

P. Miguel Ángel Fuentes, IVE

PRINCIPIOS
FUNDAMENTALES
DE BIOÉTICA

COLECCIÓN “TEXTOS DE ESTUDIO” / 1

Instituto del Verbo Encarnado

- 2006 -

Imprimatur

R.P. Gabriel Zapata, IVE
Superior Provincial

Texto de estudio del Curso de «Bioética»
presentado en el Seminario
María, Madre del Verbo Encarnado
San Rafael (Argentina) 2005

Aprobado por la Comisión de Textos
del Seminario María, Madre del Verbo Encarnado
San Rafael (Argentina)

Con l'approvazione del Centro di Alti Studi,
San Bruno Vescovo di Segni
Segni (Italia)

Con l'approvazione della «Commissione per la Formazione»
dell'Istituto del Verbo Incarnato
Roma 2006

In uso nei seminari dell'Istituto del Verbo Incarnato

ÍNDICE GENERAL

PRIMERA PARTE BIOÉTICA FUNDAMENTAL

***CAPÍTULO PRIMERO. CONCEPTOS INTRODUCTORIOS*13**

- I. TERMINOLOGÍA13
- II. CAUSAS DE LA EXTENSIÓN DE LA BIOÉTICA15
- III. NATURALEZA DE LA BIOÉTICA16

***CAPÍTULO SEGUNDO. FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS* . . .21**

- I. EL HOMBRE COMO TOTALIDAD UNIFICADA22
- II. EL HOMBRE ES “PERSONA” POR SU ALMA CREADA POR DIOS25
- III. EL MOMENTO DE LA ANIMACIÓN27
- IV. DOMINIO MINISTERIAL DEL HOMBRE31
- V. SACRALIDAD DE LA VIDA HUMANA34
- VI. EL FIN DEL HOMBRE35

***CAPÍTULO TERCERO. LOS PRINCIPIOS MORALES*41**

- I. UNA BIOÉTICA LIBERAL41
- II. PRINCIPIOS PARA UNA BIOÉTICA CRISTIANA O NATURAL46
 - 1. “Hay que hacer el bien y evitar el mal”46
 - 2. La integridad de las fuentes de la moralidad51
 - 3. Los principios de responsabilidad y de profesionalidad53
 - 4. El principio de cooperación al mal54
 - 5. El principio de doble efecto57
 - 6. El principio de totalidad59
 - 7. Los principios sociales: solidaridad y subsidiariedad63

SEGUNDA PARTE

BIOÉTICA ESPECIAL

<i>CAPÍTULO PRIMERO. BIOÉTICA DE LA SEXUALIDAD HUMANA</i>	67
I. LA SEXUALIDAD HUMANA	67
1. Varón y mujer	67
2. Anomalías sexuales	71
(a) Homosexualidad	71
(b) Perversiones sexuales	77
(c) Transexualismo y ambigüedad sexual	79
II. SEXUALIDAD Y PROCREACIÓN	81
1. Ordenación de la sexualidad a la procreación	81
2. Anticoncepción	82
(a) La anticoncepción hormonal	83
(b) Los dispositivos intrauterinos (DIU)	87
(c) Los métodos de barrera	89
3. Los métodos naturales	89
4. El uso terapéutico de algunos productos hormonales	92
 <i>CAPÍTULO SEGUNDO. BIOÉTICA DE LA PROCREACIÓN Y TÉCNICAS DE FECUNDACIÓN ARTIFICIAL Y ASISTIDA</i>	95
I. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES SOBRE LA REPRODUCCIÓN HUMANA	95
II. DIVERSAS INTERVENCIONES EN EL PROCESO DE FECUNDACIÓN	100
1. Inseminación artificial homóloga (IAH)	101
2. Inseminación artificial heteróloga (AID)	106
3. Fecundación in vitro intraconyugal u homóloga (FIV homóloga)	110
4. Fecundación in vitro heteróloga (FIV heteróloga)	113
III. ALTERNATIVAS RESPETUOSAS DE LA PERSONA EN LA LUCHA CONTRA LA ESTERILIDAD	114
1. Terapias contra la esterilidad femenina y masculina y problemas morales	114
(a) La infertilidad femenina	114
(b) Infertilidad masculina y problemas relacionados con el espermiograma	115
2. Los métodos naturales	116
3. La adopción	117

CAPÍTULO TERCERO. BIOÉTICA DE LA MANIPULACIÓN

EMBRIONAL	121
I. EXPERIMENTOS SOBRE EL COMIENZO DE LA VIDA HUMANA	122
1. Algunos intentos experimentales	122
(a) La ectogénesis	122
(b) Clonación	122
(c) Las células madre embrionales	123
(d) Reproducción en mosaico	124
(e) Hibridización y otras quimeras	124
2. Observaciones morales	126
(a) Sobre la clonación	126
(b) Sobre la experimentación con células madre embrionales	128
(c) Sobre los demás experimentos	130
II. EL ALMACENAMIENTO DE EMBRIONES	131
1. La investigación médica	132
2. Sobre la crioconservación	133
3. El “rescate” de los embriones congelados	134
III. EL CONOCIMIENTO DEL MATERIAL GENÉTICO HUMANO	137
1. Aplicaciones del conocimiento genético humano	138
(a) Aplicaciones de diagnóstico	138
(b) Aplicaciones terapéuticas	139
(c) Aplicaciones eugenésicas	139
(d) Aplicaciones alterativas	139
2. Apreciaciones morales	140
(a) Sobre el proyecto Genoma humano y las aplicaciones de diagnóstico	140
(b) Sobre las demás aplicaciones	141
IV. EL DIAGNÓSTICO PRENATAL	143
1. Indicaciones médicas	143
2. Los procedimientos	143
3. Finalidades o posibilidades	144
4. El juicio moral	145
V. MANIPULACIÓN SOBRE EL MATERIAL GENÉTICO NO HUMANO	146

