VIH, el riesgo de contagio para el nuevo ser es de un 20-30%. Las exigencias éticas de paternidad responsable y de no infectar al otro cónyuge, además de la importancia de la sexualidad en la vida de la pareja, ¿no deben primar sobre la exigencia de mantener la inseparabilidad entre los aspectos unitivo y procreativo del acto sexual?[75].

Por otra parte, tiene razón el **Cardenal Hume** cuando afirmaba que habría que considerar al SIDA como "prueba de una ley general que exige que todo acto tenga sus consecuencias, y que el desorden

---

73. CAFFARRA, C., *SIDA: Aspectos éticos generales*, en **Dolentium Hominum** n.º 13 (1990) 70-74.

74. CONFERENCIA EPISCOPAL FRANCESA, **Nota Pastoral** (Ver **Repercusión mundial de la Humanae Vitae**, San Cugat del Vallés, 1969, 102-112).

75. Como decía **L. Montagnier** en una intervención en el mismo Vaticano, el valor de la vida humana implicado en el tema del SIDA debe prevalecer sobre otros valores (**Il Messaggero**, 21 de noviembre de 1993).

inevitablemente daña y termina por destruir... Es el síntoma de algo más profundo y más temible. El SIDA no es sino una de las numerosas consecuencias desastrosas de un comportamiento sexual desordenado"[76].

Existe una resistencia generalizada a hacer este planteamiento desde las instancias públicas. Se habla mucho de "sexo seguro", de recurso a profilácticos, pero parece existir un pudor generalizado en hablar de una forma nueva de entender la sexualidad. Si ésta ha estado tabuizada en el pasado, hoy también está tabuizado todo lo que sea poner cortapisas o presentar referencias éticas en el terreno sexual. Vivimos en sociedades que no tienen reparos en poner grandes controles en importantes dominios de la vida humana, pero que son absolutamente renuentes a hacer valoraciones éticas en el terreno afectivo-sexual. Se está potenciando una forma de entender la sexualidad carente de densidad, en la que esta dimensión humana, tan rica de significados, se ha convertido en un objeto más de consumo. Ya suenan voces que afirman que esta forma de comprender superficialmente la sexualidad está imposibilitando vivir sus valores más profundos. Todo ello está además orquestado por los grandes intereses de los medios de comunicación social, que están utilizando esta forma de entender la sexualidad para potenciar sus éxitos financieros.

El mismo **Cardenal Hume** insistía en que hoy se está creando una nueva conciencia de que el ser humano tiene que vivir una vida más sana. Claras repercusiones de estas tendencia serían los temas del alcohol, tabaco, medicamentos, comida, ejercicio físico... En la misma línea habría que hablar de la necesidad de entender la sexualidad de una forma más sana. Y añade: "Hasta hoy han hablado muy poco y y de manera excesivamente vaga de los cambios radicales necesarios para evitar la propagación de la epidemia... Y hasta a corto plazo, un revulsivo moral sería la mayor esperanza de la sociedad"[77]. El SIDA suscita importantes retos a las ciencias biomédicas. Quizá debería ser también ocasión para cuestionar nuestra forma de entender y vivir los temas de la droga y de la sexualidad, los dos ámbitos de la vida humana a través de los cuales se ha extendido esta grave *pandemia*.

---

76. HUME, B. *El SIDA: la hora de un renacimiento moral*, en AA. VV., **Los Obispos hablan**... p. 81.
77. **Ib.**, pp. 81, 82.

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., *Psicología y medicina*, en **Jano** 34 (1988) n.º 812.
AA. VV., *Sida: problemas morales*, en **Jano** 35 (1988) n.º 841 (tema monográfico).
AA. VV., *¿Vivir para qué? SIDA*, en **Dolentium Hominum** n.º 13 (1990) (monográfico).
AA. VV., *Diez años de SIDA*, en **Jano** 40 (1991) n.º 940 (tema monográfico).
AA. VV., *El SIDA en la década de los noventa*, en **Jano** 44 (1993) n.º 1028 (tema monográfico).
AA. VV., *Desde la perspectiva del derecho. Responsabilidad médico-sanitaria y sida (I)*, en **Jano** 44 (1993) n.º 1024 (tema monográfico).
AA. VV., *Desde la perspectiva del derecho. Responsabilidad médico-sanitaria y sida (II)*, en **Jano** 44 (1993) n.º 1032 (tema monográfico).
AA. VV., *AIDS: Public Health and Civil Liberties*, en **Hastings Center Report** 16 (1986) n.º 6, A Special Supplement.
AA.VV., *AIDS: The Responsabilities of Health Professionals*, en **Hastings Center Report** 18 (1988) n.º 2, A Special Supplement.
AA. VV., *La prevención de la transmisión del VIH en el medio sanitario*, en **Jano** 49 (1995) n.º 1135 (tema monográfico).
AA.VV., *Lo que la Ciencia sabe sobre el SIDA*, en **Investigación y Ciencia** n.º 147 (diciembre, 1988), n.º monográfico.
AA.VV., *La derrota del sida y sus requisitos*, en **Investigación y Ciencia** n.º 264 (septiembre, 1998), Informe especial.
AA. VV., **Los obispos hablan del "SIDA"**, Madrid, 1987.
CATTORINI, P. (Ed.), **AIDS: ética, giustizia e politica sanitaria**, Torino, 1993.
COMISIÓN SOCIAL DEL EPISCOPADO FRANCÉS, **SIDA, la sociedad en cuestión**, Madrid, 1996.
CONCETTI, G., **SIDA. Problemas de conciencia**, Caracas, 1988.
DELGADO, M., **Manual del SIDA, Guía Práctica para el Médico General**, Madrid, 1993.
ELIZARI, F. J., *Conductas sexuales y SIDA. Aproximación moral*, en **Moralia** 10 (1988) 379-408.
FERRER, J. J., **El SIDA, ¿condena o solidaridad?**, Madrid, 1992.
FERRER, J. J., **SIDA y Bioética: de la autonomía a la justicia**, Madrid, 1997.
GAFO, J. (Ed.), **El SIDA: un reto a la Sanidad, la Sociedad y la Ética**, Madrid, 1989.
GAFO, J. y BRAS, A. L., **Sida y Tercer Mundo**, Madrid, 1998.
GAFO, J., *Un reto a la Bioética*, en LARRÚ, J. M. (Ed.) **Compartiendo el tiempo con el enfermo de sida**, Madrid, 1997.
GALLO, R. C., *La naturaleza del vírus*, en **Dolentium Hominum** n.º 13 (1990) 44-47.
GRÜNDEL, J. y EIFF, A. W. VON, **El reto del SIDA. Orientaciones médico-éticas**, Barcelona, 1988.

LEONE, S. (Ed.), **AIDS: Problemi sanitari, sociali e morali**, Roma,1995.
LÓPEZ AZPITARTE, E., *El fenómeno del SIDA: reflexiones para una lectura cristiana*, en **Sal Terrae** 76 (1988) 63-71.
MALHERBE J.-F. y ZORRILLA, S., **Le citoyen, le medecin et le SIDA**, París, 1988.
McCORMICK, R. A., *AIDS: The Shape of Ethical Challenge*, en **America** 13 (1988) 147-154.
MONTAGNIER, L., **Sobre virus y hombres. La carrera contra el SIDA**, Madrid, 1995.
NÁJERA, R. (Ed.), **SIDA, de la Biomedicina a la sociedad**, Madrid, 1990.
PANOS INSTITUTE, **AIDS in The Third World**, Londres, 1990.
PANOS INSTITUTE, **Triple Riesgo. Mujeres y SIDA**, Barcelona, 1995.
VIDAL, M., **Para comprender la solidaridad**, Estella (Navarra) 1996.

CAPÍTULO DECIMOSÉPTIMO

LAS DROGAS

I. CONCEPTO DE DROGA

Se han dado diferentes definiciones de droga. La más significativa, por la autoridad de la organización de la que procede, es la de la *Organización Mundial de la Salud*: "Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias funciones de éste"[1]. Se trata de una definición intencionalmente amplia, ya que abarca tanto los medicamentos destinados preferentemente al tratamiento de una enfermedad, como también otras sustancias activas desde el punto de vista farmacológico[2].

Un concepto más específico de droga sería el siguiente: "Una sustancia que, introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos de administración de los medicamentos (los "clásicos": inhalación, ingestión... o los "nuevos": por vía endovenosa, parenteral), tenga o no dicho producto una utilidad terapéutica, es capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto, condicionada por los efectos inmediatos o persistentes producidos en la persona que los consume"[3].

---

1. OMS, **Comités de Expertos de la OMS en drogas que causan dependencia**, Ginebra, 1975 (Citado por GRAÑA, J. L., **Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento**, Madrid, 1994, 47.

2. Cf. BENEIT MONTESINOS, J. V. y LÓPEZ CORRAL, J. C. (Eds.), **Drogodependencias. Aspectos farmacológicos y clínicos**, Madrid, 1990, 10.

3. Cf. FREIXA, F. y SOLER INSA, P. A. (Coords.), **Toxicomanías: Un enfoque multidiscipinario**, Barcelona, 1981.

Se ha dado también la siguiente definición: "Cualquier sustancia química que provoca cambios en el estado emocional, el funcionamiento del organismo y/o el comportamiento de una persona"[4].

En torno al concepto de droga, es importante subrayar cinco aspectos importantes[5]:

1. En primer lugar debe hacerse referencia a su **acción sobre el sistema nervioso central**: es verdad que el ser humano es una unidad y que la ingestión de fármacos muy sencillos, como la aspirina, tienen una consecuencia sobre la totalidad del hombre. Sin embargo, deben considerarse como drogas a aquellos productos cuyo mecanismo básico de acción se sitúa en el sistema nervioso central. De ahí el acertado nombre de *drogas psicotrópicas* –que modifican la psique– para distinguirlas de otros fármacos, que no tienen directa e inmediatamente este efecto.

2. Un segundo rasgo asociado al concepto de droga es el de **tolerancia**: en efecto, una de las características de las drogas es que el organismo se habitúa a su utilización, de tal forma que, para lograr el efecto pretendido, deben ingerirse cantidades crecientes. Con el paso del tiempo, en el consumo de una droga, se eleva el dintel para que ésta produzca su efecto y el organismo adquiere una mayor capacidad de tolerancia[6].

3. El tercer concepto es el de **dependencia**, debido a que el uso de la droga origina una forma de habituación y el adicto ya no puede prescindir de su uso o lo consigue sólo con grandes dificultades, ya que su consumo se le ha hecho imprescindible. La *OMS* ha dado la siguiente definición de la drogadicción: "Síndrome caracterizado por un modelo de comportamiento en el cual se da una absoluta prioridad al uso de una droga o clase de droga, contrastando esta conducta con los demás comportamientos que el sujeto consideraba antes como más importantes". Hay que distinguir, a su vez, dos tipos de dependencia[7]:

---

4. STOCKLEY, D., **Drogas. Guía ilustrada para agentes de policía**. Bilbao, 1995.

5. Cf. GOODMAN, L. S. y GILMAN, A., **Las bases farmacológicas de la terapéutica**, México, 1994; NEVILLE, R., *Drug Use, Abuse and Dependence*, en REICH, W. T. (Ed.), **Encyclopedia of Bioethics**, Nueva York/Londres, 1978, 326-333.

6. Cf. BENEIT, J. V. y MÉNDEZ, J. R., *Concepto y clasificación de las sustancias susceptibles de generar abuso*, en BENEIT MONTESINOS, J. V. y LÓPEZ CORRAL, J. C. (Eds.), **Drogodependencias**... pp. 9-19.

7. Cf. BEERS, M. H. y BERKOW, R. (Eds.). **El Manual Merck de diagnóstico y tratamiento**, Madrid, 1999, p. 1584, en donde se define la dependencia física como "un estado de adaptación fisiológica a la droga que se manifiesta por un síndrome de abstinencia"; GOODMAN, L. S. y GILMAN, A., **Las bases farmacológicas...** p. 518.

a) **Dependencia psíquica**: La *OMS* la ha definido como una condición en la cual la droga produce "un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige una administración periódica o continuada de la droga para producir placer o para evitar un estado depresivo"[8]. Se reconoce operativamente por el hecho de que la persona dependiente continúa tomando la droga a pesar de que admite conscientemente que le causa daño a su salud y a su ajuste social o económico.

b) **Dependencia física**: es un estado patológico, como consecuencia de la ingesta repetida de la droga, que conlleva la aparición de una serie de síntomas característicos y específicos, llamados "**síndrome de abstinencia**", cuando la administración de la droga se hace discontinua y, en algunas drogas, al reducirse su consumo de forma significativa. En la definición de la *OMS* es un "estado de adaptación que se manifiesta por trastornos físicos intensos cuando se suspende la administración de la droga. Estas molestias, es decir, los síntomas de retirada, configuran el síndrome de abstinencia. Las características de estos síntomas y signos de naturaleza psíquica y física son propios de cada droga"[9].

4. Hay que hacer también referencia a su efecto que podría calificarse como "**gratificante**": no se recurre, en general, a las drogas con fines médicos, sino por sus efectos rápidamente euforizantes o calmantes sobre el cerebro, por lo que pueden calificarse como "poderosos reforzadores" de determinadas sensaciones agradables, buscadas por el drogadicto[10].

5. Es también importante decir una palabra sobre el concepto de **sobredosis**, que tiende hoy día a ser sustituido por el de reacción adversa a una droga (RAD), una situación que puede abocar a la muerte del consumidor por la aparición de síntomas muy intensos, ocasionados por distintos motivos. En primer lugar, puede deberse al **bajo nivel de tolerancia** en consumidores poco expertos o que vuelven a consumir droga, después de haberla abandonado. Pero también se debe a la **excesiva pureza** de la droga consumida, en comparación con la utilizada

8. Citado por NAHAS, G., TROUVÉ, R. et al., **Manual de Toxicomanías**, Barcelona, 1992, 11. En la edición de 1999, **El Manual Merk...** p. 1584, habla de dependencia psicológica, que define como "un sentimiento de satisfacción y deseo de repetir la experiencia con la droga o de evitar el displacer que produce el no tomarla".

9. Para la discución sobre si debe mantenerse esta discutible distinción entre dependencia física y psíquica, cf. NAHAS, G., TROUVÉ, R. et al., **Manual de Toxicomanías**... p. 12.

10. COHEN. S., *Drug Use for Pleasure and Transcendent Experience*, en REICH, W. T., **Encyclopedia of Bioethics**... pp. 334-338; ESCOHOTADO, A., **Historia General de las Drogas**, Madrid, 1998.

habitualmente, y a la **adulteración excesiva**, que pueden ocasionar la muerte. En este punto hay que distinguir entre los adulterantes que no tienen acción farmacológica y cuyo objetivo es diluir la droga (azúcares, almidón, talco...) que no producen la muerte del consumidor; y ciertos estimulantes que se añaden, como cafeína, hipnóticos... que nunca son más tóxicos que la heroína. No debe perderse de vista que "el veneno es la propia droga"[11].

II. Clasificación y tipos de drogas

Se han hecho distintas clasificaciones de las drogas psicotrópicas. Presentamos la que nos parece más idónea y que ha sido propuesta por **G. H. Nahas y R. Trouvé**[12]:

1. Opiáceos
- Opio
- Morfina
- Heroína
- Metadona

2. Psicoestimulantes mayores
- Cocaína
- Anfetaminas
- "Éxtasis" y "droga del amor"

3. Psicodepresores
- Alcohol etílico
- Barbitúricos
- Benzodiacepinas

4. Cannabis
- Hachís, marihuana

5. Alucinógenos
- LSD
- Psilocibina
- Mescalina

11. ROCA, A.**, Mortalidad por reacción aguda adversa a drogas**, Barcelona, 1992.

12. NAHAS, G. H, TROUVÉ, R. et al., **Manual de Toxicomanías**... p. 32; cf. CABRERA BONET, R. y CABRERA FORNEIRO, J. (Eds.), **Las drogas de abuso: un reto sanitario**, Madrid, 1994; JAFFE, J. H., *Drogadicción y abuso de drogas*, en GOODMAN, L. S..y GILMAN, A. **Las bases farmacológicas**... p. 1986; BENEIT MONTESINOS, J. V. y LÓPEZ CORRAL, J. C. (Eds.), **Drogodependencias**...

6. Disolventes

- Acetato de etilo, benceno, tolueno, acetona...

7. Psicoestimulantes "menores"

- Tabaco (nicotina)
- Cola
- Cafeína
- Khat

Nos parece importante añadir alguna información adicional sobre algunas drogas importantes[13]:

Opiáceos: nos referimos a los alcaloides del opio (*morfina*), extraídos de las cápsulas inmaduras del *Papaver somniferum*, así como a distintas sustancias semisintéticas (*heroína*) y sintéticas (*metadona*[14]), que poseen potentes efectos analgésicos[15].

Los opiáceos, especialmente la morfina, actúan como depresores del sistema nervioso central y son analgésicos potentes en pequeñas dosis. La morfina tiene una acción depresora de los centros respiratorios, pudiendo llegar a producir la muerte por parálisis respiratoria.

La heroína, en su forma pura, es un polvo blanco. Suele inyectarse por vía intramuscular o venosa, tras disolverla previamente en agua. También puede calentarse en papel de estaño para inhalar sus vapores. Es una droga que crea una intensa dependencia. Bloquea tanto el sufrimiento físico como el mental, produciendo una sensación de bienestar en la que el dolor, la depresión y la ansiedad parecen perder importancia. La sobredosis de heroína es causa frecuente de muerte en sus consumidores, aunque se debe también, con frecuencia, a su adulteración. Produce un intensísimo síndrome de abstinencia[16].

En el caso de la heroína, los consumidores pueden llegar a consumir hasta 5 gramos al día (10 veces la dosis letal en personas no adictas). Los fármacos de este grupo son considerados, junto con el alcohol, como los que más dependencia crean. Para llegar a esta situación, se requiere su

---

13. Para la descripción de los distintos tipos de droga, cf. GOODMAN, L. S. y GILMAN, A., **Las bases farmacológicas**... pp. 526 ss.; BEERS, M. H. y BERKOW, R. (Eds.), en **El Manual Merck...** p. 1591 ss; LEIGH, V., **Así son las drogas**, Dictext, 1992.

14. Sobre la metadona, cf. ESCOHOTADO, A., **Aprendiendo de las drogas**, Barcelona, 1995; **Historia General de las drogas**, Madrid, 1998.

15. FÜRST, S., **Opiates Receptors and the Neurochemical Correlates of Pain**, Budapest, 1971.

16. REPETTO, M. y COL.**, Toxicología de la Drogadicción**, Madrid, 1985.

uso continuado durante dos o tres semanas, aunque en algunos casos se produce más rápidamente. Los trastornos del síndrome de abstinencia se presentan a las 36-72 horas de dejar de consumir la droga y son muchas veces dramáticos. Sin embargo, cesan de forma espectacular si se vuelve a administrar la droga.

La metadona, uno de los sucedáneos sintéticos de la morfina, llamada inicialmente "dolofina" por su fabricante, en homenaje al nombre propio de Hitler, fue ofrecida en 1939 a los médicos del ejército alemán como analgésico, aunque pronto fue desechada por "demasiado peligrosa". Más tarde se usó como sedante y remedio contra la tos. Actualmente se emplea como rehabilitación y tratamiento para consumidores de la heroína.

Como analgésico es algo más potente que la morfina, pero no hay un paralelismo estricto entre analgesia y depresión respiratoria. Por ello y por su fijación variable a los diversos centros cerebrales, pueden producirse acumulaciones peligrosas. Se asimila bien por vía oral y la acción de dosis pequeñas o medias permanece durante 8 ó 10 horas, aunque su vida media en el organismo es de 13 a 55 horas.

En cantidad suficiente, la metadona produce cierta sedación y analgesia. La metadona sólo parece útil para abandonar un hábito de opiáceos naturales sin sufrir de inmediato una reacción de abstinencia, o para mantener el hábito –e incluso incrementarlo, pero sin estigma social[17].

Cocaína: Es un alcaloide contenido en las hojas del arbusto *Erytroxylum coca*, que ha sido utilizado tradicionalmente, mascando las hojas, por los indios andinos. Es un potentísimo estimulante cerebral. Hay sujetos que llegan a consumir cantidades muy altas sin padecer intoxicación, lo que lleva a pensar en su rápida metabolización y excreción. No se presenta el síndrome de abstinencia en caso de cese brusco de su ingestión; sin embargo, la dependencia psicológica es intensísima. La inhalación nasal, *sniff*, produce perforación del tabique nasal, ya que la vasoconstricción continuada provoca una necrosis isquémica[18].

---

17. Cf. ESCOHOTADO, A., **Historia General de las Drogas**…pp. 1727- 1730.

18. GRINSPOON, L. y BAKALAR, J. B., **La cocaína. Una droga y su evolución social**, Barcelona, 1992; GOLD, M. S., **Cocaína**, Barcelona, 1997; BENOWITZ, N. L., *Clinical Pharmacology and Toxicology of Cocaine*, en **Pharmacology and Toxicology** 72 (1993) 3-12; SPRITZ, H. Y. y ROSECAN, J. S., **Abuso de cocaína. Nuevos Enfoques en Investigación y Tratamiento**, Barcelona, 1990; ASOCIACIÓN PERUANA DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN PARA LA PAZ, **Cocaína: problemas y soluciones andinas**, Lima,

La cocaína se consume en forma de polvo blanco, clorhidrato de cocaína, aspirándolo habitualmente por los conductos nasales, aunque en su forma purificada también puede fumarse. Provoca en el consumidor la sensación de poseer grandes facultades físicas y mentales; sus efectos son efímeros y, para mantenerlos, deben repetirse las tomas cada media hora aproximadamente. Al igual que la heroína, se consume también por vía endovenosa, produciendo aún mayores efectos.

El **crack** es cocaína en su forma química de base; atraviesa la barrera hematoencefálica y llega rápidamente al cerebro por lo que produce los mismos efectos que la cocaína (clorhidrato), pero de forma rápida y muy potente. Es la droga que origina la "subida" (*high*) más brutal que se conoce. Pero cuando, a los cinco minutos, acaba su efecto, la caída es aún más impresionante. En ocasiones se vende como tal, pero con frecuencia es el propio consumidor el que la fabrica, para su uso, a partir del polvo blanco de clorhidrato de cocaína, añadiéndole bicarbonato o amoniaco y calentando la mezcla. El **crack** altera el sistema cardiovascular. Cuando se fuma, produce inicialmente un estado de euforia exaltada, con una súbita sensación estimulante. Después de experimentar un espectacular dominio del mundo durante pocos minutos, el individuo sufre una depresión extrema, a la que sigue un período de irritabilidad e insomnio. La sobredosis produce paro respiratorio, aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, que pueden ocasionar la muerte.

Anfetaminas: son compuestos sintéticos, cuya fórmula química deriva de la *efedrina*, alcaloide natural del género *Ephedra*. Son poderosos estimuladores del sistema nervioso central, con acción antagónica respecto de los depresores. Su acción psicológica es variable en función de la dosis, forma de administración y tipo de preparado. En dosis reducidas provocan aumento temporal de la concentración, disminución de las manifestaciones de fatiga corporal y mental, del sueño y del hambre. Al cesar su ingesta, sobrevienen estados de agotamiento y depresión. Si se administran dosis mayores y por vía endovenosa, surgen sensaciones de omnipotencia y alucinaciones auditivas y visuales. El efecto de tolerancia se desarrolla con bastante rapidez[19].

Cuando el consumo es intenso y prolongado, las anfetaminas pueden provocar irritabilidad, ansiedad, agresividad, incluso comportamiento violento. Los consumidores habituales suelen tener un aspec-

---

1990.

19. NATIONAL INSTITUTE IN DRUG ABUSE (NIDA), **Pharmacology and Toxicology**

to macilento, ya que queman energías con más rapidez de lo normal. No es raro que atraviesen largos períodos de anorexia y de insomnio. Entre los síntomas de la abstinencia destacan el sueño profundo y las depresiones.

Aquí debe citarse también el "**éxtasis**", que es un derivado de la anfetamina –*MDMA*, 3,4-*metilendioximetanfetamina*– y tiene una acción estimulante similar. Posee efectos psicoactivos específicos: aumento de la percepción, sentimiento de euforia, benevolencia, de cercanía a otras personas. No puede catalogarse como alucinógeno, aunque, a dosis muy altas, puede aparecer ese efecto. Ocasiona hipertermia, por lo que se recomienda a los que lo consumen en locales cerrados beber líquidos e interrumpir la actividad cuando se sientan cansados. En algunos casos, el cuadro clínico agudo ha llevado a la muerte. Hace falta tiempo para conocer sus efectos a largo plazo; pero preocupa la posibilidad de que ocasione trastornos psiquiátricos[20]. Con el éxtasis está relacionada la *MDA*, *metilendioxianfetamina*, también conocida como "**droga del amor**"[21].

Alcohol: Nos referimos al alcohol etílico o *etanol*, obtenido de la fermentación **anaerobia** de hidratos de carbono. Afecta al sistema nervioso central, pudiendo producir depresión en los centros respiratorios y, por tanto, la muerte en algunos casos. Ocasiona euforia y analgesia, lo que facilita la creación de dependencia. Como se sabe, produce alteraciones en el hígado, ya que deteriora gravemente las células hepáticas.

Lo tolerancia puede llegar a ser considerable: los alcohólicos pueden consumir hasta 600 gramos de alcohol al día, cantidad que ocasionaría un estado de coma o la muerte en un abstemio, mientras que el alcohólico apenas da signos visibles de intoxicación. Crea también dependencia física. El síndrome de abstinencia puede ser muy intenso: alucinaciones, convulsiones, temblores...[22]

---

of Amphetamine and Related Designer Drugs, Rockville, 1989.

20. CAMÍ, J., **Farmacología y Toxicidad de la MDMA (Éxtasis)**, Barcelona, 1995.

21. BROWN, C. y OSTERLOH, J., *Multiple Severe Complications from Recreational Ingestion of MDMA (Ecstasy)*, en **The Journal of the American Medical Association** 258 (1987) 780-781; CABRERA BONET, R. y CABRERA FORNEIRO, J., **Las drogas de abuso**... 62-75.

22. AA. VV., *Alcohol, sociedad y cultura*, en **Jano** 44 (1993) n.º 1034 (tema monográfico); PINILLOS, J. L., **La bebida humana**, Madrid, 1984; KESSEL, N. y WALTON, H., **Alcoholismo**, Barcelona, 1991; ALONSO FERNÁNDEZ, F., **Alcoholdependencia**, Barcelona, 1992; ARBOLÉS, J., **Sociología y causas del alcoholismo**, Barcelona, 1993; CASAS, M., GUTIÉRREZ, M. y SANZ, L., **Psicopatología y Alcoholismo**, Barcelona, 1994; DUMENT-DAMIEU y DUYME, M., **Génétique et Alcoholisme**, París, 1993; CALIFANO, J. A., Jr., **Drug Abuse and Alcoholism**, Nueva York, 1982; GODARD, *L´alcoholis-*

Barbitúricos: Son productos derivados del ácido tiobarbitúrico que fue el punto de partida para la síntesis del primer compuesto con actividad hipnótica, el *veronal* (1903). Desde entonces se han obtenido más de 2.500 fármacos, de los que sólo se utiliza un número reducido.

Los barbitúricos ocasionan depresión en el sistema nervioso central, produciendo desde sedación hasta anestesia general, incluso estados de coma y la muerte por depresión respiratoria. Disminuyen la actividad física y originan somnolencia. Crean mucha dependencia. El síndrome de abstinencia es muy prolongado, con síntomas de ansiedad, mareos, trastornos de la visión, náuseas... Pueden ocasionar la muerte en casos de sobredosis. El alcohol potencia, de forma muy considerable, el efecto de los barbitúricos. Es uno de los métodos más utilizados en casos de suicidio. Además hay que subrayar que el estado de obnubilación provocado por los barbitúricos puede llevar a tomas sucesivas, sin recordar lo ingerido con anterioridad[23].

Benzodiazepinas[24]: Están presentes en fármacos tan conocidos como el *valium*. *tranxilium*, *librium*... Este grupo de tranquilizantes fue introducido en 1960 y tienen propiedades, ansiolíticas, sedantes, hipnóticas, son relajantes musculares... Su gran utilidad médica ha hecho de las benzodiazepinas el fármaco elegido en estadios de tensión nerviosa, ansiedad, neurosis, insomnio, tratamientos psiquiátricos... habiendo desbancado a los barbitúricos en la mayoría de los casos. Ocasionan muy baja tolerancia y dependencia. Los drogadictos los usan con frecuencia, solos o asociados con otras drogas (heroína, cocaína...) para potenciar sus efectos, constituyendo, de esta forma, un riesgo adicional en los casos de muerte por droga[25].

Cannabis: De las sumidades floridas de *Cannabis sativa*, el cáñamo indio, se extrae un producto al que se le denomina habitualmente *marihuana*, *hachís* o *hierba*. Toda la planta tiene principios activos, aunque en menor cantidad que en las flores.

Sus efectos más significativos se producen sobre el sistema nervioso central y el cardiovascular. Originan cierta euforia, aunque también, a veces, tendencia a la somnolencia. Los cambios perceptivos más significativos son: distorsión visual y auditiva, pseudoalucinaciones... Si

---

me aujourd`hui, en **Études** 360 (1984) 315-328.

23. Cf. REPETTO, M. y COL, **Toxicología**... pp. 42-44.

24. **Ib**., pp. 45-48.

el consumo se hace en grupo puede surgir tendencia a la locuacidad, a risas espontáneas. No se ha comprobado la existencia de síndrome de abstinencia.

Es una de las drogas psicotrópicas más usadas. Suele fumarse en forma de cigarrillo y sus efectos son suaves y agradables, produciendo una sensación relajante. Como el *LSD*, que veremos a continuación, produce placer y sensación de autotrascendencia. Los *yoguis* lo usaron en el pasado como ayuda para sus meditaciones y se utilizó en ciertas culturas como droga de ceremonial religioso. En conjunto, tiene un efecto más bien trivial sobre el comportamiento y la conciencia. Las actitudes de rechazo en el mundo occidental pueden explicarse por su procedencia de otras culturas y por su vinculación social con otras drogas más peligrosas[26].

LSD o *dietilamida del ácido lisérgico*: es el prototipo de las drogas psicodélicas, que se obtiene a partir del cornezuelo del centeno. Provoca en el consumidor una sensación de despersonalización, de distorsión de sus percepciones, de fragmentación del esquema corporal, alucinaciones... La experiencia –"viaje", *trip*– es generalmente agradable, pero también hay a veces, sensaciones muy negativas –*bad trips*. Sus efectos duran unas tres horas y desaparecen totalmente a las 6-12 horas.

Después de tres-cuatro dosis diarias se origina un alto grado de tolerancia. Puede provocar dependencia psicológica, pero no se observa la existencia de síndrome de abstinencia. No se la considera tóxica, pero sí peligrosa por los accidentes que pueden ocurrir cuando se está bajo sus efectos (precipitación al vacío, etc). Induce una intensificación de la conciencia sensorial, especialmente en el campo visual: los colores son más saturados, los objetos adquieren mayor profundidad y luminosidad; los objetos inmóviles comienzan a moverse, el tiempo se lentifica, se paladean la música y los colores. Las emociones y sensaciones parecen fundirse en un proceso mental primordial; la función crítica del *ego* queda difuminada[27].

Disolventes orgánicos (disolventes o inhalantes): Con este término nos referimos a una serie de productos químicos, que son líquidos muy volátiles o gases. Comercialmente se encuentran en la gasolina, solu-

25. **Ib**., p. 45.
26. GOLD, M. J., **Marihuana**, Barcelona, 1991; NAHAS, G. H. y PATTON, W. D., **Marihuana: Biological Effects**, Oxford, 1979.
27. Sobre LSD, ver ZAVALLONI, R., *Gli allucinogeni e l´esperienza religiosa*, en

ciones limpiadoras o quitamanchas, combustibles para encendedores, disolventes de barnices y pinturas, "colas" y "pegamentos", diversos *sprays* y otras sustancias de uso doméstico.

Producen tolerancia y no hay pruebas de que originen dependencia física, aunque algunos autores lo afirman. Sus efectos son similares a los anteriores: sensación de júbilo y despreocupación que progresa hacia alucinaciones, con perturbaciones del juicio y de las percepciones. Si la inhalación no se interrumpe puede llegar hasta el estado de coma y la muerte. Proporcionan evasión a personas carentes de expectativas y las usan con frecuencia los niños de barrios pobres. El gran peligro de estas drogas es que su oferta es legal, ya que están presentes en la composición de productos accesibles a la población[28].

Tabaco: es discutible su efecto euforizante. No le es fácil al fumador describir la gratificación que recibe. Algunos experimentan sentimientos ligeros de relajación, otros una mayor estimulación, pero la mayoría no cita una mejora de su estado de ánimo. No parece que la gratificación se justifique por el placer de inhalar. Quizá se trate de un reforzamiento de comportamientos oromanuales, repetidos de forma interminable. Se ha mostrado que la nicotina causa síndrome de abstinencia en animales de laboratorio, cuando se cesa su administración. Produce claramente dependencia psicológica. Las consecuencias negativas sobre la salud son indiscutibles: acción cancerígena, incremento del riesgo cardiovascular...[29].

III. Psicología y sociología del drogodependiente

Dentro de la cultura occidental se ha modificado el modelo, la *imagen-robot*, del drogodependiente[30]. En las toxicomanías clásicas del pasado, el recurso a la droga tendía a realizarse en solitario y en secreto. En los años 60, ciertos artistas y filósofos tomaban *hachís* como medio de inspiración. Otros tomaban la droga como fin en sí mismo. Habían llegado generalmente a ello a través de un proceso: normalmente comen-

---

Antonianum 61 (1986) 125-134.

28. NATIONAL INSTITUTE IN DRUG ABUSE, **Epidemiology of Inhalant Abuse: An Update**, nº 85, Rockville, 1988.

29. Ver REPETTO, M. y COL., **Toxicología**... pp. 21-22; 73-78.

30. BÖTTCHER, H. M., **Enigmas de las drogas maravillosas**, Barcelona, 1970; BRAU, J. L., **Historia de las drogas**, Barcelona, 1969; ESCOHOTADO, A., **Historia General de las Drogas**…; AA. VV., *Drogodependencias: diez años después del SIDA*, en **Jano** nº 1140 (tema

zaron a tomar droga por necesidad (como medio), para acabar tomándola por haber creado adicción (como fin). Eran especialmente personas que se habían convertido en morfinómanas, después de un prolongado tratamiento para aliviar sus dolores. En general se trataba de adultos que permanecían fieles a la misma droga, a la que recurrían de forma privada.

Actualmente estamos en una situación nueva, que arranca en nuestra cultura a partir de la década de los 60[31]. El consumo de drogas se realiza frecuentemente en grupo, tal como se inició entre los *hippies*, como forma de pertenencia a un grupo e identificación con él. La nueva situación se caracteriza por el hecho de que los consumidores de drogas son con mucha frecuencia personas jóvenes y se está adelantando la edad de comienzo del consumo. La iniciación acontece también a través de personas de la misma edad. Este nuevo tipo de drogadicto no se mantiene fiel a la misma droga, sino que necesita la combinación de varias, dándose un proceso de escalada en el que cada vez se va ascendiendo a drogas más fuertes. Se trata, por tanto, de un drogadicto *polivalente* (policonsumo). Además y en muchos casos, el drogadicto actual es un individuo marginal y forma parte de un grupo contracultural[32].

Las principales razones de este cambio en la imagen del drogadicto son las siguientes:

1. Las drogas han dejado de tener un carácter clandestino, para convertirse en una forma nueva de **rito iniciático**. El recurso a la droga significa la asunción de riesgos como forma de afirmación de la propia identidad y de pertenencia a un grupo. También es verdad que, en nuestra cultura, existían otros tipos de iniciación al estado adulto, aunque sus consecuencias eran aparentemente menos graves: el alcohol y el tabaco.

2. El proceso de adicción debe enmarcarse dentro de la **crisis general de la adolescencia**, existente en nuestras culturas[33]. La adolescencia ha sido siempre una etapa difícil, por lo que significa de transición desde la infancia hasta la edad adulta (algunos autores han llegado a afirmar

monográfico).

31. Ver PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, **Memoria 1994**, Madrid, 1994.

32. Cf. CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE LA REALIDAD SOCIAL (CIRES), **La droga como problema social**, Madrid, 1991.

33. Cf. ERIKSON, E. H., **Identidad: juventud y crisis**, Madrid, 1980; ARANA, J., **Psicosociología de la juventud drogadicta**, Madrid, 1981; RUIZ-MATEOS, A. M.,

que todos los adolescentes pasan por etapas psicóticas). La derogación de los valores tradicionales y su frecuente sustitución por "valores" de consumo, hace especialmente complejo ese proceso y la crisis de la sociedad hace más ardua una etapa en sí misma difícil. Muchos autores insisten en que la adolescencia actual está marcada por un especial desequilibrio entre, por una parte, la maduración de la inteligencia y el desarrollo biológico y de la sexualidad, y, por otra, la vida afectiva y emocional, cuya maduración parece haberse retrasado. El joven de hoy vive el desequilibrio interior de una madurez de ciertos aspectos de su personalidad, que no van acompañados por la misma maduración de sus esferas afectiva y emocional[34].

3. Hay factores que parecen mostrar que en ninguna otra época histórica, ha existido un *gap*, un **hiato tan fuerte**, entre el mundo de los adultos y el de los jóvenes, como el que existe actualmente. La juventud de hoy se ha convertido en amplias zonas del mundo en una nueva clase social, que posee sus propios y cambiantes símbolos de identificación. Sin duda hay claros intereses económicos detrás de esta nueva estratificación social, en que los jóvenes tienen mayor independencia de sus padres y han dejado de ser un sector social con limitados recursos económicos, para convertirse en importantes consumidores. En todo este contexto, agudizado por la conciencia de que estamos viviendo en coordenadas nuevas y que ha surgido un nuevo tipo de cultura o de contracultura, los modelos adultos apenas tienen validez en el mundo de los jóvenes.

4. A ello hay que añadir una serie de **rasgos característicos de la juventud actual**, como son la carencia de motivaciones e intereses reales, el narcisismo característico de la adolescencia –con su tendencia al cultivo del cuerpo y del propio yo. Sobre ello incide una serie de factores ambientales, consecuencia de la situación de crisis actual: los conflictos y rupturas familiares[35], dentro de una institución marcada por una crisis profunda, las aglomeraciones urbanas con sus ingredientes de deshumanización, anonimato y falta de zonas verdes y de recreo o deporte, el paro juvenil y los problemas laborales, el desarraigo debido a fuertes procesos migratorios hacia las ciudades, los problemas escolares dentro de una institución también en crisis...

Juventud y droga: reflexiones desde el ámbito de la Psiquiatría, en **Moralia** 7 (1985) 329-347.