***CAPÍTULO CUARTO. BIOÉTICA Y ABORTO*149**

I. ASPECTOS GENERALES	149
1. La naturaleza del aborto	149
2. Los métodos abortivos	150
(a) Métodos que actúan antes de la anidación del embrión	150
(b) Métodos que actúan después de la anidación del embrión	152
II. ASPECTOS ÉTICOS Y CANÓNICOS	153
1. El aborto ante la luz de la fe	153
2. El aborto ante la luz de la razón	154
3. Juicio moral y canónico sobre el aborto	155
(a) Moralidad objetiva del aborto	155
(b) Moralidad y culpabilidad subjetiva	157
(c) La pena canónica del aborto	157
4. Problemas psicológicos	158
III. ALGUNAS CUESTIONES PARTICULARES	160
1. El llamado “aborto indirecto”	160
2. El aborto terapéutico	162
(a) Anomalías patológicas del embarazo	162
(b) Enfermedades cardíacas	163
(c) Enfermedades tumorales	163
3. El aborto eugenésico	163
4. Obligaciones hacia los fetos abortados	163
5. La legislación abortista	164
6. Inducción del parto de los anencefálicos	166

***CAPÍTULO QUINTO. BIOÉTICA DE LA ESTERILIZACIÓN*169**

I. ASPECTOS TÉCNICOS Y GENERALES	170
1. Especies de esterilización	170
2. Esterilización directa e indirecta: conceptos y crítica de la terminología	171
(a) Directo e indirecto	171
(b) ¿El principio del voluntario indirecto o distinción por su objeto?	172
3. Las técnicas de esterilización	173
4. El “arrepentimiento” de quienes se esterilizan	174
II. ASPECTOS MORALES	175

1. Juicio moral sobre la esterilización contraceptiva	175
(a) Argumentos del Magisterio	175
(b) Algunas posiciones inaceptables en moral	176
2. La moralidad de la esterilización terapéutica	180
III. ALGUNOS CASOS DISCUTIDOS DE ESTERILIZACIÓN	181
1. El llamado “caso límite” o “útero cansado”	181
2. Esterilización ante peligro grave de violación	183
(a) Esterilización o anticoncepción y violación en general	183
(b) Violación dentro del matrimonio	185
3. La esterilización de los deficientes mentales	186
4. La esterilización como terapia psíquica	187
IV. ESTERILIZACIÓN E INSTITUCIONES PÚBLICAS	188

CAPÍTULO SEXTO. BIOÉTICA DE LA LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD Y EL DOLOR

I. EL DOLOR Y LA ENFERMEDAD	191
II. EL DIAGNÓSTICO	192
III. EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN	193
1. Noción	193
2. Cuidados ordinarios y cuidados extraordinarios	193
(a) Ordinario y extraordinario en medicina	194
(b) Principios	195
3. Analgesia y anestesia	196
4. El consentimiento informado del paciente	196
IV. LA INVESTIGACIÓN Y LA EXPERIMENTACIÓN	197
1. Nociones y argumentos	197
(a) El interés de la ciencia médica	198
(b) El interés del paciente	199
(c) El interés de la comunidad	199
2. Condiciones para la lícita experimentación	200
(a) La exigencia de la seriedad	200
(b) Primero la experimentación sobre animales	200
(c) Se debe contar con el consentimiento del paciente ..	200
V. LOS CUIDADOS ESPIRITUALES DE LOS ENFERMOS	203
1. Enfermos con uso de su conciencia	203
2. Enfermos sin uso de conciencia y en peligro de muerte ...	203
(a) El bautismo	204
(b) La confirmación	207

(c) La absolución sacramental	207
(d) La unción de los enfermos	207
<i>CAPÍTULO SÉPTIMO. BIOÉTICA DE LAS DEPENDENCIAS</i> ...	211
I. LAS TOXICOMANÍAS	211
1. Tipos básicos de toxicomanías	212
(a) Cannábico	212
(b) Morfínico	212
(c) Barbitúrico-alcohólico	213
2. Consecuencias sanitarias y sociales	213
3. Panorama actual de las toxicomanías	214
4. Prevención y tratamiento	217
II. ASPECTOS MORALES	217
1. Uso terapéutico	218
2. Uso de drogas con fines no terapéuticos	219
(a) Usos forenses	219
(b) Uso voluptuario	220
3. Abuso y toxicomanías	220
4. Los tranquilizantes	221
III. LA CULTURA DE LA DROGA	223
1. La droga en la cultura contemporánea	223
2. Una solución real	226
IV. EL ALCOHOLISMO	228
1. El uso del alcohol	229
2. Estados de alcoholismo	230
3. Las consecuencias	231
4. Las causas del alcoholismo crónico	231
5. Soluciones	232
<i>CAPÍTULO OCTAVO. BIOÉTICA DE LA MUERTE</i>	235
I. LA MUERTE Y LA CULTURA	235
II. NATURALEZA DE LA MUERTE	238
1. Aspectos filosóficos	238
2. Definición científica de la muerte	239
III. CRITERIOS PARA VERIFICAR LA PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE	
DE TODAS LAS FUNCIONES	241
1. El criterio cardio-respiratorio como criterio directo	242

2. El criterio de la pérdida total e irreversible	
de todas las funciones	243
(a) Criterio indirecto: relacionado con el corazón	243
(b) Criterio directo: criterio de muerte	
relacionado con el cerebro	243
IV. EL CADÁVER Y SU TRATO	247

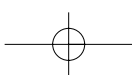
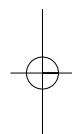
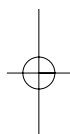
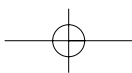
CAPÍTULO NOVENO. BIOÉTICA DE LOS TRASPLANTES249

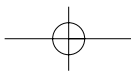
I. EL TRASPLANTE AUTÓLOGO (CIRUGÍA REPARADORA)	250
II. EL XENOTRASPLANTE	251
III. TRASPLANTE HOMÓLOGO ENTRE VIVOS	253
1. El juicio sobre la licitud	254
2. Las condiciones concretas	255
IV. TRASPLANTE HOMÓLOGO DE MUERTO A VIVO	258
1. La voluntad de donar	258
2. El médico y el donante moribundo	260
3. El problema de la muerte	260
V. TRASPLANTE A PARTIR DE ÓRGANOS DE ANENCEFÁLICOS	262
1. Obtención de órganos a partir de anencefálicos	262
2. Reanimación del anencefálico	263

CAPÍTULO DÉCIMO. BIOÉTICA DE LA EUTANASIA Y DEL ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO265

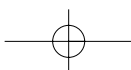
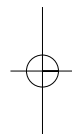
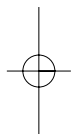
I. OBLIGACIÓN HACIA LA VIDA Y ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO	265
II. HISTORIA Y CULTURA DE LA EUTANASIA	267
1. Datos históricos	267
2. El fenómeno cultural de la eutanasia	268
3. Los argumentos que se esgrimen a favor de la eutanasia	270
III. EL SUICIDIO ANTE LA MORAL	272
1. Nociones y datos generales	272
2. Valoración objetiva del suicidio	273
3. Valoración subjetiva	274
IV. LA EUTANASIA EN SÍ MISMA	275
1. Clasificación	276
2. Valoración moral	277

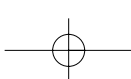
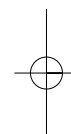
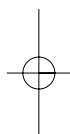
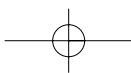
CONCLUSIÓN FINAL: LA CULTURA DE LA VIDA281





PRIMERA PARTE
BIOÉTICA FUNDAMENTAL





CAPÍTULO PRIMERO

CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

I. TERMINOLOGÍA

El término de “bioética” implica dos conceptos: la vida (*bios*) y la moral (*ethos*). Es un término relativamente nuevo, difícil de encontrar en la literatura médica anterior a los años sesenta. El neologismo aparece en 1971 por obra del oncólogo Van Ressaer Potter quien lo puso como título de su obra: *Bioethics. Bridge to the Future*. Según Potter, el hombre, rompiendo los equilibrios naturales, ha llegado a poner en serio peligro la continuación de la vida sobre la Tierra, por lo cual se preguntaba si el hombre no se ha convertido “para la Tierra viviente en lo que el cáncer es para el hombre”. El término recibió súbitamente una inmensa difusión, hasta tal punto que en 1973 se habla ya de una nueva “disciplina”.

Sin embargo, no es estrictamente justo hablar de novedad. Si bien muchos de los problemas afrontados por la bioética son nuevos, la historia documenta que siempre el médico ha debido filosofar sobre su propia ciencia y por eso desde los tiempos clásicos se ha reconocido una estrecha relación entre la medicina y la reflexión filosófica¹. Así Aristóteles, aun distinguiendo cam-

¹ Cf. A. PORCARELLI, “Il rapporto tra filosofia e medicina nella storia del pensiero”, *Etica dell'atto medico*, Ed. Studio Domenicano, Bologna 1991, 42-101.

pos, establecía una profunda continuidad entre una y otra disciplina. Galeno (c. 130 d.C.) acusaba a los médicos de su tiempo de ser ignorantes, corruptos y absurdamente divididos en escuelas; y les exigía que fueran filósofos, por exigencias “internas” a la misma ciencia médica. A él se atribuye la expresión: “el mejor médico es también filósofo”. En el temprano medioevo sobresale el testimonio de Cassiodoro (c. 500) quien concedía a la medicina un honor singular por su ordenación a socorrer las miserias humanas, pero por esa misma razón sostenía que el médico necesita una formación seria y cuidada, es decir, nutrida de todo aquello que en ese entonces se retenía como serio y cuidado, o sea, el estudio de los clásicos. Un siglo más tarde, San Isidoro de Sevilla en sus *Etimologías* exigía del médico el conocimiento de todas las artes liberales, y llamaba a la medicina “segunda filosofía”. La filosofía árabe medieval también reconocía una legítima autonomía a la medicina, pero señalaba una estrecha relación con la filosofía, la cual encuadra a la medicina en un horizonte más amplio desde el punto de vista cosmológico y teológico. En el medioevo (s. XIII) los programas universitarios exigían para quien quisiera estudiar medicina el conocimiento previo de la filosofía. Así, por ejemplo, Federico II, en las Constituciones del Reino de Sicilia, escribía: “Puesto que no se puede afrontar el estudio de la medicina si primero no se tiene el dominio de la lógica, establecemos que ninguno emprenda los estudios médicos si precedentemente no ha estudiado al menos por un trienio la ciencia de la lógica”. La misma concepción se encuentra entre los grandes teólogos medievales como Alberto Magno y Tomás de Aquino². Esta tradición se mantuvo prácticamente invariable hasta la irrup-