34. A.A. V.V., *Psicología y Medicina*, en **Jano** 41 (1991) nº 972 (tema monográfico).

35. ARANA, J., *Factores socio-familiares de la adicción a las drogas*, en AA. VV., **Droga y**

5. Un factor adicional surge de las carencias del **modelo de sociedad** actual, caracterizada por una demanda al ciudadano de altos niveles de producción y eficacia, que incita, directa o indirectamente, al consumo de estimulantes: así, por ejemplo, determinadas profesiones son especialmente sensibles (médicos en USA, *yuppies*...). Se incita continuamente al consumo, lo que tiene su repercusión en la droga. El grado de satisfacción del individuo se relaciona con su capacidad de consumo, pero los jóvenes no lo pueden lograr, lo que les crea un alto nivel de insatisfacción y frustración.

6. Al mismo tiempo, ha tenido lugar una importante **demolición del mundo de los valores**. Se han derrumbado muchos ideales y valores del pasado y hay que vivir a la intemperie. En efecto, para muchos jóvenes han desaparecido los ideales religiosos, sociales, políticos o patrióticos, que constituían en el pasado un horizonte de referencia, estímulo para la superación y cauce de servicio. Se ha dado un oscurecimiento y una transmutación de valores que, anteriormente, eran motivadores del comportamiento: la familia, el trabajo, la profesión, la sexualidad... no significan ya lo mismo. Los valores y modelos de identificación del pasado engendraban comportamientos que eran coherentes con aquéllos[36].

Estos cambios han significado para no pocos jóvenes un hundimiento de sus motivaciones vitales; les ha dejado sin ideales por el oscurecimiento de los valores y la caída de las normas. En esta situación, el joven siente el vértigo del vacío y vive en un desierto espiritual. Nada tiene sentido; no existen causas nobles por las que merezca la pena luchar o vivir. El horizonte de futuro aparece nublado; el acceso al trabajo es difícil; las expectativas materiales, que fueron desencadenantes de estímulo para sus padres, ya no lo son para muchos hijos. Todo este conjunto de datos está cerrando su futuro; sólo les queda vivir el momento presente, intensamente y a toda prisa, exprimiéndolo hasta la última gota.

En todo este contexto, la droga puede aparecer como el fármaco de la felicidad. Es capaz de llenar un vacío interior; poblarlo y animarlo con un mundo de sensaciones nuevas y relaciones inhabituales. Dado que faltan motivaciones fuertes, la droga acaba imponiéndose "por

---

familia, Madrid, 1987, 7-22.

36. BERISTAIN, A. y DE LA CUETA, J. L., **La droga en nuestra sociedad actual: nuevos horizontes en Criminología**, San Sebastián, 1986; FRANKL, V., **El hombre en busca**

defecto", porque no existen otros ideales en que soñar. Todo ello enmarcado en una sociedad en que los intereses económicos empujan al consumo, a la satisfacción inmediata, a la rápida solución de los conflictos externos o internos, a la inmediata y fácil gratificación ante las dificultades vitales.

7. Finalmente, es importante subrayar el influjo de los **factores políticos y económicos** en el fenómeno de la drogadicción. Son muchos los datos que indican la relación entre droga y terrorismo. Se ha recurrido a la droga para sufragar movimientos revolucionarios o terroristas y, también, para evitar la toma de conciencia sobre otros problemas más graves, como factor estabilizador o adormecedor de la conciencia social o política... Nadie duda de la gran importancia de los intereses económicos en torno a la droga, que mueven anualmente hasta 500.000 millones de dólares. Es indiscutible que los grandes beneficiarios del tráfico de drogas no son los países productores –todos ellos del Tercer Mundo– y menos aún los propios cultivadores; tampoco lo son los pequeños traficantes. Los narcotraficantes se han independizado de los Estados y han llegado a crear sus propias reglas de juego. Es evidente que existen grandes intereses macroeconómicos, fundamentados en el *blanqueo* de las inmensas sumas de dinero provenientes del tráfico de drogas[37].

IV. La Iglesia Católica ante el problema de la droga

De la desesperación a la esperanza es el título de un documento eclesial, publicado por el *Pontificio Consejo para la Familia* el 8 de mayo de 1992[38]. El título de este documento recoge las palabras de **Juan Pablo II**. a los participantes en la reunión. Son numerosas las tomas de postura eclesiales sobre este gravísimo problema de nuestro tiempo, de las que nos parece importante subrayar la espléndida Carta Pastoral de los Obispos Vascos, *El oscuro mundo de la droga juvenil*[39]. Nos vamos a ceñir, sin embargo, al del Consejo de la Familia, por proceder de un

---

de sentido, Barcelona, 1981; **Ante el vacío existencial**, Barcelona, 1980.

37. BERNET, F., *Drogue: entre Économie et Éthique*, en **Études** 378 (1993) 43-52; BUSTOS, J., **Coca. Cocaína. Entre el derecho y la guerra**, Barcelona, 1990.

38. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *De la Desesperación a la esperanza*, en **Ecclesia** n.º 2581 (23 de mayo de 1992) 796-806.

39. CARTA PASTORAL DE LOS OBISPOS DE PAMPLONA Y TUDELA, BILBAO, SAN SEBASTIAN Y VITORIA, *El oscuro mundo de la droga juvenil*, en **Ecclesia**, n.º 2199 (1

organismo vaticano[40]. Los puntos más importantes de un documento que da un especial relieve a la misión educativa y pastoral de la familia y la Iglesia, son los siguientes:

1. Insiste en que "la droga no es el problema principal del drogadicto. El consumo de droga es solamente una respuesta engañosa a la falta de sentido positivo de la vida". Reconociendo la complejidad del tema y las diversas causas que llevan a la drogadicción, sin embargo, se subraya que en todos los drogodependientes, cualquiera que sea su edad, se da siempre "un motivo constante y fundamental: Una cierta **crisis de valores** y una falta de armonía interior de la persona". Ello ocasiona un estado de ánimo 'inmotivado' e 'indiferente' "que desencadena un desequilibrio interior moral y espiritual del que resulta un carácter inmaduro y débil".

2. Subraya que el que vive de la droga tiene "una condición mental equiparable a una **adolescencia interminable**". Añade que "fundamentalmente el drogadicto es un '**enfermo de amor**'; no ha conocido el amor; no sabe amar adecuadamente, porque no ha sido amado de forma adecuada". La formulación es bella, pero uno se tiene que preguntar si está contrastada con la realidad y, sobre todo, creemos que puede crear injustificados sentimientos de culpabilidad en los padres de los drogadictos y en su propia familia.

3. El documento da un **especial relieve al papel de la familia**: insiste en cómo las crisis familiares, la falta de comunicación, la competitividad, el consumismo, el egoísmo, la incapacidad para educar adecuadamente... son factores que guardan importante relación con la drogadicción.

4. Como apuntamos anteriormente, la drogodependencia es "**síntoma del estado actual de la sociedad**... sin ideales, permisiva, secularizada,

---

de diciembre de 1984) 1456-1467.

40. Pueden citarse, además, otros documentos eclesiales: JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en la VI Conferencia para la Pastoral de los Agentes Sanitarios*, en **Ecclesia** n.º 2560 (28 de diciembre de 1991) 1981-1983; *Mensaje a la Conferencia Internacional sobre Abuso y Tráfico de Drogas*, en **Ecclesia** n.º 2329 (25 de julio de 1987) 1060-1061; *Responding to the Contagion of Drug Abuse and Alcoholism*, en **Origins**, 5 de diciembre de 1991; CONFERENCIA EPISCOPAL PERUANA, *La Iglesia y el narcotráfico*, en **Ecclesia** n.º 2485 (21 de julio de 1990) 1099-1102; CONFERENCIA EPISCOPAL BOLIVIANA, *El narcotráfico está destruyendo las bases de la sociedad boliviana*, en **Ecclesia** n.º 2184 (28 de julio de 1984) 925-927; US NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *A Pastoral Message on Substance*

donde la búsqueda de evasión se expresa bajo muchas formas diversas, una de las cuales es el refugio en la droga". El documento critica una libertad, que se ha convertido en permisivismo, consumismo y hedonismo, en paro juvenil: en "una sociedad a la búsqueda de una gratificación inmediata y de la propia comodidad a toda costa, en la cual hay un mayor interés por 'tener´ que por 'ser'... la droga es una fácil e inmediata, pero engañosa, respuesta a la necesidad humana de satisfacción y de verdadero amor".

5. Considera que los **medios de comunicación** pueden estar favoreciendo indirectamente la mentalidad que aboca a la drogadicción: "crean modelos, proponen ídolos y definen la 'normalidad' por medio de un sistema de pseudovalores. Así, los jóvenes asimilan un concepto fantástico y distorsionado de la vida y de la sociedad". En la misma dirección afirma que "la drogadicción es el resultado de una **cultura** que, vaciada de muchos valores humanos, compromete la promoción del bien común y, por tanto, la auténtica promoción de la persona".

6. Insiste en que los **valores humanos y cristianos**, ofrecidos por la Iglesia, son respuesta al problema: "La libertad del espíritu contra el materialismo y el consumismo; la verdad acerca del bien y del hombre contra el utilitarismo y el subjetivismo ético; la grandeza del amor, que busca siempre el bien del otro, por medio incluso de la entrega de sí mismo, contra la banalización de la sexualidad y el hedonismo".

7. El documento es una **llamada a la esperanza**, tal como lo refleja su mismo título: "El amor misericordioso de Dios mira de forma especial a los que necesitan en mayor medida de su acción compasiva y liberadora". El mensaje evangélico "anuncia el amor de Dios, que no desea la muerte, sino más bien la conversión y la vida de todos los que viven el drama de la drogodependencia y padecen una existencia miserable... Al drogadicto, fundamentalmente carente de amor, es necesario darle a conocer y experimentar el amor de Cristo Jesús. En medio de un malestar persistente, el itinerario hacia la esperanza pasa por la recuperación de un ideal auténtico de vida".

8. En la misma línea y tomando afirmaciones de **Juan Pablo II**, se afirma que es necesario llevar al drogadicto "al descubrimiento o al redescubrimiento de la propia dignidad de hombre; ayudarle a conseguir que resuciten y crezcan, como sujeto activo, aquellos recursos persona-

les que la droga había sepultado, mediante una confiada reactivación de los mecanismos de la voluntad, orientada hacia seguros y nobles ideales". Y añade una afirmación importante: "Ha quedado completamente probada la **posibilidad de recuperación** y de redención de la pesada esclavitud... con métodos que excluyen rigurosamente cualquier concesión de drogas, legales e ilegales, de carácter sustitutivo... La droga no se vence con la droga"[41].

9. La **responsabilidad de la familia** es fundamental ante el problema de la drogadicción: "desde la primera adolescencia los hijos se refieren a los padres y a la familia como modelos de vida... La familia debe volver a ser el lugar en el que los hijos experimenten la unidad que les refuerce en su peculiar personalidad... Debe formarlos para la autoestima, para el descubrimiento de las propias capacidades de discernir los valores morales. La familia debe sensibilizarlos continuamente de modo formativo sobre los peligros de la desviación".

10. Trata también el drama de la **familia afectada por la presencia de la drogadicción**: "en modo alguno, debe cerrarse, ni tener miedo de hablar claramente de lo que está viviendo. En suma, debe tener la valentía de pedir ayuda a quien está en condiciones de apoyarla y puede válidamente aconsejarla". E insiste en que, como nos lo ha enseñado el Señor: "El sufrimiento y los sacrificios ayudan a crecer y a madurar".

11. Los **drogadictos que han superado su dependencia** pueden ser una gran ayuda en los programas de rehabilitación: "Se convierten en apoyos válidos y en testimonios creíbles para otros; son como maestros de prevención con el ejemplo de esperanza y de recuperación positiva. Los ex-drogadictos se convierten en especialistas al afrontar el problema de la droga porque han vivido el sufrimiento en la propia carne".

Abuse, en **Origins**, 5 de diciembre de 1990.

41. Dentro de los distintos cauces de desintoxicación y reinserción de los drogadictos, nos parece importante resaltar los grandes valores y resultados conseguidos a través de Proyecto Hombre. Cf. **Programa terapéutico-educativo Proyecto Hombre**, Madrid, 1994; AUSEJO, M. y CODURAS, P., **Toxicomanías: alternativas de rehabilitación y prevención**, Zaragoza, 1988. Ver también, COMAS, D., *Situación de las comunidades terapéuticas para drogodependientes en España*, en **Jornadas de trabajo sobre comunidades terapéuticas de drogodependientes en España**, San Sebastián, 1987; POLO, L. y ZELAYA, M.,

V. El debate actual sobre la legalización de las drogas

Ante el grave problema de la difusión de las toxicodependencias, se plantean problemas jurídicos fundamentales[42]. **Conde-Pumpido** los resume así: "¿Hasta qué punto el derecho puede sancionar penalmente la elección individual? ¿Podemos convertir el derecho a la salud en un deber exigible a cada ciudadano bajo amenaza de sanción penal? ¿Frente a las grandes organizaciones internacionales, que controlan el mercado, es eficaz un sistema de control penal del ciclo producción-tráfico-consumo? Y, sobre todo, ¿hasta qué punto la actual política de criminalización no resulta excesivamente cruel con los propios drogadictos, a los que se les condena a la marginalidad, la delincuencia y la muerte por adulteración, e injusta con los demás ciudadanos, a los que se les convierte en víctimas de los numerosos delitos que los toxicodependientes se ven abocados a cometer para conseguir los fondos con que sufragar su adicción en el mercado ilegal, y, además, es contraproducente, porque incrementa los beneficios ilegales y fomenta con ello el tráfico y el consumo?"[43].

Ciertamente debe huirse de posturas simplificadoras y descalificadoras: "Hay que partir de que tanto los prohibicionistas como los despenalizadores tratan de defender a la sociedad, y minimizar los graves daños derivados del abuso de drogas. No puede descalificarse la posición antiprohibicionista calificando a sus partidarios de defensores de la droga, ni introducir frívolamente la despenalización inmediata en los programas electorales desconociendo el carácter universal del problema y la imposibilidad de realizar una política despenalizadora en un solo país"[44]. En la misma línea, **J. Sádaba** afirma que "cualquier postura frívola o extrema no es de recibo. Cuando un problema se muestra tan intratable, cuando la argumentación oscila de un lado a otro, la prudencia es buena consejera, el análisis detallado es una necesidad y todos los distingos del mundo han de ser bienvenidos"[45].

Comunidades terapéuticas para toxicómanos, Madrid, 1985.

42. Ver DÍAZ RIPOLLÉS, J. L., LAURENZO, P. y COPELLO, T. (Coords.), **La actual política criminal sobre drogas. Una perspectiva comparada**, Valencia, 1993; JUECES PARA LA DEMOCRACIA, **¿Hasta dónde el control penal en una sociedad democrática?**, Alicante, 1994; ALONSO FERNÁNDEZ, F., *Legalización de la marihuana*, en **Archivos de la Facultad de Medicina de Madrid** 32 (1977).

43. CONDE PUMPIDO, C., *Imaginación contra represión*, en **El País** (*Temas de nuestra época: La droga y la ley*), 5 de octubre de 1989.

44. **Ib**.

Hay dos constataciones generales: en primer lugar, si se llega a una política de legalización de las drogas debería tratarse de una política consensuada a nivel mundial –ya que de lo contrario surgirían los "paraísos de la droga". Además y en segundo lugar, la mayoría de los autores están de acuerdo en reconocer el carácter tóxico que tienen una serie de drogas y, por tanto, en subrayar la necesidad de información, prevención y de un riguroso control administrativo, como sucede con ciertos medicamentos o productos tóxicos[46].

Los argumentos citados por los defensores de la despenalización de la distribución y consumo de drogas son, fundamentalmente, los siguientes:

1. **La afirmación de la libertad individual**, un argumento teórico o de principios que **Sádaba** lo formula así: "La libertad es un bien último. Ahora bien, ese bien, en cuanto que es último, no tiene otro juez que no sea la misma persona libre, luego es esa persona, libre y responsable, la que decide de cada uno de sus actos. Incluso si la droga... lleva a la destrucción total... Como suponemos, además, que lo que el individuo hace con su cuerpo no interfiere, directamente, en el cuerpo de los demás, tampoco se ve barrera externa que pueda coartar la decisión libre en cuestión... La libertad es, sin duda, el referente último. Pero las leyes, si tienen algún sentido, están para defender la libertad de todos"[47].

En la misma línea, **F. Savater** ha escrito que las drogas han acompañado a los hombres desde la antigüedad más remota: "son una de las posibilidades gratificantes, y por tanto uno de los derechos de los hombres del siglo XX, así como la información desprejuiciada sobre sus efectos, el control de su pureza y el equilibrio de mercado de su precio". Ya que el fondo del problema es "el de si se toma en serio o no la libertad de elección de los individuos", ya que "nadie sabe mejor que cada cual lo que le conviene y que es a cada cual a quien hay que asegurarle el ejercicio de la libertad"[48].

2. **El fracaso de la actual política antidroga**: La política penalizadora no está logrando sus propósitos, sino todo lo contrario: no sólo no ha acabado con el consumo de drogas, sino que éste ha aumentado en los últi-

45. SÁDABA, J., *La libertad, el referente último*, en **YA**, 4 de marzo de 1990.
46. Ver MARTÍNEZ, A. y MOYA, F., **Legislación sobre drogas**, Madrid, 1990; INCIARDI, J., **The Drug Legalization Debate**, Londres, 1991.
47. SÁDABA, J., *La libertad*...

mos años y provoca daños crecientes. Es frecuente hacer referencia al fracaso de la famosa *ley seca* norteamericana, vigente desde 1919 a 1930. **A. Escohotado** subraya cómo la historia muestra que una normativa prohibicionista acaba multiplicando los consumos irracionales, la corrupción institucional...: "Distintas épocas y países prueban que un autocontrol aparece tan pronto como cesa el heterocontrol o tutela oficial"[49]. El Premio Nobel en Economía, **Milton Friedman**, lo ha expresado de forma gráfica y contundente: "Las drogas son una tragedia para los adictos. Pero al criminalizar su uso éste se convierte en un desastre para la sociedad, para los usuarios y los no usuarios... Si las drogas hubiesen sido legalizadas hace diecisiete años, el *crack* nunca hubiera sido inventado (fue inventado porque el alto costo de las drogas ilegales hizo que fuera negocio proveer una droga más barata) y hoy habría muchos menos adictos. Menos gente estaría en la cárcel y menos cárceles hubieran sido construidas"[50].

3. **El impacto sobre los drogadictos**: En efecto, la penalización de la droga está ocasionado la marginación y criminalización de amplios sectores de la población, la sobrecarga del sistema de justicia penal y la saturación de los centros penitenciarios, el crecimiento exponencial de las muertes por consumo de drogas adulteradas y el aumento de la violencia y de la ilegalidad como consecuencia de la necesidad de conseguir dinero para el consumo. Numerosos sociólogos, psicólogos y estudiosos del comportamiento colectivo afirman que el consumo de drogas tiene su caldo de cultivo en su ilegalidad y clandestinidad, que fomenta el comportamiento contestatario de los jóvenes.

4. La despenalización disminuiría la **inseguridad ciudadana**. Un porcentaje muy elevado de los actos delictivos está relacionado con el consumo de drogas –se suele dar la cifra de que hasta el 80-90% de los delitos están relacionados con la drogadicción. Estos actos delictivos

---

48. SAVATER, F., *Tomarse libertades*, en **El País**, 25 de octubre de 1989.

49. ESCOHOTADO, A., *El enfermante remedio*, en **YA**, 4 de marzo de 1989. Ver también ESCOHOTADO, A., **Aprendiendo de las drogas**, Barcelona, 1995; SZASZ, Th., **Droga y ritual**, Madrid, 1990; **Nuestro derecho a las drogas**, Madrid, 1993.