² En la división más tradicional, la filosofía se divide según el fin en: especulativa y práctica. La ética o moral se encuentra entre estas últimas, como también las artes mecánicas. Algunos autores siguen este orden también en la exposición o enseñanza de la filosofía y por eso estudian la ética inmediatamente después de la metafísica, ciencia especulativa suprema. La división de la filosofía puede presentarse esquemáticamente del siguiente modo:

1. Filosofía especulativa (tiene por fin conocer la verdad):
 - a. Racional instrumental: lógica
 - b. Real o principal: filosofía natural (ente mutable), matemática (ente cuantitativo), metafísica (ente en cuanto ente)
2. Filosofía práctica (conocer la verdad para dirigir la acción):
 - a. Del obrar: ética o moral
 - b. Del hacer: artes mecánicas

Tomás de Aquino sostenía que el recto orden de la enseñanza de la filosofía era el siguiente: 1º la lógica, que enseña el modo general de proceder en las demás ciencias; 2º la matemática, porque no exige la experiencia dilatada y, en sus partes más elementales, incluso es captable por los niños; 3º la filosofía natural, porque exige mucho mayor experiencia; 4º la

ción del positivismo que escindió el saber médico del saber filosófico y, consecuentemente, de la ética.

A pesar de la concepción moderna que separa ambos saberes, la visión clásica se impone por sí sola, pues, como afirma G. Thibon, el técnico de la medicina no puede saber qué **tiene** el enfermo mientras no sepa qué **es** el enfermo.

II. CAUSAS DE LA EXTENSIÓN DE LA BIOÉTICA

La extensión de la bioética obedece a ciertas causas, entre las que podemos evidenciar, en primer lugar, los interrogantes sobre las prácticas experimentales efectuadas durante la Segunda Guerra Mundial. La bioética adquiere un primer énfasis durante e inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial a raíz de los interrogantes morales sobre las prácticas médicas elaboradas en el seno de la misma guerra: la eutanasia, la esterilización, la experimentación con prisioneros o con cadáveres, etc. En esta época surge el movimiento (ambiguo) a favor de los derechos del hombre que muestra la necesidad de una reflexión filosófica y ética sobre estos problemas. Por su parte el Magisterio eclesiástico también acompañó estas inquietudes con sus reflexiones (basta releer los numerosos discursos de Pío XII).

Junto a esta primera causa, la segunda y determinante es, sin duda, el progreso biomédico de la segunda mitad del siglo XX. En ese siglo se verifican importantes avances médicos como el descubrimiento de los antibióticos, el perfeccionamiento de la cirugía, los primeros anticonceptivos químicos (Pincus, 1952); la “reanimación” como disciplina totalmente nueva (1954); en 1959 nace el primer niño belga concebido por inseminación artificial, etc. A partir de estos primeros pasos, el desarrollo de las técnicas biológicas y médicas conoce un “crescendo” febril. Evidentemente estos acontecimientos, nuevas posibilidades y problemas, plantearon a la reflexión moral una serie de interrogantes sobre: la extensión del campo experimental, las fronteras o

ética porque supone experiencia y un alma libre de pasiones, lo que es raro en la juventud; 5° la metafísica, porque accediendo a lo suprasensible, y trascendiendo la imaginación, es el saber humano más difícil. Y en este sentido la ética se estudiaría antes de la metafísica.

La Suma Teológica de Santo Tomás de Aquino está dividida en tres partes (la 1° Dios en sí mismo y en cuanto principio de las creaturas; la 2° el movimiento de la creatura racional hacia Dios y la 3° Cristo que es el Camino para retornar a Dios). La teología moral o ética cristiana se ubica en la 2° parte, pues consiste precisamente del estudio del movimiento de la creatura racional hacia Dios como a su fin último.

límites que salvaguarden al hombre mismo; el problema del dominio o manipulación de la vida humana (la urgencia de establecer con claridad la distinción entre lo técnicamente factible y lo moralmente operable); la limitación de toda ciencia para dar respuestas globales (aparece con claridad la necesidad de integrar en toda reflexión, especialmente la que sólo trabaja en los niveles físico-biológicos, una dimensión psíquica y espiritual y, por tanto, moral, para evitar el peligro cada vez más grave del cientificismo, es decir, el que la ciencia experimental se proponga como única ciencia); la insuficiencia de las normas jurídicas en el campo médico, etc.

La bioética, precisamente, tratará de dar una respuesta a todas estas inquietudes. La constatación de una “preocupación” bioética es un signo saludable, pues no significa otra cosa que la “preocupación” por dar una respuesta moral a situaciones fundamentales del hombre (su actitud ante la vida, la naturaleza humana, la muerte...); y a su vez, la intención de dar “respuestas morales” supone “inquietudes morales”. Signo saludable, digo, porque una de las crisis más graves de la modernidad o post-modernidad es el adormecimiento del sentido moral que concluye por “eclipsar el mismo valor de la vida”³.