50. FRIEDMAN, M. "Por la legalización de las drogas", **Diario 16**, 19 de octubre de 1989 (Se trata de una carta del Premio Nobel de Economía, dirigida a William Bennet, jefe de la agencia antidroga *DEA*). Ver también *La batalla contra el tráfico y el consumo de drogas es una batalla perdida*, en **El País**, 5 de octubre de 1989 (Traducción del artículo aparecido en **The Economist**); PANIAGUA, J., *La lucha mundial contra la droga, ¿una batalla perdida?*, en **Revista Fomento Social** 46 (1991) 247-270; MANRIQUE GIL, E., *Franquías peligrosas*, en **El**

tenderían a reducirse de forma muy significativa, si la venta de droga se realizase por cauces comerciales y a precios asequibles para los consumidores[51].

5. **La quiebra de las mafias de los narcotraficantes**: El sistema actual de represión del tráfico de drogas no funciona debido a las ingentes ganancias de los narcotraficantes. Si las drogas se legalizasen, acabarían tales beneficios. Por el contrario, se ha creado el más potente y extendido imperio del crimen organizado, con una acumulación de beneficios financieros, que lleva a situar al negocio de la droga entre los tres más importantes del mundo –cuyos beneficios se evalúan, como dijimos antes, en torno a los 500.000 millones de dólares anuales– y que está sembrando la corrupción entre funcionarios, autoridades e incluso Estados[52].

Como consecuencia de todo ello, son bastantes las voces que piden una política no represiva, que *The Economist* sintetizaba en la fórmula: *Legalizar, controlar, desalentar*, un camino que, sin duda, será complejo, exigirá pasos sucesivos y un consenso internacional. No significa desconocer los riesgos de las drogas para la salud y la libertad individual, sino constatar el carácter contraproducente e ineficaz de una política penalizadora. Por supuesto, debe ir acompañada de medidas educativas, informativas y de prevención –equiparables a las actuales campañas anti-tabaco, de indiscutible éxito en varios países.

Entre los partidarios de mantener la penalización de las drogas, especialmente en las instancias oficiales, se afirma que si la política actual no ha tenido éxito, lo que debe hacerse es aumentar la represión penal: aplicando sanciones a los consumidores, incrementando los efectivos policiales, aduaneros, etcétera.

Los argumentos en favor de continuar una política penalizadora son, básicamente, los siguientes[53]:

1. Se argumenta que la despenalización del tráfico de drogas no conllevaría necesariamente poner **límites al imperio de las mafias**. Cierta-

---

País, 5 de octubre de 1989.

51. JIMÉNEZ VILLAREJO, J., *Algunos problemas jurídicos y penales planteados por las toxicomanías*, en AA. VV., **La droga en la juventud**, Madrid, 1981; OTERO, J., **Droga y delincuencia**, Madrid, 1996; ELZO, J., **Delincuencia y drogas**, Vitoria, 1992.

52. DÍAZ DIÓNIZ, G., *El narcotráfico: un síntoma de disgregación social*, en **Razón y Fe** 221 (1990) 405-420.

53. LYNCH, G. W. y BLOTNER, R., *La legalización de las drogas no es la solución*, en

mente afectaría a los pequeños traficantes, pero, ¿es tan seguro que afectaría a los grandes traficantes? Dado que se prohibiría el consumo de drogas a los menores, ello abriría un nuevo mercado negro. Es fácil, además, que las nuevas redes comerciales, abiertas tras una política legalizadora de las drogas, con su inevitable cortejo de intervencionismo y controles, dejen siempre espacio para la creación de redes paralelas de contrabando –como acontece en el caso del tabaco, las armas, las obras de arte...

Hay que ser conscientes, además, de que no es la droga la que crea la mafia, sino, al revés: es la mafia la que se aprovecha de la droga. Aunque la legalización fuese tan amplia que abarcase todas las drogas actuales y futuras, las mafias entrarían en otras actividades ilegales como el juego, la prostitución, las extorsiones... lo que ocurrió en USA al abolirse la ley seca.

2. **¿Mejoraría con ello la seguridad ciudadana?** Se ha escrito que la mayoría de los delincuentes habituales no son primariamente adictos, aunque acaben cayendo en el mundo de la droga, por su propia inestabilidad personal o por su propensión a violar las normas. No pueden negarse –lo subrayamos anteriormente– otros factores incidentes en el tipo de sociedad en que vivimos: el paro, la exaltación social de la violencia... Por otra parte, se afirma que la adicción a determinadas drogas produce una pérdida de los frenos inhibitorios, como consecuencia de la dramática destrucción física y psíquica del adicto, y una situación de aislamiento social y de marginación, con importantes potenciales delictivos.

3. **La situación de los drogadictos y los jóvenes**. Se arguye que dejar a los adictos a su suerte, proporcionándoles drogas baratas o gratuitas, lo que hace es contribuir a prolongar y agravar una dependencia que, en muchos casos, tiene gravísimos efectos nocivos para la salud física, psíquica y social. Se conseguiría mejor calidad de la droga consumida, pero ello no impediría que el heroinómano, por ejemplo, no llegase a cumplir los treinta años, ya que se muere por el efecto físico causado por la droga, no sólo por los accidentes de sobredosis o adulteración. Y, al mismo tiempo, conlleva el peligro de promover un imprevisible aumento del número de los afectados, con más familias y hogares destrozados. Y sería muy difícil evitarlo con fuertes restricciones, que serían al mismo tiempo contrarias a la filosofía liberalizadora.

4. **La misión del Estado**: Los que consideran que las instituciones públicas no tienen derecho a invadir la intimidad y la libertad personal, de modo que sólo la educación y el propio proyecto de vida son los que deben llevar a cada individuo a decidir qué droga puede usar, olvidan que existen graves condicionamientos sociales que están alienando al hombre actual y que justifican que el Estado esté legitimado para intervenir protegiendo a las personas jóvenes y a las víctimas de la drogadicción.

Se afirma que la comparación con la *ley seca* USA es cuestionable, ya que versaba sobre una droga asumida culturalmente en aquel país. Por ello, la mayoría de los ciudadanos era contraria a dicha ley y las medidas fueron poco eficaces. La abolición de la ley seca no sirvió para disminuir el consumo de alcohol en USA, sino todo lo contrario: pasó de 2,8 litros por persona y año a 5,7 en la década siguiente y a 9,9 actualmente. Por otra parte, es grave que se instaure una política liberalizadora de las drogas, como claudicación de la sociedad ante el fracaso de la actual política, olvidando que su función primaria es la de rehabilitar a los drogadictos existentes e impedir su incremento. Siempre sería necesario, antes de una política despenalizadora, un estudio científico riguroso que muestre cuál será la influencia sobre los adictos ya existentes y el riesgo de incremento del número de consumidores.

5. **El peligro de incremento de la drogadicción**: la legalización podría ocasionar un aumento, tanto del número de drogadictos, como de la droga consumida, sin que necesariamente se eviten las muertes por sobredosis. Así se ha expresado la *Junta Internacional de Fiscalización de Drogas de las Naciones Unidas*: "Los posibles toxicómanos interpretarían la despenalización como una confirmación de la legitimidad del consumo de drogas y es de prever que condujese a una explosión del uso indebido, acompañada de fallecimientos relacionados con la droga, una escalada de los gastos en atenciones de salud y la destrucción de familias y valores básicos que rigen el comportamiento en sociedad"[54]. Aunque las drogas fuesen gratis o baratas, y algunas tengan efectos psicotrópicos similares o superiores al alcohol, podría ocurrir que los millones de alcohólicos existentes se hiciesen adictos a productos mucho más perniciosos, como la heroína.

Mensaje (Chile) 42 (1993) 185-188.

54. CONVENCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Contra el tráfico de drogas y estupefa-*

VI. El debate ético sobre las drogas

Finalmente abordamos el problema ético de las drogas[55], que puede plantearse así: ¿Tiene sentido hablar, como se afirma habitualmente, de la obligación de mantener la salud? Los que actúan en perjuicio de su propia salud, ¿actúan no sólo imprudentemente, sino también *deberían* éticamente actuar de otra forma? ¿Existe una obligación ética? ¿con quién y cuál es su origen?[56]

Ante todo, hay que considerar las características generales de las obligaciones:

En primer lugar, hay que afirmar que **la obligación incluye la actuación**: toda obligación debe ser entendida como una exigencia de actuar de una forma específica. Así la obligación de ser una persona honesta o caritativa exige **actuar** de esa forma. Esto no significa que nunca esté justificado actuar violando la propia obligación, pero el que actúa así, tiene "el peso de la prueba" de que tal actuación está justificada, a pesar de la existencia de una obligación.

Un segundo rasgo es que **la obligación surge de un compromiso**: se origina por la existencia de promesas, contratos, acuerdos explícitos, o incluso implícitos, con otras personas.

Ello suscita la pregunta de si tiene sentido hablar de **obligaciones consigo mismo**. Un cauce de fundamentación de tal obligación es que no se debe actuar en contra de los propios intereses. Pero, ¿es esto una mera admonición razonable o es, además, una exigencia ética? ¿Es equiparable tal obligación con la que existe, por ejemplo, de pagar a otro una deuda?

La pregunta es, pues, si tiene un auténtico sentido moral la afirmación de que existe una obligación de actuar prudentemente en el cuidado de la propia salud. **Kant** sostiene que los deberes para con uno mis-

---

cientes (1988), en **Boletín Oficial del Estado**, 10 noviembre 1990, 6106-6125.

55. Tratan el aspecto ético de las drogas: ELIZARI, F. J., en ELIZARI, F. J., LÓPEZ AZPITARTE, E. y RINCÓN, R., **Praxis Cristiana. 2. Opción por la vida y el amor**, Madrid, 1981, pp. 235-253; ELIZARI, F. J., **Bioética**, Madrid, 1990, pp. 315-326; LÓPEZ AZPITARTE, E., **Ética y Vida**. **Desafíos actuales**, Madrid, 1991, pp. 295-308; VIDAL, M., **Moral de Actitudes II**, Madrid, 1991, pp. 191-221; **Moral de la persona y Bioética teológica**, Madrid, 1991, 192-204; *Carencias éticas en el fenómeno de la droga*, en AA. VV., **Droga y familia**... pp. 69-85; ROSSI, L., *Droga*, en COMPAGNONI, F., PIANA, G., PRIVITERA, S. y VIDAL, M. (Coords.), **Nuevo Diccionario de Teología Moral**, Madrid, 1992, 440 ss; SÁNCHEZ, U., **La opción del cristiano**, II, Madrid, 1991, 106; BERISTAIN, A., *Las drogas: respuestas preventivas y respuestas evangélicas*, en **Sal Terrae** 74 (1986) 575-588.

56. GOROVITZ, S., *Health as Obligation*, en REICH, W. T. (Ed.), **Encyclopedia of**

mo (preservar la propia vida o salud, desarrollar las propias cualidades) son las obligaciones más centrales. Pero hay que reconocer que es problemática la fundamentación de una exigencia ética consigo mismo, ya que una obligación de la que uno se puede liberar no tiene fuerza vinculante y, por tanto, no parece ser una obligación en sentido estricto.

Podría mostrarse que existe esa obligación, si se prueba que hay obligaciones que no surgen de promesas, contratos o acuerdos y que no están sometidas a su exención, como en los casos precedentes. Ésta era la posición de **Kant**: argüía que la pura razón, con independencia de cualesquiera acción o relación entre las personas, es fuente de obligaciones morales, incluyendo las relacionadas con la propia vida o salud. La moral católica argumenta desde la *ley natural*, basándose en la existencia de normas morales que son inherentes a la naturaleza: la preservación de la vida y la salud afecta a bienes intrínsecos, que uno está obligado a proteger en virtud de la ley natural.

En todo caso, la obligación de cuidar la propia salud no puede tomarse como simple "sin-sentido", sino que es, como mínimo, una máxima prudencial de gran aplicabilidad, ya que cualesquiera sean las propias aspiraciones, objetivos o formas de concebir una buena vida, estos intereses quedan favorecidos por la salud y perjudicados por la enfermedad. Hay un deber de cuidar la propia salud, ya que es imposible realizar los deseos y aspiraciones actuales y futuras, si se destroza esta salud.

Al mismo tiempo, aunque se mostrase que no se está estrictamente obligado a cuidar la salud, no significa que no exista obligación en relación a otros. Con mucha frecuencia existen obligaciones hacia los otros que exigen que se proteja y defienda la salud y la vida. Determinadas profesiones (deportistas, astronautas...), en las que se requiere un óptimo estado físico para el éxito profesional, conllevan la obligación contractual de actuar prudentemente en relación con la salud. Estaríamos ante una obligación implícita, asumida voluntariamente, y en la que se puede incurrir en culpabilidad ética o legal.

Por otra parte, muchas relaciones humanas incluyen la asunción de determinadas obligaciones. Tal es el caso del matrimonio, que obliga mutuamente a los cónyuges a ciertas acciones legalmente especificadas. Se trata de obligaciones que proceden de la interdependencia surgida en el matrimonio. La concepción tradicional del matrimonio y la familia conlleva un modelo de interacción que exige el mantenimiento de la salud. No sólo existe una obligación específica consigo mismo,

literalmente hablando, de no suicidarse; uno puede tener obligación con otras personas de realizar lo que es incompatible con la propia muerte. Así, por ejemplo, los que sobreviven a un intento de suicidio suelen tener remordimientos y sentido de culpabilidad cuando el suicidio deja obligaciones sin cumplir.

Por tanto, hay quienes afirman que la obligación de conservar la salud surge de uno mismo, sin referencia a los otros. Tal era el planteamiento de **Kant**. Pero no se necesita ser kantiano para afirmar que existen obligaciones que trascienden las acciones y las relaciones específicas humanas. Se puede además argüir que el hecho de ser miembro de la comunidad humana impone una serie de obligaciones: caridad hacia los necesitados, de no agresividad gratuita... y también las obligaciones relacionadas con la propia salud.

Como resumen, se puede hablar de cinco razones de las que puede surgir una obligación que se refiere a la propia persona:

- Como obligación especial con uno mismo;
- Por un contrato o acuerdo explícito en relación con la propia salud;
- Como consecuencia de otras obligaciones cuya realización exige el mantenimiento de la propia salud;
- Por la relación especial con otros, por ejemplo en la familia;
- Como consecuencia de las circunstancias morales generales de la persona.

Sin embargo, también podría decirse que las personas que están solas, sin relaciones con otros que les obliguen, pueden estar desvinculadas de obligaciones hacia sí mismas. Tales figuras trágicas pueden carecer del deseo de mantener su salud, su integridad personal e incluso su vida. No parece existir una base plenamente persuasiva para argüir que tienen obligación de hacerlo en cualesquiera circunstancias. No es fácil ver cómo se les puede acusar de violar entonces una obligación moral, si no existen otras consideraciones adicionales.

La salud es, pues, un estado valorado positivamente de forma casi universal, pero también es verdad que muchas personas son imprudentes en su atención. No es fácil argüir, con total persuasión y al margen de una visión religiosa de la vida, que el individuo tiene una obligación literal hacia la propia salud. Pero la mayoría de las personas tienen obligaciones hacia los otros y, consiguientemente, una serie de razones para mantener la salud.

El mensaje cristiano da una clara respuesta a ese interrogante sobre la necesidad de velar por la salud y la vida propias. La vivencia religiosa de que la vida es un don y una bendición de Dios, de que tenemos una misión que cumplir en la existencia, de que somos personas llamadas a vivir en sociedad y que, por tanto, nuestra salud repercute en los demás, hacen surgir concretas exigencias éticas sobre el respeto y el cuidado hacia la salud y la vida. En efecto, la Moral católica siempre afirmó que el quinto mandamiento del Decálogo no sólo exigía el respeto hacia la vida ajena, sino igualmente hacia la vida propia. La triple fundamentación, que mencionamos en el capítulo dedicado a la tradición eclesial –la vida es un bien personal, un bien social y un don de Dios– obligan indiscutiblemente al cristiano a cuidar la propia salud y a promover la propia vida[57].

Bibliografía

AA.VV., *Psicología y Medicina*, en **Jano** 41 (1991) n.º 972 (tema monográfico).

AA. VV., *Alcohol, sociedad y cultura*, en **Jano** 44 (1993) n.º 1034 (tema monográfico).

AA. VV., **Droga y familia**, Madrid, 1987.

BARBERO, R. y BARBERO, J., **Las drogas de abuso: un reto sanitario**, Madrid, 1994.

BENEIT MONTESINOS, J. V. y LÓPEZ CORRAL, J. C. (Eds.), **Drogodependencias. Aspectos farmacológicos y clínicos**, Madrid, 1990.

BENEIT MONTESINOS, J. V., GARCÍA CARRIÓN, C. y MAYOR SILVA, L. I. (Coords.), **Intervención en drogodependencias. Un enfoque multidisciplinar**, Madrid, 1997.

BERISTAIN, A. y DE LA CUETA, J. L., **La droga en nuestra sociedad actual: nuevos horizontes en Criminología**, San Sebastián, 1986.

BERISTAIN, A., *Las drogas: respuestas preventivas y respuestas evangélicas*, en **Sal Terrae** 74 (1986) 575-588.

CARTA PASTORAL DE LOS OBISPOS DE PAMPLONA Y TUDELA, BILBAO, SAN SEBASTIÁN Y VITORIA, *El oscuro mundo de la droga juvenil*, en **Ecclesia** n.º 2199 (1 de diciembre de 1984) 1456-1467.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE LA REALIDAD SOCIAL (CIRES), **La droga como problema social**, Madrid, 1991.

DE LA FUENTE HOZ, L. y BARRIO ANTA, G., *Control de los problemas de salud asociados al consumo de Drogas en España: Hacia un abordaje científico y priorizado*, en **Gaceta Sanitaria**, 10 (1996) 255-260.

Bioethics... pp. 606-610.

DÍEZ RIPOLLÉS, J. L., LAURENZO, P. y COPELLO, T. (Coords.), **La actual política criminal sobre drogas. Una perspectiva comparada**, Valencia, 1993.

ESCOHOTADO, A., **Historia General de las Drogas**, Madrid 1998.

FREIXA, F. y SOLER INSA, P. A. (Coords.) **Toxicomanías: Un enfoque multidiscipinario**, Barcelona, 1981.

FREIXA, F., **La enfermedad alcohólica: modelo sociobiológico de trastorno comportamental**, Barcelona, 1996.

GAFO, J., *Problemática Ética del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*, en CRUZ ROJA ESPAÑOLA, **Sida, Sociedad y Derechos Humanos**, Madrid, 1992, 103-129.

GOODMAN, L. S. y GILMAN, A., **Las bases farmacológicas de la terapéutica**, México, 1994.

GRAÑA, J. L., **Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento**, Madrid, 1994.

LEIGH, V., **Así son las drogas**, Dictext, 1992.

LESHNER, A. I., *Adiction Is a Brain Disease, and It Matters*, en **Science** 278 (1997) 45-47.

MacCOUN, R. y REUTER, P., *Interpreting Dutch Cannabis Policy: Reasoning by Analogy in the Legalization Debate*, en **Science** 278 (1997) 47-52.

NAHAS, G., TROUVÉ, R. et al., **Manual de Toxicomanías**, Barcelona, 1992.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, **Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo**, 1997.

PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *De la desesperación a la esperanza*, en **Ecclesia** n.º 2581 (23 de mayo de 1992) 796-806.

PROYECTO HOMBRE, **Programa terapéutico-educativo Proyecto Hombre**, Madrid, 1994.

REPETTO, M. y COL., *Toxicología de la Drogadicción*, **Monografías de la Asociación Española de Toxicología**, n.º1, 1985.

ROSSI, L., *Droga*, en COMPAGNONI, F., PIANA, G., PRIVITERA, S. y VIDAL, M. (Coords.), **Nuevo Diccionario de Teología Moral**, Madrid, 1992, pp. 434-443.

SGRECCIA, E., *Bioetica e tossicodipendenze*, en **Manuale di Bioetica, II. Aspetti medico-sociali**, Milán, 1991, 175-236.

VALLEUR, M., DEBOURG, A. y MATYSIAK, J. C., **La droga sin tapujos**, Santander, 1988.

CAPÍTULO DECIMOCTAVO

ECOLOGÍA

I. LA GRAVEDAD DE LA CRISIS ECOLÓGICA

Un texto dedicado a la Bioética tiene que abordar uno de los más graves problemas del mundo actual, el del deterioro medioambiental, que constituye una amenaza para la supervivencia de la especie humana sobre el planeta tierra[1]. Al mismo tiempo, toda vida, no sólo la de nuestra especie, debe ser tratada con una verdadera sensibilidad ética[2]. El tema es muy preocupante y fue objeto de la *Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo*, que tuvo lugar en Río de Janeiro en 1992, la llamada *Cumbre de* Río o *de la tierra*"[3].

Los principales problemas medioambientales son los siguientes[4]:

---

57. Cf. PETERS, B. A. M., **Las drogas y la moral**, Madrid, 1970.

1. Sobre la historia y el significado del término *Ecología*, cf. AMOR, J. R., *Ecología*, en GAFO, J. (Dir.), **Diez Palabras clave en Ecología**, Estella (Navarra) 1999, 15-63.

2. Ver DÍAZ PINEDA, F., *La conservación del medio ambiente*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Ecología**, Madrid, 1991, 119-134; AMOR, J. R., *Algunas referencias bibliográficas sobre ética y responsabilidad ecológica*, en **Miscelánea Comillas** 52 (1994) 197-221.

3. Sobre los debates de la Conferencia de Río, cf. GAFO, J., *Ecología*, en **Ética y Legislación en Enfermería**, Madrid, 1994, pp. 367-383. Ver también el informe especial *Two Years after the Earth Summit*, en **Time**, 7 de noviembre de 1994.

4. Cf. COMISIÓN MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE Y DEL DESARROLLO, **Nuestro futuro común**, Madrid, 1988. El **Informe Brundlandt** es un texto fundamental para el estudio de los problemas medioambientales, realizado por la citada Comisión Mundial, presidida por la antigua Primera Ministra de Noruega y después Directora de la *Organización Mundial de la Salud*, **Gro Harlem Brundlandt**. Ver también STANNERS, D. y BOURDEAU, Ph. (Eds.), **Europe´s Environment**, Copenhague, 1995. Es interesante el

1. La llamada **explosión demográfica**[5]: Si en 1950 el número de habitantes de nuestro planeta era de 2.500 millones, al final del siglo XX estábamos ya por encima de los 6.000[6]. Es verdad que se ha operado últimamente una relevante ralentización –hace 35 años la tasa anual de crecimiento de la población era del 2% anual, mientras que recientemente es de 1,4% y se constata un continuo descenso. Con el actual porcentaje de crecimiento anual, la población del mundo se duplicaría en 49 años, con lo que se llegaría a los 12.000 millones de habitantes en el año 2050[7]. Sobre este punto existió una polémica en relación con la postura de la representación del Vaticano en la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* de El Cairo (5-13 de septiembre de 1994). Pero es evidente que este ritmo no puede mantenerse: son muchos los especialistas que consideran que no debe superarse la cota de los 12 mil millones de habitantes y que no va a ser fácil llegar a un crecimiento cero en el siglo XXI[8].

2. **Deforestación y desertificación**: sobre estos temas se dieron infinidad de datos a lo largo de la *Cumbre de la Tierra* de Río de Janeiro. La disminución de los bosques, especialmente los tropicales, es altamente preocupante, con la consiguiente pérdida de las numerosísimas especies vegetales y animales allí existentes. Se afirma que en los últimos 30 años han desaparecido tantos bosques como en toda la historia humana. Son los intereses económicos de los países ricos, así como de los que están en vías de desarrollo, los responsables de este intenso proceso de deforestación: aquéllos por su gran consumo de maderas preciosas; los países pobres, debido a la presión demográfica, junto con sus procesos de desarrollo, están causando también una grave pérdida de bosques, por su necesidad de roturar nuevos terrenos de cultivo. Por otra parte, este proceso se intensifica, incluso en los países desarrollados: se consi-

---

informe *State of the Planet*, en **Time**, 30 de octubre de 1995.

5. Ver AMOR, J. R., *Desafío demográfico*, en GAFO, J. (Dir.), **Diez Palabras clave en Ecología**... pp. 271-311.

6. Cf. GAFO, J., *El impacto de la demografía en la crisis medioambiental*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Ecología**... pp. 13-32; RUBIO, M., *El desafío demográfico. Superpoblación y supervivencia*, en **Moralia** 17 (1994) 127-162; JACQUARD, A., **La explosión demográfica**, Madrid, 1994; VALLIN, J., **La población mundial**, Madrid, 1995.

7. Cf. DÍEZ NICOLÁS, J., *En el Día Mundial de la Población*, en **ABC**, 15 de julio de 2000, p. 68.

8. CONFERENCIA INTERNACIONAL DE EL CAIRO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO. **Programa de Acción**, Madrid, 1995. GAFO, J. *Presentación*, pp. 5-22, en **Ib**. Ver también: MUÑOZ PRADAS, F., *Explosión demográfica y crisis ecológica*, en AA. VV.,

dera que el 25% de la superficie terrestre se encuentra en grave proceso de desertificación y que el avance anual del desierto es de 60.000 kilómetros cuadrados, una superficie equiparable a la de Portugal[9].

3. **La pérdida de biodiversidad**[10]: el término de *biodiversidad* saltó a la opinión pública, precisamente con motivo de la *Cumbre de la Tierra*. Se trata de la desaparición de un número creciente de especies vegetales y animales, especialmente las presentes en los bosques tropicales –en los que se calcula vive el 90% de los quizá 10-30 millones de especies existentes– lo que constituye una pérdida absolutamente irreparable. Se afirma que desaparecen 40-300 especies diariamente. Esta disminución es especialmente dramática cuando existe un creciente interés por el valor farmacológico y agrícola de esas especies y precisamente cuando la Biotecnología, basada en la manipulación genética[11], confiere un extraordinario interés a las reservas genéticas de la Biosfera[12].

4. El riesgo de **cambio climático**[13], inducido por las emisiones de gases contaminantes, especialmente el dióxido de carbono, CO_2, procedente de la combustión de hidrocarburos (carbón, gas y petróleo). Se trata del llamado *efecto-invernadero*, ocasionado por la contaminación atmosférica, que impide la refracción de la radiación procedente del sol y que puede incrementar la temperatura sobre la superficie de la tierra. Un incremento de la temperatura global del planeta podría ocasionar deshielos en los casquetes polares y el aumento de la superficie de las aguas marinas, sepultando numerosas islas y zonas bajas de la tierra firme[14]. Sin embargo, debemos reconocer que el cambio climático es sumamente controvertido y que es imposible tener datos de plena fiabilidad, ya que solamente disponemos de observaciones referidas a períodos de tiempo demasiados breves. En efecto, los conocimientos

---

Ecología solidaria, Madrid, 1996.

9. Ver *Desertización*, en **Cuadernos de Educación Ambiental**, n.º 7, Barcelona, 1993.

10. BORJA, M., *Biodiversidad*, en GAFO, J. (Dir.), **Diez Palabras clave en Ecología**... pp. 65-91.

11. Hay que tener en cuenta también las modificaciones genéticas inducidas por el deterioro medioambiental: cf. LACADENA, J. R., *Problemas genéticos en relación con el medio ambiente*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Ecología**... pp. 77-118.

12. El **Informe Brundlandt** cita el alto valor genético de ciertas variedades de maíz silvestre localizadas en México, "en tres minúsculos terrenos que abarcaban apenas cuatro hectáreas en una zona amenazada de destrucción... Los beneficios genéticos de esta planta silvestre, descubierta cuando apenas quedaban unos pocos miles de tallos, podrían totalizar varios miles de millones de dólares anuales", p. 192.

13. Ver GONZÁLEZ, C., *Cambio climático*, en GAFO, J. (Dir.), **Diez Palabras clave en Ecología**, 167-207.

que tenemos sobre las modificaciones climáticas son demasiado limitados y las voces alarmistas se basan en modelos científicos de laboratorio incapaces de reflejar la gran complejidad de los mecanismos climáticos existentes[15]. El clima de la tierra depende de un gran número de factores –algunos de ellos ajenos a nuestro propio planeta, como son las modificaciones de la energía y la radiación solar– y no es posible científicamente tener una predicción correcta del futuro. También preocupa, en este contexto, la deforestación, ya que los grandes bosques tienen la capacidad de absorber el CO_2 y purificar así el ambiente. Por esta razón se ha calificado a la Amazonia, el bosque tropical más grande del mundo, como "el pulmón de la tierra". Aunque no es posible prever los cambios climáticos, es preocupante el incremento de la emisión de CO_2, especialmente como consecuencia de la combustión de hidrocarburos[16].

5. Otro aspecto, relacionado con el anterior, es el de la "**lluvia ácida**", consecuencia sobre todo de las emanaciones de óxidos de azufre y nitrógeno, procedentes de plantas industriales. La lluvia que cae sobre los campos y bosques está contaminada por dichos gases, es diez veces más ácida y tiene efectos muy negativos sobre la vegetación. En los países desarrollados existen numerosos bosques cuyos árboles están gravemente enfermos –quizá hasta el 35% en Europa– como consecuencia de la citada lluvia ácida. Una vez más hay que repetir la importancia de los bosques en la reducción de los niveles atmosféricos de CO_2 [17].

6. A comienzos de 1992, las previsiones sobre el surgimiento de un **agujero de ozono** en el hemisferio norte se hicieron extraordinariamente alarmistas, lo que crearía una situación, en este superpoblado hemisferio, equiparable a la ya existente en el hemisferio sur[18]. Son las condicio-

14. *Cambio climático*, en **Cuadernos de Educación Ambiental**, n.º 2.

15. Sin embargo, la reunión de expertos y meteorólogos del Panel Internacional del Cambio Climático (IPCC), en su reunión en noviembre de 1995 en Madrid, llegó a la conclusión de que se está produciendo un cambio en el clima de la tierra, que podría significar un aumento de temperatura de tres grados para el siglo XXI (**El Mundo**, 28 de noviembre de 1995).

16. Sobre la actual problemática en la relación entre desarrollo tecnológico e impacto medioambiental, cf. MEADOWS, D. H. MEADOWS, D. L. y RANDERS, J., **Más allá de los límites del crecimiento**, Madrid, 1992.

17. Sobre lluvia ácida, ver *Acidification*, en STANNERS, D. y BOURDEAU, Ph. (Eds.), **Europe´s Environment**... pp. 541-546.

18. Ver GONZÁLEZ, C., *Capa de ozono*, en GAFO, J. (Dir.), **Diez Palabras clave en Ecología**... pp. 209-237; *The Ozone Vanishes*, en **Time**, 17 de febrero de 1992; CACHO, J. y

nes climáticas existentes durante los largos inviernos del hemisferio sur las que explican que se haya constatado allí un adelgazamiento de la capa de ozono –a pesar de que el desarrollo industrial sea mucho menor que en el norte. Desde 1976 se comienza a alertar del riesgo de la utilización de los clorofluorocarbonos, CFC, un producto químico de gran interés industrial en la fabricación de frigoríficos, climatizadores, producción de espumas industriales, aerosoles... Los CFC son sumamente estables y han ido ascendiendo hacia niveles altos de la atmósfera[19]. Allí las radiaciones ultravioletas actúan sobre los CFC, descomponiéndolos y produciéndose monóxido de cloro, que tiene una enorme capacidad de degradar el ozono, convirtiéndolo en oxígeno. Precisamente la capa de ozono, existente en la estratosfera, tiene una gran importancia en la absorción de la radiación ultravioleta, actuando como una especie de escudo que nos protege de esa peligrosa radiación, procedente del sol. El aumento de radiación ultravioleta que incida sobre la superficie de la tierra puede tener graves efectos: incremento de cáncer de piel y de formación de cataratas oculares, mutaciones genéticas, incidencia negativa sobre la cadena alimentaria... La gravedad de la situación ha llevado a medidas drásticas para evitar el uso de los CFC –la Unión Europea y USA han prohibido totalmente su utilización. Pero las perspectivas son sombrías, ya que durante muchos años se han estado enviando a la atmósfera toneladas de CFC que hoy ya no se pueden "reabsorber". No pocos autores consideraban que, si no se encontraba una solución, sería en la primera década del siglo XXI cuando la situación se haría especialmente grave.

7. **La contaminación de las aguas**: Existe una conciencia creciente de que la llamada *revolución verde* ha tocado ya techo. En efecto, el gran desarrollo agrícola que se inicia en los años 50, fundado en la utilización de variedades vegetales de gran producción y en el uso masivo de abonos químicos, insecticidas, pesticidas... se ha estancado en los últimos años y sus repercusiones negativas sobre los suelos y las aguas son preocupantes. A ello hay que añadir el efecto contaminante de la industria sobre mares y ríos. Nuestro viejo *Mare Nostrum* se ha convertido en el mar más sucio del planeta. En este contexto debe hacerse

---

SAINZ DE AJA, M. J., **Antártida. El agujero de ozono**, Madrid, 1989.

19. La Real Academia de Ciencias de Suecia concedió el Premio Nobel de Química de 1995 a P. Crutzen, M. Molina y S. Rowland, que en 1974 dieron la voz de alarma sobre el riesgo de que los CFC produjesen un adelgazamiento de la capa de ozono.

referencia a dos problemas adicionales: la fauna marina está siendo esquilmada, como consecuencia de pescas incontroladas[20] e, igualmente, hay que citar el tema de los residuos radiactivos, procedentes de las centrales nucleares –además de la importante degradación radioactiva del Océano Indico, debida a las pruebas nucleares, que amenazan gravemente a los corales. El envío de desechos radioactivos a determinadas fosas marinas constituye otro tema de profunda preocupación (un tema apenas abordado en la *Cumbre de la Tierra*)[21].

II. Responsabilidad del cristianismo en la crisis ecológica[22]

D. Degenhardt, en su libro *Christentum und Ökologie*, hace una afirmación de gran dureza: "Ecología y cristianismo en sus enfoques fundamentales están frente a frente como filosofías esencialmente contrarias". Y añade más adelante: "Los cristianos que hoy se sienten unidos a los ecologistas están en principio tan solos como los cristianos que creyeron poder deducir del mensaje de Jesús una responsabilidad social... Están solos porque ellos mismos, con un sano sentimiento ético, pasan por alto e interpretan falsamente lo esencial de la religión cristiana"[23].

Lynn White, historiador estadounidense, fue el primero en lanzar esta acusación sobre el cristianismo: "No hay en el mundo ninguna religión que sea tan antropocéntrica como el cristianismo, especialmente en su concreción occidental". Considera que la ciencia y la tecnología actual "están tan impregnadas de la arrogancia ortodoxa cristiana hacia la naturaleza, que no puede esperarse de ellas ninguna solución para la crisis ecológica"[24].

Carl Amery es quizá el mayor acusador del cristianismo por su responsabilidad en la crisis ecológica. Cree **Amery** que el mandato divino del "total dominio" del hombre sobre la naturaleza se funda

20. Cf. *Agua Dulce*, en **Cuadernos de Educación Ambiental**, n.º 4.

21. Sobre residuos radioactivos, cf. STANNERS, D. y BOURDEAU, Ph. (Eds.), **Europe´s Environment**... pp. 576-598.

22. Cf. GAFO, J., *Ecología y religiones*, en GAFO, J. (Dir.), **Diez Palabras clave en Ecología**... pp. 313-346.

23. DEGENHARDT, D., **Christentum und Ökologie**, Starnberg, 1979, 145. Ver GUERRA, S., *Ecología y Cristianismo*, en **Razón y Fe** 219 (1989) 605.

24. WHITE, L., *Die historischen Ursachen unserer ökologischen Krise*, en LOHMANN, M. (Ed.), **Gefährdete Zukunft. Prognosen anglo-amerikanischer Wissenschaftler**,

en el hecho de que éste es imagen de Dios y se encuentra separado por "una fosa profunda" de los otros seres. Afirma que los científicos, los técnicos y los políticos han asumido estas concepciones judeocristianas, legitimando teológicamente una "actitud triunfalista ante la naturaleza"[25].

Estas mismas ideas aparecen recogidas en ese libro que ha sido fundamental en el despertar de la sensibilidad ecológica, el de **D. L. Meadows** y sus colaboradores sobre *Los Límites del Crecimiento*, en el que se afirma que el mandato de dominar la tierra, contenido en *Gn* 1, 28, está en la base de la actual crisis ecológica. Los autores distinguen entre el hombre oriental, que se siente inmerso en los procesos de la naturaleza, y la cultura occidental, en donde el *Homo Sapiens* ha extraído de su capacidad y de su técnica la potencialidad de explotar las otras criaturas para sus propios fines. De ahí su afirmación, que empalma con la tesis central del libro, de que el cristianismo es "una religión del crecimiento exponencial"[26]. Ideas similares se encuentran también, entre otros y de una forma muy marcada, en **Eugen Drewermann**[27].

Por tanto, en los autores citados, se expresa un doble reproche contra el cristianismo y la tradición judeocristiana:

a) **Antropocentrismo**: el ser humano aparece como el centro y la culminación de la naturaleza o de la creación, ya que ha sido creado a imagen de Dios y es capaz de dominar el mundo.

b) **Sometimiento de las criaturas**: La tradición judeocristiana subraya el dominio del ser humano sobre la naturaleza, sobre los seres vivos, de los que puede disponer a su arbitrio, ya que una "fosa profunda" separa al ser humano del resto de la creación.

Todas estas críticas hunden sus raíces básicamente en los primeros capítulos del Génesis, en los que se relata la creación del hombre y del mundo. Y, al mismo tiempo, subrayan también la gran diferencia existente entre el cristianismo y otras religiones, en las que la relación hombre-naturaleza aparece de una forma más armónica y equilibrada.

München, 1970, 20-28.

25. AMERY, C., **Das Ende der Vorsehung**. **Die gnadenlosen Folgen des Christentums**, Hamburg, 1944, 16ss.

26. MEADOWS, D. H., MEADOWS D. L., RANDERS, J. y BEHRENS III, W. W., **Los límites del crecimiento**, México, 1992.

27. DREWERMANN, E., **Der tödliche Fortschritt. Von der Zerstörung der Erde und**

III. Otras tradiciones religiosas[28]

1. Religiones tradicionales primitivas

La mentalidad de los pueblos primitivos tiene una orientación, no refleja, pero muy intensa, hacia el cosmos[29]. Los mitos de estas religiones presentan una situación primera de un mundo armónico, en el que el hombre, como parte del cosmos, tenía una vida feliz. También poseen la experiencia inevitable de la amenaza de destrucción que pesa sobre el hombre, especialmente en las catástrofes naturales. De ahí la existencia de ritos con los que intenta evadirse de esta amenaza, para restablecer el orden del cosmos, y que se concretan en forma de sacrificios, cultos de fertilidad, bodas sagradas o *hierogamias*...