III. NATURALEZA DE LA BIOÉTICA

La bioética puede **definirse** como “aquella parte de la filosofía moral que considera la naturaleza, fines y circunstancias, y, por tanto, la licitud o ilicitud de las intervenciones sobre la vida del hombre, particularmente aquellas conexas con el desarrollo de las ciencias médicas y biológicas”.

Prácticamente todas las definiciones afirman que el objeto de la bioética es el estudio de la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida. Es de particular importancia notar que la bioética no viene definida propiamente como reflexión filosófica sobre el misterio de la vida, de la muerte, de la enfermedad. A decir verdad, estos conceptos se suponen ya adquiridos. La bioética es, en cambio, reflexión en torno a la *actuación humana* sobre estos fenómenos; es una reflexión sobre los actos humanos. Entramos, pues, en el delicado campo de las relaciones entre filosofía, moral y ciencia.

³ Cf. JUAN PABLO II, *EV*, 11.

En cuanto al **objeto** de la bioética, hay que decir que así como la ética versa sobre la moralidad de los actos humanos, la bioética se ocupará de un campo específico del obrar humano: la intervención del hombre sobre la vida humana (y más concretamente: aquellas intervenciones del hombre sobre la vida humana posibilitadas por los descubrimientos de las ciencias médicas y biológicas, que conducen a un dominio y manipulación de la misma vida humana, y del hombre como tal). Es decir, que considera la vida humana desde el punto de vista médico y biológico *en toda la extensión de la existencia del hombre*: desde las intervenciones que lo alcanzan en su origen (fecundación artificial, genética) hasta su conclusión (eutanasia, ensañamiento terapéutico); y *según las varias modalidades de las intervenciones* (eliminación, mutación, terapia, trasplantes, experimentación).

Su objeto, al igual que la ética en general, no se limita a describir los comportamientos humanos (como hace, en cambio, la sociología) sino que propone valores normativos y obligantes al respecto (no enseña lo que “hace” la ciencia, sino lo que “debería hacer”). Por eso, el planteamiento de una bioética supone de antemano que se acepte la existencia de *valores objetivos, universales e inmutables*; de lo contrario, su mismo planteamiento carece de sentido.

Se distingue de la *medicina legal* ya que ésta en cuanto legislación civil no puede regular respecto de todos los actos (por ejemplo se le escapan los actos internos del sujeto), mientras que la ética, hace explícita referencia a todas las dimensiones del obrar humano e integra asimismo la visión religiosa que no puede estar ausente del obrar científico. Igualmente, se distingue de la *deontología médica* en cuanto su campo es más extenso (incluye cuestiones de biología), y no se restringe a principios de ética puramente humana sino también sobrenatural.

En cuanto a su **método** es el mismo de la moral en general: la consideración ética se desarrolla a la *luz de la razón humana*. El creyente, por su parte, la ilumina también con las verdades reveladas contenidas en la Sagrada Escritura y en la Tradición, transmitidas de modo auténtico por el Magisterio de la Iglesia.

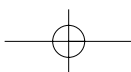
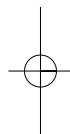
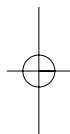
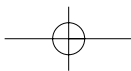
Finalmente, podemos distinguir en la bioética **dos partes**: una primera (bioética fundamental) que estudia los principios fundamentales que rigen el estudio y la investigación; la segunda (bioética aplicada) analiza los problemas relacionados directamente con el origen y el término de la vida humana, y los aspectos médico-sociales, es decir, aquellos en los cuales queda de

algún modo implicada la comunidad social o política: la bioética sobre el comienzo de la vida humana, sobre el desarrollo de la vida (salud, experimentación, enfermedad), y sobre el término de la vida humana.

Bibliografía indicativa. Como fundamentos generales para las cuestiones que trataremos en este curso sugiero los siguientes libros: E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I y II, Vita e pensiero, Milán 1988, 1991; D. BASSO, *Nacer y morir con dignidad*. Estudios de Bioética Contemporánea, Consorcio de Médicos Católicos, Buenos Aires 1989; D. TETTAMANZI, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo*, Piemme, Casale Monferrato 1990; L. CICCONE, *Salute e malattia. Questioni di morale della vita fisica*, II, Ed. Ares, Milán 1986; L. CICCONE, "Non uccidere". *Questioni di morale della vita fisica*, Ed. Ares, Milán 1988²; A. PEINADOR, *Moral Profesional*, Ed. BAC, Madrid 1962; M. MONGE, *Ética, Salud, Enfermedad*, Palabra, Madrid 1991; A. MIFSUD, *Moral de discernimiento. II. El respeto por la vida humana (Bioética)*. Ed. Paulinas – CIDE, Santiago de Chile 1987 (con reservas; no comparto los juicios del autor); B. HÄRING, *Moral y Medicina*, Herder, Barcelona 1972 (aclaro que no comparto muchos de los juicios de Häring en todos los libros aquí citados); B. HÄRING, *Medicina e manipolazione*, Paoline, Roma 1976 (hay edición en español: *Ética de la manipulación*, Herder, Barcelona 1978; B. HÄRING, *La Ley de Cristo*, Herder, Barcelona 1973 (especialmente tomo III); B. HÄRING, *Libertad y fidelidad en Cristo*, Herder, Barcelona 1983 (especialmente tomo III); etc. (la bibliografía en bioética es amplísima y crece día a día).

Entre los documentos del Magisterio que elaboran la reflexión ética podemos señalar: Pío XI, Encíclica *Casti connubii* (1930); C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, *Pío XII y las Ciencias Médicas*, Pío XII: Alocuciones, discursos a médicos, personal sanitario, investigadores, Ed. Guadalupe, Buenos Aires 1961; PABLO VI, Encíclica *Humanae vitae* (1968) [abreviada HV] en AAS 60 (1968) 481-503; JUAN PABLO II, Exhortación *Familiaris Consortio* (1981) [abreviada FC] en AAS 73 (1981) 81-191; Comentarios a la *Humanae vitae*: catequesis de los miércoles desde el 4 de julio de 1984 al 28 de noviembre de 1984; Carta Apostólica *Salvifici doloris* (1984) en AAS 76 (1984) 201-250; Encíclica *Veritatis Splendor* (1993) [abreviada VS] en AAS 85 (1993); Encíclica *Evangelium vitae* (1995) [abreviada EV] en AAS 87 (1995) 401-522; y sus numerosos discursos y alo-

cuciones; SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre el aborto provocado* (1974) en AAS 66 (1974) 730-747; *Declaración sobre algunas cuestiones de ética sexual* (1975) en AAS 68 (1976) 77-96; *Declaración sobre la eutanasia* (1975) en AAS 72 (1980) 1542-1552; *Instrucción "Donum vitae", sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* (1987) [abreviada DV] en AAS 80 (1988); *Carta sobre la atención pastoral a las personas homosexuales* (1986); SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓLICA, *Orientaciones educativas sobre el amor humano (pautas de educación sexual)* (1983); PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los Agentes de Salud* (1994); PONTIFICA ACADEMIA PARA LA VIDA, *Reflexiones sobre la clonación* (1997). Y los demás documentos que serán citados en los lugares correspondientes.



CAPÍTULO SEGUNDO

FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS

Toda ciencia (como es la biomedicina) y toda ética, suponen una relación con la antropología, no sólo porque se ocupan del hombre o del mundo del hombre, sino porque plasman sobre el hombre (paciente o investigado) la visión del hombre que tiene el científico. Lo mismo se diga de la ética y de la bioética: según sea la visión antropológica tal será la visión ética sobre los problemas analizados. Por eso es que Juan Pablo II ha hablado de la necesidad de “una antropología adecuada” para poder abordar estos problemas⁴.

“Antropología adecuada” es “aquella que trata de comprender e interpretar al hombre *en lo que es esencialmente humano*”⁵; en una *visión integral del hombre*, es decir, que *a partir de una experiencia esencialmente humana*⁶ alcanza el *integrum* del hombre, o sea, percibe al hombre como una *unidad compuesta de distintas dimensiones* (somática, psíquica o afectiva, espiritual) *indisolublemente unidas y jerarquizadas*, alcanzando no sólo el *compositum*

⁴ Cf. para lo que sigue C. CAFFARRA, “Introduzione Generale” en *Uomo e donna lo creò. Catechesi sull’amore umano*, Città Nuova Editrice – Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1985, 5-24.

⁵ JUAN PABLO II, “Catequesis semanal” del 2 de enero de 1980, en *L’Osservatore...*, 6 de enero de 1980, 3, n. 2. Habitualmente se cita la edición semanal en castellano.

⁶ “La antropología ‘adecuada’ se apoya sobre la experiencia esencialmente ‘humana’, oponiéndose al reduccionismo de tipo ‘naturalístico’, que frecuentemente va junto con la teoría evolucionista acerca de los comienzos del hombre” (JUAN PABLO II, “Catequesis semanal” del 2 de enero de 1980, en *L’Osservatore...*, 6 de enero de 1980, 3, n. 2, nota explicativa).

humanum sino también el principio unificador⁷. A partir de esta visión comprensiva del hombre en su integridad, captará los significados perennes, verdades o principios morales universales sobre el hombre que se desprenden de esta “lectura” de la naturaleza humana⁸.

Todas las demás concepciones antropológicas que renuncien apriorísticamente a esta visión integral se encuadrarán necesariamente en algún *reduccionismo* antropológico (o materialista o falsamente espiritualista).

Si bien corresponde a esa “antropología adecuada” el establecer esos principios que hacen de soporte a toda ciencia humana, nos hace falta aquí delimitar varios principios claves que han de guiar toda la reflexión moral de la bioética.

I. EL HOMBRE COMO TOTALIDAD UNIFICADA

El primer principio es establecido en la formulación clásica diciendo que “el hombre es una unidad substancial de alma y cuerpo”.

Se oponen a este aserto todos los *reduccionismos*, es decir, todas aquellas teorías que “reducen” la naturaleza del hombre ya sea negando el alma (reduciendo todo a la materia: el hombre es sólo cuerpo, un mero conjunto de tejidos y órganos; también el evolucionismo craso es un reduccionismo materialista⁹) o reduciendo el cuerpo a pura apariencia (como hacen algunas filoso-

⁷ “... Somos hijos de una época en la que, por el desarrollo de varias disciplinas, esta visión integral del hombre puede ser fácilmente rechazada y sustituida por múltiples concepciones parciales que, deteniéndose sobre uno u otro aspecto del *compositum humanum*, no alcanzan al *integrum* del hombre, o lo dejan fuera del propio campo visivo” (JUAN PABLO II, “Catequesis semanal” del 2 de abril de 1980, cf. en *L’Osservatore...*, 6 de abril de 1980, 3, n. 3).