Estas orientaciones fundamentales determinan la actuación del hombre primitivo en la creación. Se manifiesta en la presencia de una serie de prescripciones tabuísticas que le llevan a abstenerse de comportamientos que conlleven una actuación frívola en la naturaleza. Existen ritos para fecundar los campos, sacrificios para restaurar el orden de la naturaleza; el hombre primitivo siente miedo de haber atacado la naturaleza con el arado o en la cosecha. De ahí la presencia de sacrificios expiatorios con la finalidad de restaurar el equilibrio alterado o roto. El hombre siente la obligación de restituir, cuando ha tomado algo del mundo de la naturaleza.

Al mismo tiempo, el hombre primitivo intenta dominar o, al menos, defenderse ante las fuerzas de la naturaleza. Busca medios para independizarse del favor de los dioses y de la liberalidad o de la agresión de la naturaleza. Intenta dominarla y poner sus fuerzas a su servicio. Lo hace con frecuencia a través de fórmulas y prácticas mágicas, por las que el poder sobre la naturaleza pasa a manos del hombre. Todo ello crea indiscutiblemente una actitud de respeto hacia la naturaleza, que es muy distante de la del actual desarrollo tecnológico.

2. La unidad de la creación: hombre y medio ambiente en el hinduismo

En el hinduismo la pregunta de cómo debe el hombre actuar con la creación no se plantea de forma similar a como se hace en el cristia-

---

des Menschen im Erbe des Christentums, Freiburg i. Br, 1992, 71ss.

28. Cf. KHOURY, A. T. y HÜNEMANN, P. (Eds.), **Wie sollen wir mit der Schöpfung umgehen? Die Antwort der Religionen**, Freiburg/Basel/Wien, 1987.

nismo[30]. No domina una separación o tensión, entre Dios, el hombre y la creación. Los mitos más antiguos del hinduismo dejan percibir esa unidad fundamental de la creación. Existe una gradación entre las criaturas: los dioses están sobre el hombre; éste sobre los animales, plantas y naturaleza inanimada. Esta gradación procede de las cosmogonías hindúes en las que el origen de todo se explica por *emanación.* Un tema que no se plantea en las cosmogonías hindúes es la pregunta sobre cómo debe actuar el hombre en el mundo. Preocupa el origen del mundo, pero no las cuestiones sobre el fin para el que han sido creadas las criaturas y qué misión deben cumplir en la creación.

En el hinduismo tardío es significativa la religión de Visnú. La creación surge del cuerpo del Dios Visnú: los otros dioses, hombres, animales, plantas y naturaleza están contenidos en su cuerpo; el sol y la luna son sus ojos. Hay textos que afirman que existen cinco tipos de ganado: hombre, caballo, buey, oveja y cabra. El hombre es un animal más, el animal con dos piernas, lo que muestra la estrecha unidad que le une al resto de los animales.

Esto explica que no sea extraño que en el hinduismo aparezcan escrúpulos de **matar a los animales** y que existan una serie de tabúes, especialmente cuando se amenaza al equilibrio natural. La famosa *Regla de oro*, "no trates a otro como tú no quieres ser tratado", adquiere en el hinduismo un contenido que se aplica también a los animales.

A ello hay que añadir la creencia en la **reencarnación**. Después de la muerte, el hombre no se reencarna en otro ser humano; incluso es poco probable. Lo normal es que se reencarne en otro animal, o en plantas o piedras. Al mismo tiempo, la **no-violencia**, actitud angular en la ética hindú, se aplica también a los animales, como consecuencia de la unidad esencial de las criaturas y la existencia del tabú del matar, ya que el ser humano y los animales son de la misma naturaleza y no existe una diferencia fundamental entre matar a un hombre y un animal, sino sólo gradual.

Es claro que si se criticaba al cristianismo por la existencia de una "fosa profunda" entre el hombre y los restantes seres vivos, el hinduismo se sitúa en un plano muy distinto. Ni por su origen, ni por su futuro, puede justificarse la existencia de tal fosa; el ser humano aparece profundamente fundido con el resto de la naturaleza. Como afirma **Ghandi**: "En la forma más pura del Hinduismo, poseen el mismo esta-

29. KHOURY, A. T., *Lebenseinheit Gott-Mensch-Welt*, en **Ib**., pp. 11-27.

tus un brahman, un elefante, una hormiga o un comedor de perros. El Hinduismo se basa en la fraternidad, no sólo de toda la humanidad, sino de todo lo que vive. Ésta es una visión de la vida que produce vértigo, pero por la que debemos trabajar para lograrla. En el momento en que restablezcamos una verdadera igualdad entre hombre y hombre, podremos instituir también la igualdad entre el hombre y toda la creación. Cuando llegue este día, tendremos paz en la tierra y buena voluntad entre los hombres"[31].

3. La relación entre hombre y naturaleza en el Budismo

La actitud del budista ante la naturaleza puede considerarse como "un mirar sin expresión, lleno de amor, a las cosas de la creación; el descubrimiento, precisamente en las cosas más pequeñas e inaparentes, del propio ser y de esta forma del ser del mundo y de todas las cosas"[32]. El budista no pone una flor bajo el microscopio para cortarla y estudiarla; la deja en su belleza, la mira y la admira; así gana más para su vida que si la somete a investigación.

El *zen* busca la verdad de la definitiva iluminación, o mejor, el definitivo despertarse a la felicidad a través del conocimiento de la iluminación ya presente en la verdad. Cada cosa de la naturaleza es la que trasmite este conocimiento; sea una piedra, un arroyo, un árbol... No se trata del miedo supersticioso del animismo: la naturaleza no está animada, sino que participa de la bienaventurada iluminación en sí misma, cuyo contenido es inexpresable; sólo se la puede contemplar. La naturaleza y cada cosa no tienen ningún valor en sí y desde sí mismas; pero tienen un valor extraordinario ya que a su través el hombre puede contemplar la última verdad.

Las enseñanzas de **Buda** muestran el camino de salvación para el hombre y los otros vivientes. La salvación propia está unida a la de todos los otros seres. El budista, a través de su amor a todos y su conocimiento de todo, puede llegar a un grado de ser por el que adquiere capacidades sobrehumanas. La perfección es el amor a todos los seres, a los que aspira a ayudar con misericordia.

La naturaleza no tiene, por tanto, un valor en sí, ni divino ni otro cualquiera, pero es camino para que el hombre encuentre su salvación

---

30. MEISIG, K., *Die Einheit der Schöpfung. Mensch und Umwelt im Hinduism*, en **Ib**., pp. 28-59.
31. GHANDI, M. K., **Sarvodaya,** Ahmedabad, 1954, 65.

en la compasión y la solidaridad con todos los seres: "La relación del hombre budista con la naturaleza es la de un afecto interior y de un querer su bien profundamente fundado e interiorizado"[33]. El budismo busca la perfección del hombre a través del amor en su sentido más amplio: "La salvación del hombre, según la enseñanza del budismo, no se puede alcanzar sin la naturaleza"[34].

El budismo se opone, por tanto, a la consideración de la naturaleza como un objeto de la acción humana; no acepta una objetivación de la naturaleza y rechaza la separación racional del hombre y de las cosas externas. Retomando la formulación de **C. Amery**, el ser humano no está de ninguna forma separado de la naturaleza y de los otros seres no humanos por una "fosa profunda".

4. El Islam y la responsabilidad del hombre en la creación

Es innegable el influjo de la tradición judeocristiana en el Islam. Sin embargo, existen ciertas diferencias de matiz que son significativas, especialmente en la relación del hombre con la naturaleza[35].

Una de las tareas más sublimes del hombre es dar testimonio del poder, presencia y misericordia de Dios; ha sido creado para ser servidor de Dios. Es, al mismo tiempo, testigo de su creador y *khalifa*: su representante en la tierra. Dios ha capacitado al hombre para ser su representante, en cuanto le ha dado su sabiduría. Es una responsabilidad para con todo el mundo, que vale tanto para los otros hombres como para los animales. En el juicio definitivo se valorará la conducta del hombre, incluso con los animales.

Dios ha puesto en manos del hombre los tesoros de la naturaleza para usarlos correctamente. Dios le ha entregado la tierra en orden: "No creéis desgracia en la tierra, después de que ha sido creada en orden"[36]. El ser *khalifa* de Dios no conlleva el poder de disponer despóticamente sobre la naturaleza. El mandato del Génesis: dominad sobre los peces, aves... es "impensable para el Corán". El hombre tiene poder de disposición, como lugarteniente de Dios en la creación, pero no es su dueño; también los animales han sido creados como "pueblo"; no hay animales que no sean "comunidades" como nosotros.

---

32. MEIER, E., *Das Verhältnis zwischen Mensch und Natur in Buddhismus*, en KHOURY, A. T. y HÜNERMANN, P. (Eds.), **Wie sollen wir**...? pp. 60-80.
33. **Ib**., pp. 61-62.
34. **Ib**., pp. 70-71.
35. SALIM ABDULLAH, M., *Der Islam und die Verantwortug des Menschen in der*

Por tanto, para la religión islámica, el mundo ha sido creado en equilibrio. Dios exhorta: "No creéis no-paz en la tierra, después de que ha sido creada en orden"[37]. El hombre ocupa un puesto principal en el mundo, como *khalifa* o lugarteniente de Dios, pero no ocupa la centralidad que le ha atribuido la religión judeocristiana.

IV. Cristianismo y ecología

1. El Antiguo Testamento

Al estudiar la postura cristiana ante la crisis ecológica, no puede ponerse en duda la importancia de los relatos de la creación del libro del Génesis. Tanto la narración *yahvista*, como la *sacerdotal*, se inspiran en tradiciones mitológicas y cosmogónicas, procedentes de pueblos o culturas próximas, pero añaden sus propios elementos, a través de los cuales reflejan una comprensión religiosa y antropológica del sentido del hombre y del mundo. Dentro de estas narraciones, deben subrayarse cuatro puntos especialmente relevantes[38]:

1. **Dios es el creador de toda la realidad existente**. Esta afirmación básica de la fe religiosa judeocristiana se opone, sobre todo, a dos concepciones existentes en otras culturas y religiones. Por una parte, se niegan todas las explicaciones emanacionistas, que dejan abierta la posibilidad de una explicación inmanente del mundo. Y, por otra, rechazan las explicaciones que postulan la existencia de un doble principio –del bien y del mal– como origen de la realidad existente. Los relatos bíblicos afirman que toda la realidad procede del Dios Creador que, libremente y a través de su palabra, ha creado todo lo que existe. El estribillo que acompaña a todo el relato de la creación, "Vio Dios que era bueno" –que probablemente tiene un origen litúrgico– es una óptima expresión de que la realidad creada por Dios es buena y procede, toda ella, de sus manos creadoras[39].

2. Los relatos de la creación afirman el **lugar privilegiado del hombre** en el trabajo creador de Dios. Es evidente que toda la acción creadora

---

Schöpfung, en KHOURY, A.T. y HÜNERMANN, P. (Eds.), **Wie sollen wir**…? pp. 101-119.

36. **Ib**., p. 106.

37. **Ib**., p. 110.

38. AUER, A., **Umweltethik. Ein theologischer Auftrag zur ökologischen Diskussion**, Düsseldorf, 1985, 196ss.

de Dios culmina, en ambos relatos del Génesis, en la creación del hombre. La historia *yahvista* de la arcilla, del soplo vital, de la preocupación por la soledad del hombre Adán y la ingenua narración del sueño y la costilla... expresa plásticamente la presencia especialmente personal de Dios en la creación del ser humano. Lo mismo puede decirse –cualquiera que sea su interpretación– de la afirmación, contenida en la tradición *sacerdotal*, acerca de la creación del hombre "a imagen y semejanza" de su creador. Todos estos elementos subrayan la peculiaridad de la creación de Dios y el carácter igualmente peculiar del hombre dentro del Universo creado.

3. Consecuencia de lo anterior es el **mandato divino** del relato sacerdotal de *Gn* 1, 28: **"Creced, multiplicaos, dominad la tierra y sometedla"**, que se aplica también a todos los seres vivientes en el versículo 26. Es un texto que subraya el lugar privilegiado del hombre en el conjunto de la creación y, sobre todo, su dominio sobre todo lo creado. La bendición de Dios y su mandato sitúan al hombre en el centro de la creación; se le constituye en mandatario de Dios sobre toda la realidad creada, que queda subordinada al interés y al bien del hombre. Esta misma superioridad y dominio del hombre sobre los seres vivos lo refleja el relato *yahvista* en el hecho de que Dios manda al hombre que dé nombre a los animales (2, 19); dar nombre era una forma de expresar el dominio sobre aquello que había nombrado[40].

4. La **narración del primer pecado** (3, 1-24), que será el pórtico para toda esa historia de pecado que sintetizan los primeros capítulos del libro del Génesis, aporta un elemento nuevo. El ser humano lleva dentro de sí una inevitable ambigüedad; es "bueno" porque ha salido de las manos de Dios, pero, al mismo tiempo, tiene el peligro de no saber distinguir entre el bien y el mal. Su incipiente desarrollo tecnológico –el comienzo de la ganadería y de la agricultura con Caín y Abel– se inscribe dentro de una historia en que aparece con evidencia el peligro del hombre de utilizar mal su poder. El primer ciclo del Génesis concluye con la construcción de Babel (11, 1-9), en donde los hombres dejan de entenderse con Dios y entre ellos mismos. La Biblia presupone que el hombre no es totalmente autónomo en su quehacer, sino que debe respetar las exigencias éticas que ha recibido de su Creador.

---

39. Cf. también RUIZ DE LA PEÑA, J. L., **Teología de la creación**, Santander, 1986, 21-62.

40. **Drewermann** considera que este dar nombre a los animales no significa una actitud

Todo el conjunto del Antiguo Testamento está penetrado por este planteamiento inicial de la Biblia. Aunque no reflexione directamente sobre ello, hay una clara conciencia de la centralidad del hombre, de la existencia de una relación personal con Dios, que viene a ser el nervio de toda la Biblia. Se da por supuesto que el hombre tiene que dominar sobre la creación: desde el deseo de dominar sobre una tierra que mana leche y miel hasta los múltiples sacrificios de animales, son clara expresión de que el hombre está capacitado para poner a su servicio la naturaleza. No existen afirmaciones de que la mala actuación del hombre repercuta en el equilibrio de la misma naturaleza[41]. Al mismo tiempo, existe toda una línea bíblica que subraya que la naturaleza creada es expresión de la presencia y la bondad del Creador; que la belleza creada es manifestación de su Creador, que la mantiene cariñosamente. Son varios los pasajes del AT que invocan y convocan a la naturaleza para prorrumpir en la alabanza de su Hacedor, que la sigue manteniendo en vida[42].

2. El Nuevo Testamento

El Nuevo Testamento asume los planteamientos de la fe veterotestamentaria, pero los sitúa en un nuevo plano en torno a su fe en Jesucristo Resucitado. Inspirándose en la Sabiduría, presente en la literatura sapiencial del Antiguo Testamento y en las reflexiones sobre el *Logos* de la filosofía griega, comienza a afirmar que Jesucristo es Aquel por quien, en quien y hacia quien, todo ha sido creado. La centralidad de la creación ya no la ocupa el hombre con minúscula, sino el Hombre Jesucristo, el primogénito de todos los vivientes. Es lo que reflejarán especialmente el *Prólogo de S. Juan* y los himnos cristológicos de *Efesios* o de *Colosenses*[43].

Al mismo tiempo, el acontecimiento de Jesús no sólo proyecta la fe del Nuevo Testamento hacia el pasado, hacia el acontecimiento primero de la creación, sino también hacia el futuro, hacia la escatología. El Reino de Dios ha comenzado con Jesús y camina hacia su plenitud definitiva al final de los tiempos, cuando Cristo será todo en todos, la *ana-*

---

de dominio, sino que refleja una situación primitiva en que el hombre podía aún dialogar con aquéllos. Cf. **Der tödliche Fortschritt**... pp. 73-74.

41. Se han citado *Os* 4, 1-3; *Dt* 20, 19; *Lev* 25,2-5... **Ruiz de la Peña** considera que la utilización de estos textos para probar una actitud ecológica de la Biblia "adolece de fundamentalismo o de concordismo". Cf. **Teología de la creación**... p. 179.

42. Ver los llamados salmos de la creación, sobre todo el 104; también los salmos 8 y

kephalaiosis o recapitulación de todo lo creado en Cristo. "Todo es vuestro, vosotros de Cristo y Cristo de Dios"[44] es una magnífica síntesis de la visión del mundo y de la historia desde la fe en Jesús, en la que está resonando la centralidad del hombre-Adán del Génesis y la definitiva centralidad de Cristo. Por otra parte, el Reino definitivo de Dios incluye también la liberación de la creación, que gime como con dolores de parto esperando su plena salvación[45]. Todo el Nuevo Testamento es muy parco en dar detalles concretos sobre la nueva vida que espera tanto al hombre como a todo el mundo. El mensaje de Jesús se manifiesta en un lenguaje apocalíptico que expresa que la salvación definitiva de Dios no niega las realidades presentes, pero afirma que la plena salvación será consecuencia de la acción final de Dios y que no estará en continuidad con el mundo de lo creado. El mensaje del Nuevo Testamento no significa una *fuga mundi*, un desprecio de las cosas de este mundo, pero sí la afirmación de que la "figura de este mundo"[46] acabará pasando para encontrar una recapitulación y un nacimiento definitivos tras sus dolores de parto.

3. La Tradición cristiana

La tradición cristiana ha crecido desde esa profunda convicción de la centralidad del hombre en la creación y de que las cosas creadas están al servicio del hombre. Este hecho es incontestable, agudizado por una situación en la que el ser humano se sentía débil y desamparado ante una naturaleza vigorosa y potente que le dominaba. Por otra parte, la expectativa de la Iglesia primera de una inminente segunda venida del Señor, junto con el impacto del pensamiento griego, especialmente neoplatónico, han podido subrayar exageradamente una actitud negativa ante la realidad creada. El "no tenemos aquí una morada permanente"[47] ha sido interpretado unilateralmente en la dirección de una *fuga mundi*, que tuvo su primera gran expresión en los Padres del Desierto, pero que ha permanecido vigente en los veinte siglos de tradición cristiana. Las expresiones *mundo* y *mundano* han tenido con frecuencia un significado peyorativo. Las acusaciones de **Marx** sobre la religión como "opio del pueblo" expresan la crítica, no carente de base, de una actitud descomprometida hacia el mundo.

119... Cf. RUIZ DE LA PEÑA, J. L., **Teología de la creación**... pp. 51-53.

43. *Jn* 1, 1-10; *Ef* 1, 19-23; *Col* 1, 15-20.
44. *1 Cor* 3, 26.
45. *Rom* 8, 19-23.

Pero junto a este desprecio del mundo, el *contemptus mundi*, la tradición cristiana ha mantenido la línea, ya presente en la Biblia, de considerar la naturaleza como espejo en el que se proyecta el Creador, cuya actividad providente resuena en las maravillas del cosmos. **Francisco de Asís**[48] y **Juan de la Cruz** pueden ser los representantes más significativos, pero también puede citarse la Contemplación para alcanzar amor de los *Ejercicios Espirituales* de **Ignacio de Loyola**, el cultivo de la naturaleza en la vida monástica, etc.[49]. Al mismo tiempo, el concepto de ley natural ha dado igualmente al pensamiento cristiano una segunda dimensión de respeto por la naturaleza. La polémica teológica sobre la posibilidad de unir el Atlántico y el Pacífico en América Central o el fracasado plan de traer los barcos de Indias desde Lisboa a Madrid son representativas de una actitud de que "no es lícito modificar la naturaleza", que sigue hoy vigente en determinados aspectos de la enseñanza católica[50].

Creemos, por tanto, que la tradición cristiana, a lo largo de veinte siglos, ha sido compleja y polivalente. Es simplificador reducirla a sus afirmaciones de la centralidad del hombre y de su dominio sobre la naturaleza. Como acabamos de indicar, nos parece que en la actitud de la tradición cristiana ante la naturaleza coexisten los siguientes elementos:

a) Una indiscutible afirmación del puesto central ocupado por el hombre en el mundo y la profunda convicción de que toda la realidad del mundo está al servicio del ser humano.

b) Una actitud de respeto y amor hacia la belleza de la naturaleza que ha sido considerada como expresión de la bondad y el amor de Dios.

c) Un cierto desapego de las realidades mundanas, ya que no constituyen la realidad definitiva que es el destino final del hombre.

d) Una importante tendencia a considerar la naturaleza como expresión de la ley divina y, por tanto, una actitud de respeto hacia los procesos naturales.

Por todo ello, no es fácil medir la responsabilidad del cristianismo en la actual crisis ecológica. Por una parte, hay que afirmar que las actitudes de la ciencia y la tecnología recientes ante el mundo hunden sus

46. *1Cor 7*, 31.
47. *Hebr* 13, 14.
48. Ver DÍAZ, C., **Ecología y pobreza en Francisco de Asís**, Madrid, 1986.
49. Cf. GAFO, J., *Ecología y cristianismo*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Ecología**... pp. 193-

raíces en el *humus* de una cultura que se ha desarrollado desde la concepción del hombre como centro del mundo y llamado a dominar sobre las fuerzas de la naturaleza. Pero también hay que reconocer que el gran "pillaje" sobre la naturaleza se ha realizado cuando el desarrollo científico, tecnológico y económico ha afirmado más su plena autonomía, negando toda referencia a una teonomía, o a una ordenación del mundo más allá de las realidades naturales. Y, al mismo tiempo, ha coincidido con una posición distante e incluso hostil de las Iglesias cristianas ante el desarrollo tecnológico. Sí parece que hay que afirmar que el pecado de la reciente tradición cristiana ha sido el de no saber dialogar con las nuevas concepciones del hombre y del mundo, vigentes desde la Ilustración. Este último sería un rasgo más de las actitudes eclesiales respecto de la naturaleza.

4. Recientes tomas de postura de la Iglesia ante la crisis ecológica

Además de otros documentos de la Iglesia Católica[51], de los que el más significativo es probablemente el elaborado por la *Conferencia Episcopal Alemana* en 1980[52], hacemos referencia, además de a las aportaciones de la *Evangelium Vitae*, al mensaje dedicado a nuestro tema por **Juan Pablo II** con motivo de la Jornada Mundial de la Paz, del 1 de enero de 1990: *Paz con Dios Creador, paz con toda la creación*[53].

Los principales puntos de este último documento son los siguientes:

1. El Mensaje subraya la creciente conciencia de que la paz está amenazada, no sólo por la carrera armamentística y por la injusticia, sino también "por la falta del debido respeto a la naturaleza, la explotación desordenada de sus recursos y el deterioro progresivo de la calidad de vida" (n.º 1). Insiste en que las **injusticias del mundo** están en la base de la crisis y que es urgente una nueva solidaridad hacia los países menos desarrollados (n.º 10). En este contexto afirma con rotundidad que "no se logrará el justo equilibrio ecológico si no se afrontan directamente las formas de pobreza existentes en el mundo" (n.º 11).

195; 213-214.

50. Cf. GRACIA, D., *Ecología y Bioética*, en **Ib**... pp. 173-174.

51. Cf. FLECHA, J. R., *La Ecología*, en CUADRÓN, A. A. (Coord.), **Manual de Doctrina Social de la Iglesia**, Madrid, 1993, 259-275.

52. CONFERENCIA EPISCOPAL ALEMANA, **Zukunft der Schöpfung - Zukunft der Menschheit. Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz zur Fragen der Umwelt und der Energieversorgung** (1980) (Cf. **Herder Korrespondenz** 34 (1980) 560-566). Ver también: IGLESIA EVANGÉLICA ALEMANA, **¿Cuántas personas puede mantener la tie-**

2. Considera que las "reflexiones bíblicas iluminan mejor la **relación entre la actuación humana y la integridad de la creación**. El hombre, cuando se aleja del designio de Dios creador, provoca un desorden que repercute inevitablemente en el resto de la creación"; "si el hombre no está en paz con Dios, la tierra misma tampoco estará en paz" (n.º 5).

3. Sin negar las soluciones técnicas ante la crisis medioambiental, considera que debe plantearse desde "la **profunda crisis** moral, de la que el deterioro ambiental es uno de los aspectos más preocupantes" (n.º 5). Ello lleva a una crítica de los modelos consumistas vigentes en el mundo técnicamente desarrollado y a la necesidad de revisar "seriamente su estilo de vida" (n.º 13).

4. Subraya la necesidad de una **visión global** de todo este problema: "Toda intervención en un área del ecosistema debe considerar sus consecuencias en otras áreas y, en general, en el bienestar de las generaciones futuras" (n.º 6). Debe tenerse una visión del universo como un todo, como un verdadero "cosmos", dotado de un equilibrio interno, que debe ser respetado (n.º 8), así como la "integridad de la creación" (n.º 7).

5. Insiste en que en el fondo de la crisis está una falta de **respeto a la vida** y considera que "es el respeto a la vida y, en primer lugar, a la dignidad de la persona humana la norma fundamental inspiradora de un sano progreso económico, industrial y científico" (n.º 7).

6. El Mensaje apoya la petición, formulada desde distintos ámbitos, de que la Carta de los Derechos Humanos incluya también el "**derecho a un ambiente seguro**" (n.º 9).

7. Subraya la importancia de "**educar en la responsabilidad ecológica**", que no debe basarse simplemente en el sentimiento, ni en el rechazo del mundo moderno o "en el deseo vago de un retorno al 'paraíso perdido'" (n.º 13).

8. La cuestión ecológica implica la "**responsabilidad de todos**", ya que la crisis ecológica "es un problema moral", que afecta tanto a no creyentes, como a los que creen en un Dios creador y "están convencidos de que en el mundo existe un orden bien definido y orientado a un fin" (n.º 15).

9. Un aspecto llamativo del Mensaje es su actitud crítica, ya comentada en el capítulo XV, ante las nuevas técnicas de **manipulación gené-**

tica: "Tal vez no se ha llegado aún a calcular las alteraciones provocadas en la naturaleza por una indiscriminada manipulación genética y por el desarrollo irreflexivo de nuevas especies de plantas y formas de vida animal" (n.º 7).

10. El documento recoge en el n.º 6 el conjunto de factores que han desencadenado la crisis medioambiental. Resulta llamativa, sin embargo, la falta de mención de la **variable demográfica**. En la misma línea, la representación de la Santa Sede en la *Cumbre de Río de Janeiro* expresó sus reservas a los frecuentes planteamientos que insisten en esa variable, como si se tratase de la causa principal de los actuales problemas ecológicos. El mensaje puede estar aludiendo a esta idea al rechazar que se acuse "solamente a los pobres por las consecuencias medioambientales provocadas por ellos" (n.º 11).

Son importantes y muy valiosas las reflexiones de la *Evangelium Vitae* (*EV*) en relación con el tema ecológico, por el equilibrio que muestra en la lectura de los primeros capítulos del Génesis: "El hombre, llamado a cultivar y custodiar el jardín del mundo (Cf. *Gn* 2, 15) tiene una responsabilidad específica sobre el ambiente de vida, o sea, sobre la creación que Dios puso al servicio de su dignidad personal, de su vida, respecto no sólo al presente, sino también a las generaciones futuras. Es la cuestión ecológica –desde la preservación del 'habitat' natural de las diversas especies animales y formas de vida, hasta la ecología humana 'propiamente dicha'". *EV* afirma que "el dominio confiado al hombre por el Creador no es un poder absoluto, ni se puede hablar de libertad de 'usar y abusar', o de disponer de las cosas como mejor parezca", que la Encíclica simboliza en la prohibición de "comer del fruto del árbol" (n.º 42; cf. n.º 22 y 27).

La Encíclica contiene dos perspectivas importantes:

1. Su afirmación de que "el dominio confiado al hombre por el Creador no es un poder absoluto, ni se puede hablar de libertad de 'usar y abusar', o de disponer de las cosas como mejor parezca". Por el contrario, "ante la naturaleza visible, estamos sometidos a las leyes no sólo biológicas, sino también morales, cuya transgresión no queda impune" (n.º 42).

2. Se critica la tendencia a considerar al ser humano como un viviente más, en un estadio de evolución más elevado, pero que queda desposeído de su trascendencia para convertirse en una "cosa", al mismo

tiempo que la naturaleza, perdido el sentido de Dios, se convierte en "material" sometido a toda manipulación: "La difusión de esta mentalidad científico-técnica niega el designio de Dios sobre la creación o conduce a una divinización de la naturaleza" (n.º 22).

La Encíclica aborda también el tema demográfico. Reconoce que las autoridades públicas pueden "intervenir para orientar la demografía de la población, pero respetando siempre la responsabilidad primera de la pareja y sin recurrir a métodos no respetuosos de la persona y de sus derechos fundamentales" (n.º 91). En la línea de la postura de la delegación vaticana en la *Conferencia de El Cairo*, critica la falta de políticas "de justa producción y distribución de las riquezas" y, aludiendo a la opresión del Faraón sobre los israelitas, añade que hoy los poderosos de la tierra "temen que los pueblos más prolíficos y más pobres representen una amenaza para el bienestar y la tranquilidad de sus países" (n.º 16).

V. ¿Qué aporta una ética ecológica cristiana?

Como ya hemos indicado anteriormente, la mayoría de los moralistas consideran que la moral es una creación de la razón social-histórica, que posee una verdadera autonomía[54]. Esto no significa una abdicación de la teología. Lo específico del cristianismo no estriba en el establecimiento de normas éticas materiales y concretas, sino en situar también la reflexión a la luz de un horizonte de sentido, en el que la teología tiene una misión irrenunciable. Ese horizonte no trae nuevas normas éticas concretas, sino que aporta nuevos motivos para el debate y el quehacer ético, junto con el efecto crítico y estimulante que surge del mensaje de Jesús.

Al abordar el problema sobre la existencia de una ética ecológica cristiana, hay que reconocer que, a diferencia del terreno sexual-matrimonial o de la vida humana, el cristianismo no puede aportar una tradición de reflexión ni una síntesis ya hecha. Estamos ante un problema en el que existe una sensibilización ética, que se expresa en múltiples esbozos de solución y de futuro, y en la presentación de modelos alternativos. Pero debe confesarse que las tomas de postura, provenientes del círculo de la ética filosófica o teológica, se encuentran en un esta-

---

rra? Reflexiones éticas sobre el aumento de la población mundial, Madrid, 1995.

dio precoz. Lo mismo acontece en las declaraciones magisteriales, tanto de la Iglesia Católica, como de otras Iglesias cristianas[55].

Los cristianos están sin duda tomando parte en la reflexión ética sobre la crisis ecológica. Se esfuerzan, desde su horizonte de fe, por distinguir entre el bien y el mal. Su fe en Dios no debería ser una amenaza para su autonomía, ya que el hombre dispone de todo su ser en libertad, aunque sabe, desde su fe, que Dios es el último fundamento de su quehacer ético.

En los últimos años, las Iglesias luchan por entrar en diálogo con el mundo[56]. El tema ecológico es un nuevo campo del diálogo entre la fe y la razón. Hay que reconocer que las primeras voces de alarma y los primeros impulsos ante la crisis ecológica no han surgido desde el cristianismo, pero éste ha intentado asumir estos impulsos desde su visión de la realidad. Varios años de crisis ecológica han permitido que la reflexión cristiana se haya aproximado a este grave problema. Su presencia ha podido servir para criticar los exagerados pesimismos y las ingenuidades que están presentes en ciertos ecologismos. También es justo reconocer que ha servido para fomentar impulsos positivos.

No se puede discutir que, con el paso del tiempo, la reflexión ética cristiana podrá presentar una visión complexiva, así como criterios, principios, modelos y normas para un quehacer responsable con la creación. Los teólogos tendrán ante sí la tarea de presentar una síntesis y se podrá hablar entonces de una "ética cristiana del medio ambiente". En otros temas, antes citados, la teología católica tiene su moral, que no procede sólo de la revelación, sino que surgió en un proceso de experiencia y de reflexión social e histórica, que posteriormente fue asumido por la Iglesia, después de suprimir los elementos no-conciliables con su fe[57].

Nos parece, sin embargo, justo poner en su lugar las críticas hechas al cristianismo sobre su grave responsabilidad en la crisis ecológica. **Günther Altner**[58] considera que, al culpabilizar al cristianismo de tal

---

53. **Ecclesia** n.º 2456 (30 de diciembre de 1989) 1929-1933.

54. Ver AUER, A., **Umwelt Ethik**... p. 297ss.

55. ASAMBLEA ECUMÉNICA EUROPEA "PAZ Y JUSTICIA", **Justicia y paz para toda la Creación**, Basilea, mayo, 1989, en **Ecclesia** n.º 2427 (10 de junio de 1989) 825-841; CONSEJO MUNDIAL DE LAS IGLESIAS, **Justicia, Paz, Integridad de la Creación**, Seúl, marzo, 1990.

56. Ver KÜNG, H., **Proyecto de una ética mundial** (Madrid, 1992), en donde trata de la gran importancia del diálogo interreligioso ante la crisis medioambiental.

57. AUER, A., **Umweltethik**... pp. 308-309; ver *Apuntes para una ética ecológica*, en **Moralia** 17 (1994) n.º 62-63 (monográfico); POLLICE, C. F. y TIMMERMANN, P. (Eds.), **L´Ética nelle politiche ambientali**, Padova/Roma, 1991; SOSA, N. M., *Ecología y ética*, en VIDAL, M., **Conceptos fundamentales de ética teológica**, Madrid, 1989.

crisis, han entrado en juego los conocidos mecanismos de proyección de la culpabilidad; se ha convertido con simplismo al cristianismo en macho cabrío de tal crisis, sin ponderar las reticencias, incluso exageradas, que importantes sectores del cristianismo, hasta en épocas actuales, han expresado en contra del progreso técnico, ni tampoco la tendencia a ponerle límites. **Altner** llega a afirmar que "este reproche no se sostiene seriamente". Algo similar dice **Adolf Portmann**[59].

Ideas similares aparecen en **Margaret Mead**, que subraya la "actitud explotadora de los europeos, sus ansias de dominio, ya antes de que fueran cristianizados". Afirma que tal culpabilización del cristianismo constituye una mala comprensión de la historia y del papel de la ideología religiosa, de la tradición cultural y de las circunstancias fácticas en la formación de una relación actual con el medio ambiente[60].

Porque es notable que la mentalidad de explotación del mundo se haya difundido en la ciencia, técnica y economía, precisamente coincidiendo con la emancipación del hombre moderno occidental respecto del cristianismo. Lo que sí hay que reconocer es la culpa de las Iglesias en no asumir la historia reciente de la libertad y en no haber entrado suficientemente en los debates de la edad moderna. Sectores importantes del cristianismo no supieron asumir la filosofía moderna y se autoexcluyeron del diálogo con la ciencia; mostraron con cierta frecuencia una actitud hostil ante el desarrollo tecnológico moderno. En esta falta de diálogo con el progreso de la ciencia y de la tecnología es donde puede estar la mayor culpabilidad de las Iglesias.

VI. Hacia una ética ecológica cristiana

Y aquí surge otra vez la gran interrogante que suscitaba **Degenhardt**[61] ¿Puede un cristiano ser ecologista, sin renunciar al mismo tiempo a su fe bíblica?

Los mismos relatos del Génesis que daban al hombre el mandato y la bendición para que dominase sobre la tierra (1, 28), añaden unos versículos más adelante: "El Señor Dios tomó al hombre y le colocó en

58. ALTNER, G., **Schöpfung am Abgrund. Die Theologie vor der Umweltfrage**, Neukirchen-Vluyn, 1977, 56.

59. PORTMANN, A., **Naturschutz wird Menschenschutz**, Zurich, 1971, 21.

60. MEAD, M. y FAIRSERVIS, W., *Kulturelle Verhaltensweise und die Umwelt des Menschen*, en ENGELHARDT, H. D., **Umweltstrategie, Materialien und Analysen zu einer Umweltethik der Industriegesellschaft**, Gütersloh, 1975, 17ss; KEIL, B., **Ökologie.**

el jardín del Edén *para que lo guardara y lo cultivara*" (2, 15). La tradición judeo-cristiana ha desarrollado, de forma preferente, el primer mandato de Yahveh y ha olvidado el segundo. Era lógico en épocas históricas en que el ser humano se sentía impotente ante una naturaleza hostil y poderosa, en donde el hombre tenía que luchar denonadamente para lograr su propia supervivencia. Hoy la situación se ha invertido y la naturaleza es la débil ante un desarrollo tecnológico impresionante que amenaza con su supervivencia. Ha llegado sin duda el momento histórico en que el mandato y la bendición de Dios no van tanto en la línea de dominar la tierra, como en respetar y guardar el pequeño planeta que le ha sido confiado al hombre; ha llegado el momento de dar un relieve social –y no meramente personal y místico– a esa experiencia de fe de considerar la naturaleza como reflejo de la bondad y de la presencia del Dios Creador.

Nos parece que ante la actual crisis ecológica, los cristianos, que intentan dar una respuesta desde su fe a esta crisis, "no interpretan falsamente lo esencial de la religión judeocristiana", por las siguientes razones:

1. La fe cristiana afirma una **fundamental dependencia del hombre respecto de su Creador**. Esta dependencia no debe interpretarse como una heteronomía que privase al hombre de su mayoría de edad y de su responsabilidad en el quehacer ético. Pero la conciencia de haber recibido la vida como un don gratuito, de estar implicado en un mundo que últimamente depende de Dios, configura en el creyente un último horizonte *pre-dado*, que debe aceptar y asumir desde su fe. El mundo, la naturaleza viva y no viviente, no son consecuencia de un destino ciego, de "un azar y de una necesidad", sino que son un don que debe ser recibido con agradecimiento y respeto y que expresa la bondad y el amor de un Dios que nos ha creado libremente. La naturaleza no es un valor neutro, sino algo "bueno" por ser obra de Dios. Desde una autonomía absoluta está abierta la pregunta que ya se planteaba, ante el actual desarrollo tecnológico en el campo de la manipulación genética, **Hans Jonas**: ¿cómo fundamentar que debe seguir existiendo vida en nuestro planeta?[62] Un cristiano debe respetar un mundo que ha recibido como don y regalo del Creador.

Die Wissenschaft des Neuen Alters, Frankfurt/M-Berlín, 1990.

61. DEGENHARDT, D., **Christentum**... p. 145.

62. JONAS, H., **El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civiliza-**

2. Es indiscutible que el **ser humano ocupa una importante centralidad** para una antropología de inspiración judeo-cristiana. En el debate ético alemán se ha hablado de una relación de *Partnerschaft*, de compañerismo y camaradería entre el hombre y la naturaleza; otros están buscando en el panteísmo o en el animismo un cauce para desarrollar una relación más armónica del hombre con su entorno[63]. Nos parece que la centralidad del hombre en la creación no debe discutirse. Aunque no guste la afirmación, el hombre es y sigue siendo el "rey de la creación"; el culmen de un proceso evolutivo vital que ha durado quizá 3.500 millones de años y que sitúa al ser humano por encima de los restantes seres vivos[64].