⁸ “Las palabras de Cristo tienen un explícito contenido antropológico; tocan esos significados perennes, por medio de los cuales se constituye la antropología ‘adecuada’. Estas palabras mediante su contenido ético, constituyen simultáneamente esta antropología, y exigen, por decirlo así, que el hombre entre en su plena imagen” (JUAN PABLO II, “Catequesis semanal” del 23 de abril de 1980; cf. en *L’Osservatore...*, 27 de abril de 1980, 3, n. 2).

⁹ Para el evolucionismo craso el hombre sería un sujeto en evolución. Como consecuencia en el campo biomédico no sólo es lícito sino conveniente intervenir biológicamente para acelerar el proceso evolutivo. Esto ha sido defendido incluso por moralistas católicos. Por ejemplo dice Häring, citando a Böeckle: “El hombre es un experimento inacabado. Es ‘en su mercado un ser experimental’” (B. HÄRING, *Libertad y fidelidad en Cristo*, Herder, Barcelona 1983, III, 97); “Según la opinión de algunos científicos, un *homo novus*, perteneciente a la especie del *homo sapiens*, será no sólo pensable, sino también construible en un futuro próximo” (*Ibid.*, 238-239). Esto hace decir a Häring siguiendo a Karl Rahner: “Yo pienso que en

fías neo-orientales; no entramos a discutir qué es lo que queda del hombre, pues su concepto del “espíritu” no necesariamente coincide con la idea de la espiritualidad que sostiene la filosofía occidental; de hecho es presentada a veces como una “materia sutil”¹⁰). También niegan este principio los *dualismos* (como los de Platón y Descartes), para los cuales el hombre es un compuesto de dos sustancias heterogéneas (el cuerpo y el alma), no perteneciendo propiamente el cuerpo al hombre, sino a modo de prisión o de nave pilotada (para Descartes la inteligencia es pensamiento puro que no requiere la contribución específica del cuerpo y de sus sentidos; trabaja autónomamente. El cuerpo, por su parte, es un conglomerado de átomos, un mecanismo neutro e impersonal para cuyo funcionamiento no es necesario recurrir al alma).

Contra todo esto, debemos afirmar que el hombre es una “totalidad unificada”¹¹, es decir: cuerpo y alma unidos substancialmente: “esa naturaleza es al mismo tiempo corporal y espiritual. En virtud de su unión substancial con un alma espiritual, el cuerpo humano no puede ser reducido a un complejo de tejidos, órganos y funciones, ni puede ser valorado con la misma medida que

principio no podemos condenar sin más el deseo del hombre de mejorar directamente, incluso mediante manipulación constructiva de los genes, la base genética de la existencia humana. Karl Rahner observa que, por lo que hace a la autorrealización de la persona, la mayor parte de la gente tiene una herencia biológica más bien pobre. Dado que la naturaleza biológica del hombre está confiada a su libertad y a su sabiduría, es él con naturaleza verdaderamente histórica, el administrador de su herencia genética. La verdadera cuestión no es si debemos o no influenciar nuestra evolución genética. Consciente o inconscientemente, lo quiera o no, el hombre influencia constantemente la historia genética con su manera de conformar su propio comportamiento y su entero entorno. ‘Así pues, nuestra decisión fundamental es si debemos o no intervenir deliberadamente en nuestra propia evolución, más bien que seguir dejándola al azar’... La automanipulación, que hasta ahora se efectuaba casi totalmente al azar, puede venir a ser en el futuro una dirección planificada y sistemática de la naturaleza biológica. Los cristianos y otros representantes de la tradición humanista concuerdan en la idea de que el sentido de la historia es el de una creciente hominización. Esto significa no sólo un proceso continuado en el cociente de la inteligencia, sino también la gradual superación de tendencias agresivas irracionales y una mayor adaptación a la cooperación. La conclusión puede sin duda ser que no sólo nos está permitido el uso de la terapia del gen —es decir, eliminar un cromosoma adicional o una mala información genética que causa la decadencia y el deterioro de las relaciones humanas— sino que además estamos autorizados para acelerar la hominización mediante el directo mejoramiento de la herencia genética, si ello es posible. La cuidadosa planificación de cambios constructivos que actúen en el sentido del quehacer común de hominización no puede ser rechazada *a priori* como si fuera contraria a la naturaleza y a la vocación del hombre (cf. Rahner)” (*Ibid.*, 240-241).

¹⁰ Así, por ejemplo, la New Age.

¹¹ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, Introducción, 3; JUAN PABLO II, *FC*, 11.

el cuerpo de los animales, ya que es parte constitutiva de una persona, que a través de él se expresa y se manifiesta”¹². Y más adelante: “Cada persona humana, en su irrepetible singularidad, no está constituida solamente por el espíritu, sino también por el cuerpo, y por eso en el cuerpo y a través del cuerpo se alcanza a la persona misma en su realidad concreta. Respetar la dignidad del hombre comporta, por consiguiente, salvaguardar esa identidad del hombre *corpore et anima unus*, como afirma el Concilio Vaticano II (cf. GS 14,1). Desde esta visión antropológica se deben encontrar los criterios fundamentales de decisión, cuando se trata de procedimientos no estrictamente terapéuticos, como son, por ejemplo los que miran a la mejora de la condición biológica humana”¹³.