Pero subrayar la centralidad o el carácter culminante del ser humano no significa olvidar sus raíces que le unen indisolublemente a la Biosfera y a toda la naturaleza. Afirmar la centralidad del ser humano no significa negar nuestra esencial pertenencia a la naturaleza y a la Biosfera. Creemos que la relación del hombre con la naturaleza no se debe expresar desde un "compañerismo" entre iguales, pero sí desde la solidaridad con una realidad emparentada con el hombre y de la que éste no podrá nunca prescindir.

3. El **mandato de dominar la tierra** puede y debe ser matizado desde la exhortación de Yahveh a "guardar y cultivar el jardín". Hoy puede adquirir una valoración y una dimensión nueva la famosa fórmula de que "Dios es el único Señor de la vida y el hombre es su mero administrador". No se debe interpretar esta formulación como una negación al hombre de su mayoría de edad, pero sí desde un reconocimiento del creyente de que no es últimamente dueño y señor de la vida, ni de la propia ni de la ajena, sino que actúa en nombre y en representación del Dios que le ha creado y es origen de toda la realidad. Una actuación despótica sobre la naturaleza es una nueva forma de manifestación del "seréis como dioses" de la primera tentación humana. El mandato a dominar la naturaleza no es una exhortación a convertirla en un campo de explotación, sino que exige del hombre una dependencia de su Creador, un actuar responsablemente en su relación con la naturaleza.

---

ción tecnológica, Barcelona, 1995, 40-41; Cf. GRACIA, D., *Ecología y Bioética*, en GAFO, J. (Ed.), **Ética y Ecología**... p. 187.

63. LOVELOCK, J., **Las edades de Gaya. Una biografía de nuestro planeta vivo**, Barcelona, 1993.

64. Sobre el tema de los derechos de los animales, el autor más significativo es SINGER,

4. La **dimensión cristológica** puede tener también una importante relevancia. El Hijo de Dios es Aquel en quien, por quien y hacia quien, ha sido creado todo. El mundo puede ser contemplado como *eikon tou Christou*, como imagen de Cristo. La famosa frase de Jesús en el Juicio Final (*Mt* 25, 40) puede adquirir ahora una significación nueva: lo que hagáis con los hermanos más humildes –la "hermana tierra", hoy débil y amenazada– lo estáis haciendo con el mismo Cristo, en el que los seres vivos y los no vivos han sido creados.

5. La **dimensión escatológica**, anunciada por Cristo, debe ser un punto de referencia para el cristiano. El mensaje cristiano no sólo promete una salvación individual y definitiva del ser humano, sino que habla audazmente de la resurrección de la carne, es decir de todo el hombre implicado en la creación. Esta puede ser la afirmación de *Romanos* 8, 19-22: "El universo creado espera con impaciente expectación en la revelación de los hijos de Dios... en la esperanza de ser liberado de la servidumbre de la corrupción para participar en la gloriosa libertad de los hijos de Dios. Pues sabemos que la creación entera gime hasta el presente y sufre dolores de parto". El mensaje cristiano afirma que la plena salvación será acción de Dios, que no puede concebirse en continuidad con el orden creado. Pero, al mismo tiempo, subraya que el Reino de Dios ya está presente entre nosotros; trabajar por la construcción del Reino entre los hombres es también construir la salvación definitiva que nos espera a los hombres y a toda la creación. El hombre está unido a la creación no sólo en sus orígenes, sino también en su destino definitivo hacia el que todos caminamos.

6. Es indiscutible la **exigencia ética del amor** como centro del mensaje de Jesús. Hoy se está hablando de los derechos de la tercera generación, que incluyen los derechos de los seres humanos aún no nacidos, pero que todas las proyecciones sitúan al nivel de los 10.000 millones durante el siglo XXI. **Juan Pablo II** en el Mensaje *Paz con el creador, paz con toda la creación*, afirma que "hoy se habla cada vez con mayor insistencia del derecho a un ambiente seguro, como un derecho que debería incluirse en la Carta de Derechos del Hombre puesta al día" (n.º 9). Las generaciones futuras tienen también derecho a un "ambiente seguro". La llamada al amor debe extenderse a esos seres humanos futuros, que son también "los hermanos más pequeños", objeto del amor concreto y eficaz del seguidor de Jesús.

VII. Una nueva tabla de derechos humanos

Últimamente ha surgido el intento de crear una tercera lista de derechos humanos: los de la tercera generación que son los derechos ecológicos o del medio ambiente, como un modo de legitimar por tercera vez la democracia, tras el reconocimiento de la primera lista de las libertades y la segunda de los derechos sociales, políticos y culturales. Se trata de una legitimación, ya no sólo social, sino **real**, que consiste en que, de acuerdo con el procedimiento de justificación, no sólo tenemos obligaciones para con todos los seres vivos presentes, sino también hacia las generaciones futuras. La sociedad tiene que tener en cuenta a todos. El concepto de sociedad es distinto en el absolutismo o en la democracia liberal o social. El nuevo concepto de democracia se refiere a todo el mundo: los problemas cósmicos no se pueden ventilar más que teniendo en cuenta a todo el cosmos, a la reunión de todos los hombres. Sólo hay una forma de legitimar estas cuestiones: acudiendo a un procedimiento, que es muy complicado desde el punto de vista político, pero más sencillo desde el punto de vista ético[65].

Para tomar decisiones sobre el medio ambiente hay que considerar idealmente a todos los seres presentes y futuros. Es el criterio, llamado en ética de "universalización de máximas": todo acto que no sea universalizable, por principio es malo. Es lo que afirmaba **Kant**, cuando decía que todo acto debe ser principio de ley universal –"obra de tal modo que puedas querer también que tu máxima se convierta en ley universal" u "obra de tal modo que uses a la humanidad, tanto en tu persona, como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin y nunca como un medio"– y que puede llevar a formulaciones ecológicas.

Aquí se sitúa el pensamiento de **Hans Jonas**[66]. Siguiendo la ética de la responsabilidad de **Max Weber**[67], 1912, lo desarrolla en el campo de la ecología. Toma, como punto de partida, la necesidad de revisar y superar los planteamientos de la ética tradicional que poseía las siguientes características:

1ª Toda actuación en el mundo extrahumano era, a excepción de en el caso de la Medicina, éticamente neutra;

2ª La relevancia ética surgía del trato directo del hombre con el hombre, incluido el trato consigo mismo;

P., **Ética Práctica**, Cambridge, 1995. Cf. MASIÁ, J., *Derechos de los animales*, en GAFO, J. (Dir.), **Diez Palabras clave en Ecología**... pp. 139-166.

65. Sobre la reflexión ética en relación con el medio ambiente, cf. GAFO, J., *Ecoética*, en GAFO, J. (Dir.), **Diez Palabras clave en Ecología**... pp. 347-381.

3ª El ser humano era considerado constante en su esencia;
4ª El bien y el mal, consecuencia de la acción, residían en la cercanía del mismo acto y su alcance efectivo era escaso y limitado.

Sin embargo, el desarrollo tecnológico ha introducido acciones cuyas repercusiones no se quedan en la esfera limitada y concreta de la ética tradicional, y ha puesto de manifiesto "la tremenda vulnerabilidad de la naturaleza sometida a la intervención técnica del hombre, una vulnerabilidad que no se sospechaba antes de que se hiciese reconocible en los daños causados". Esto significa que las acciones humanas deben tener en cuenta "un objeto de orden totalmente nuevo, nada menos que la entera biosfera del planeta, de la que hemos de responder, ya que tenemos poder sobre ello... La Naturaleza, en cuanto responsabilidad humana, es sin duda un *novum* sobre el cual la teoría ética tiene que reflexionar".

El planteamiento de **Jonas** se mantiene en el nivel del antropocentrismo –"también aquí ha de conservarse la orientación antropocéntrica de toda la ética clásica", ya que el hombre sigue siendo "el referente último"[68]. Pero ya no se puede obviar la cuestión de si la naturaleza se ha convertido en un bien encomendado a nuestra tutela lo que nos plantea exigencias morales, no sólo en relación con el hombre, sino también en relación con la misma naturaleza: "Esto implicaría que habría de buscarse no sólo el bien humano, sino también el bien de las cosas extrahumanas, esto es, implicaría ampliar el reconocimiento de 'fines en sí mismos' más allá de la esfera humana e incorporar el concepto de bien humano al cuidado de ellos. A excepción de la religión, ninguna ética anterior nos ha preparado para tal papel de fiduciarios; y menos aún nos ha preparado para ello la visión científica de la naturaleza, hoy dominante"[69].

Este radical cambio de perspectivas, como consecuencia del progreso técnico, lleva a cuestionar la vieja concepción de que "la presencia del hombre en el mundo era un dato primero e incuestionable". Ahora esa misma presencia está cuestionada y es objeto de una obligación ética: "esto implica, entre otras cosas, conservar este mundo físico de modo que las condiciones para tal existencia –de candidatos a un universo moral en el mundo físico– permanezcan intactas, lo que

66. JONAS, H**., El principio de responsabilidad**…
67. Cf. **Ib**., pp. 139 y 367.

significa protegerlo, en su vulnerabilidad, contra cualquier amenaza que ponga en peligro esas condiciones".

Por ello, y desde una ética de la responsabilidad, propone unos principios, que derivan también de **Kant:**

1ª formulación: "Obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica sobre la tierra"; hay que tener en cuenta en los juicios morales a las generaciones futuras; de lo contrario, no se cumple con la máxima.
2ª formulación: "No pongas en peligro las condiciones de la continuidad indefinida de la Humanidad en la Tierra".
3ª formulación: "Incluye en tu elección presente, como objeto también de tu querer, la futura integridad del hombre"[70].

Estos principios tienen categoría de imperativo categórico. **Ronald Green** también establece unos criterios de ética ecológica: "Ponte a ti mismo en el lugar del otro, de las futuras generaciones". Es un principio positivo: estamos obligados a hacer lo posible para que nuestros descendientes tengan los medios para una progresiva calidad de vida, mejor que nosotros, y a que, como mínimo, no queden en una situación peor que la actual a causa de nuestras acciones.

1. Desarrollo sostenible[71]

En el Informe *Nuestro futuro común* de 1987 de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, se definió el desarrollo sostenible como aquel que satisface "las necesidades de la presente generación sin comprometer las de las generaciones futuras…El desarrollo sostenible conlleva hoy el equilibrio entre la mejora de los medios de subsistencia, la generación de mayores oportunidades de empleo y la protección del medio ambiente[72].

Como escribe **Javier Morillas**, se trata de pasar de una solidaridad sincrónica respecto a nuestros contemporáneos, como puede ser la mera solidaridad Norte-Sur, a una solidaridad diacrónica, a través del tiempo, también con las generaciones venideras.

68. JONAS, H., **El principio de responsabilidad**…p. 35.
69. **Ib**.
70. **Ib**., p. 40.
71. Cf. MORILLAS, J., *Desarrollo sostenible*, en GAFO, J. (Dir.), **Diez Palabras clave en**

> "La búsqueda del desarrollo sostenible implica una atención continua y en todo momento hacia las personas y la capacidad del ecosistema en general. Supone animar los esfuerzos encaminados a acelerar la mejora de la calidad de vida, incorporando al mismo tiempo los objetivos de una ordenación y sostenibilidad apropiadas a la formulación de las políticas y proyectos de desarrollo. Al mismo tiempo, supone dar preponderancia al 'más ser' sobre el 'más tener'…"[73].

Finalmente, es importante señalar el importantísimo papel de la educación en relación con el desarrollo sostenible y protección del medio ambiente, así como en la conservación de los recursos naturales y en lo que supone la biodiversidad.

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., *Apuntes para una ética ecológica*, en **Moralia** 16 (1994) n.º 62-63 (monográfico).

AA. VV., *Ecología y Teología*, en **Biblia y Fe** (1990) n.º 47 (monográfico).

AA. VV., **Ecología solidaria**, Madrid, 1996.

AMOR, J. R., *Algunas referencias bibliográficas sobre ética y responsabilidad ecológica*, en **Miscelánea Comillas** 52 (1994) 197-221.

ARMENDÁRIZ, L., **Un pacto de supervivencia entre el hombre y la tierra**, Bilbao, 1995.

BANCO MUNDIAL, **Informe sobre el desarrollo mundial. El Estado en un mundo en transformación**, Washington, 1997.

BOFF, L., **Ecología, grito de la Tierra, grito de los pobres**, Madrid, 1997.

BOFF, L., **La dignidad de la Tierra**, **Ecología, mundialización, espiritualidad**, Madrid, 2000.

BOFF, L., **Ética planetaria desde el Gran Sur**, Madrid, 2001.

BRADLEY, I., **Dios es "verde". Cristianismo y medio ambiente**, Santander, 1993.

COMISIÓN MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE Y DEL DESARROLLO, **Nuestro futuro común**, Madrid, 1987.

CONFERENCIA INTERNACIONAL DE EL CAIRO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO, **Programa de Acción**, Madrid, 1995.

DE LA TORRE, M. A., **Ecología y Moral. La irrupción de la instancia ecológica en la ética de Occidente**, Bilbao, 1993.

DOMINGO MORATALLA, A., **Ecología y solidaridad. De la ebriedad tecnológica a la sobriedad ecológica**, Santander/Madrid, 1991.

DREWERMANN, E., **Der tödliche Fortschritt. Von der Zerstörung der Erde und des Menschen im Erbe des Christentums**, Freiburg i.Br., 1992.

Ecología... pp. 239-270.

FLECHA, J. R., *La Ecología*, en CUADRÓN, A. A. (Ed.), **Manual de Doctrina Social de la Iglesia**, Madrid, 1993, 259-275.

GAFO, J. (Ed.), **Ética y Ecología**, Madrid, 1991.

GAFO, J. (Dir.), **Diez Palabras Clave en Ecología**, Estella (Navarra), 1999.

GALINDO, A. (Ed.), **Ecología y creación**. **Fe cristiana y defensa del planeta**, Salamanca, 1991.

JACQUARD, A., **La explosión demográfica**, Madrid, 1994.

JONAS, H**., El principio de responsabilidad**. **Ensayo de una ética para la civilización tecnológica**, Barcelona, 1995.

KEIL, B., **Ökologie. Die Wissenschaft des Neuen Alters**, Frankfurt/M-Berlín, 1990.

LOVELOCK, J., **Las edades de Gaya**. **Una biografía de nuestro planeta vivo**, Barcelona, 1993.

MEADOWS, D. H., MEADOWS D. L., RANDERS, J., y BEHRENS, III, W. W., **Los límites del crecimiento**, México, 1982.

MEADOWS, D. H, MEADOWS, D. L. y RANDERS, J., **Más allá de los límites del crecimiento**, Madrid, 1992.

MOLTMANN, J. **La justicia crea futuro. Política de paz y ética de la creación en un mundo amenazado**, Santander, 1992.

MOLTMANN, J., **Dios en la creación**, Salamanca, 1987.

MORILLAS, J., **Introducción a la economía mundial. Estructura y desarrollo sostenible. Casos prácticos**, Madrid, 1997.

PIKAZA, X. (Ed.), **El desafío ecológico. Ecología y Humanismo**, Salamanca, 1985.

RUBIO, M., *El desafío demográfico. Superpoblación y supervivencia*, en **Moralia** 17 (1994) 127-162.

RUIZ DE LA PEÑA, J. L., **Teología de la creación**, Santander, 1986.

SOSA, N. M., *Ecología y ética*, en VIDAL, M., **Conceptos fundamentales de ética teológica,** Madrid, 1989.

VALLIN, A., **La población mundial**, Madrid, 1995.

WHITE, L., *Die historischen Ursachen der ökologischen Krise*, en LOHMANN, M. (Ed.), **Gefährdete Zukunft. Prognosen amerikanischer Wissenschaftler**, München, 1970.

PUBLICACIONES
DE LA

CÁTEDRA DE BIOÉTICA
DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS

Director
JUAN MASIÁ CLAVEL

SIDA Y BIOÉTICA: DE LA AUTONOMÍA A LA JUSTICIA. Jorge J. Ferrer

AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD EN LA PERSONA CON DEFICIENCIA MENTAL. José Ramón Amor

BIOÉTICA Y ANTROPOLOGÍA. Juan Masiá

EL SUEÑO DE LO POSIBLE: BIOÉTICA Y TERAPIA GÉNICA. Lydia Feito

ÉTICA PSIQUIÁTRICA. María del Carmen Martínez

GENÉTICA Y BIOÉTICA. Juan Ramón Lacadena

BIOÉTICA TEOLÓGICA. Javier Gafo

PARA FUNDAMENTAR LA BIOÉTICA. TEORÍAS Y PARADIGMAS TEÓRICOS EN LA BIOÉTICA CONTEMPORÁNEA. Jorge J. Ferrer y Juan Carlos Álvarez

DERRIBAR LAS FRONTERAS. ÉTICA MUNDIAL Y DIÁLOGO INTERRELIGIOSO. Francisco Javier de la Torre Díaz

HACIA EL EQUILIBRIO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL. EL EQUILIBRIO DEMOGRÁFICO Y LA ÉTICA CRISTIANA. Ángel Luis Toledano Ibarra

LA GRATITUD RESPONSABLE. VIDA, SABIDURÍA Y ÉTICA. Juan Masiá

BIOÉTICA GLOBAL, JUSTICIA Y TEOLOGÍA MORAL. Francisco J. Alarcos

LA BIOÉTICA ANTE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA). José García Férez

Este libro es póstumo, pero no se publica por ser un homenaje a su autor. Tampoco por el hecho bien conocido de que el presente haya sido un proyecto larga y cuidadosamente trabajado por Javier Gafo. Ciertamente no me cabe duda de que *Bioética teológica* honrará y actualizará su memoria, pero las razones que nos llevan a editarlo residen en el valor objetivo de la obra, en su utilidad real para los lectores que quieran acceder a un buen manual de Bioética hecho desde la perspectiva epistemológica de la Teología moral católica, ponderando por encima de las razones del corazón lo que el libro puede aportar al panorama de la Bioética, sobre todo de nuestro país y de su zona de influencia intelectual latinoamericana.

El avance trepidante de la Bioética requiere ágiles y resistentes cabalgaduras, pero no deja inservibles esfuerzos serios por la reflexión ética basada en los datos, como la del profesor Gafo. No vayamos a este libro buscando el último dato sobre los temas que están en la opinión pública, pero sí recurramos a él con toda confianza para conocer cómo pensar desde la Ética teológica con claridad, rigor, sentido práctico, apertura, creatividad y diálogo entre ciencia y ética.

El título es un acierto, porque no sólo informa bien de lo que ofrece y del enfoque epistemológico con que se afronta la ética de la vida, sino porque marca la realidad del diálogo entre la Bioética y la Teología de la que este libro es un fidedigno exponente. El lector se encontrará con esta actitud de tender puentes entre disciplinas y entre visiones plurales dentro de una determinada tradición en todos y cada uno de los capítulos. Este libro, en fin, es como una bella y bien lograda sinfonía que ha quedado abierta y pide que la vayamos completando con la humildad del que sabe que, mientras exista el ser humano, en temas de ética de la vida es vano decir que hemos dado la definitiva respuesta o que se ha agotado la fuente de las preguntas.

Julio Luis Martínez, S.J.
Director de la Cátedra de Bioética
Universidad Pontificia Comillas

http://booksmedicos.org

ISBN: 978- 84-330-1762-8
9 788433 017628
www.edesclee.com