El Catecismo de la Iglesia Católica sintetiza la doctrina de la Iglesia: “La persona humana, creada a imagen de Dios, es un ser a la vez corporal y espiritual. El relato bíblico expresa esta realidad con un lenguaje simbólico cuando afirma que ‘Dios formó al hombre con polvo del suelo e insufló en sus narices aliento de vida y resultó el hombre un ser viviente’ (Gn 2,7). Por tanto, el hombre en su totalidad es querido por Dios. A menudo, el término alma designa en la Sagrada Escritura la vida humana o toda la persona humana. Pero designa también lo que hay de más íntimo en el hombre y de más valor en él, aquello por lo que es particularmente imagen de Dios: ‘alma’ significa el principio espiritual en el hombre. El cuerpo del hombre participa de la dignidad de la ‘imagen de Dios’: es cuerpo humano precisamente porque está animado por el alma espiritual, y es toda la persona humana la que está destinada a ser, en el Cuerpo de Cristo, el Templo del Espíritu: ‘Uno en cuerpo y alma, el hombre, por su misma condición corporal, reúne en sí los elementos del mundo material, de tal modo que, por medio de él, éstos alcanzan su cima y elevan la voz para la libre alabanza del Creador. Por consiguiente, no es lícito al hombre despreciar la vida corporal, sino que, por el contrario, tiene que considerar su cuerpo bueno y digno de honra, ya que ha sido creado por Dios y ha de resucitar en el último día’ [GS 14,1]. La unidad del alma y del cuerpo es tan profunda que se debe considerar al alma como la ‘forma’ del cuerpo; es decir, gracias al alma espiritual, la materia que integra el cuerpo es un cuerpo humano y viviente; en el hombre, el espíritu y la

¹² SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Ibid.*

¹³ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, Introducción, 3; JUAN PABLO II, “A la XXXV Asamblea General de la Asociación Médica Mundial”, 29 de octubre de 1983.

materia no son dos naturalezas unidas, sino que su unión constituye una única naturaleza. La Iglesia enseña que cada alma espiritual es directamente creada por Dios –no es ‘producida’ por los padres–, y que es inmortal: no perece cuando se separa del cuerpo en la muerte, y se unirá de nuevo al cuerpo en la resurrección final. A veces se acostumbra a distinguir entre alma y espíritu. Así San Pablo ruega para que nuestro ‘ser entero, el espíritu, el alma y el cuerpo’ sea conservado sin mancha hasta la venida del Señor (1Tes 5,23). La Iglesia enseña que esta distinción no introduce una dualidad en el alma. ‘Espíritu’ significa que el hombre está ordenado desde su creación a su fin sobrenatural, y que su alma es capaz de ser elevada gratuitamente a la comunión con Dios. La tradición espiritual de la Iglesia también presenta el corazón en su sentido bíblico de ‘lo más profundo del ser’, donde la persona se decide o no por Dios”¹⁴.

II. EL HOMBRE ES “PERSONA” POR SU ALMA CREADA POR DIOS

La segunda verdad que capta una lectura antropológica serena es la superioridad del hombre sobre el resto de la naturaleza; como decía Chesterton: “si el hombre es un producto de crecimiento biológico como cualquier otro animal, también resulta extraordinario que no se parezca en nada a los demás animales”¹⁵. Esta superioridad la afirmamos al llamarle sólo a él “persona”. “En el significado filosófico, que está en la base de la tradición cultural del Occidente, ‘persona’ indica la dignidad de la naturaleza espiritual”¹⁶.

Se oponen a esta afirmación los que atribuyen la *personalidad* humana al *azar* o a la *aceptación social*. La persona humana como fruto del *azar* es una teoría descabellada que choca contra la verdad irrefragable del *teleologismo* interno de la naturaleza humana, es decir, del perfecto orden y finalidad –experimentalmente verificable– de todo el organismo humano que demuestra que no hay nada librado al azar o a la casualidad en lo que es natural¹⁷. La

¹⁴ *Catecismo de la Iglesia Católica*, nn. 362-368.

¹⁵ G.K. CHESTERTON, *El hombre eterno*, en *Obras Completas*, Plaza y Janés, Barcelona 1967, I, 1473.

¹⁶ C. FABRO, *L'Anima*, Edivi, Segni 2005², 128 (ver 128-134).

¹⁷ Escribe, al respecto, Basso: “Más concretamente, cabe preguntarse: ¿podría ser que la vida, con sus perfecciones distintivas (la complejidad de sus mecanismos, sus preparaciones remotas y sus acondicionamientos próximos) sea simple producto del azar? Si se ha hecho, una sola vez siquiera, el cálculo aproximado del número matemáticamente infinito de coinciden-

teoría del azar se puede afirmar gratuitamente, pero no en serio, ni menos demostrarla.

Otros sostienen que el ser humano en estado embrional es un “material biológico” *potencialmente humano*, y que sólo adquiere el estatuto de persona mediante el *libre reconocimiento y la libre aceptación por parte de la sociedad* de los adultos¹⁸. Un representante de este modo de razonar –muy extendido– es René Frydman, quien afirma que los embriones no poseen los atributos de la persona humana, sino sólo su potencialidad. Para adquirirlos les debe salir al encuentro el deseo del hijo por parte del adulto, y deben superar las dificultades concretas del desarrollo. La persona sería, de este modo, una construcción social, el fruto artificial de una adopción social selectiva y arbitraria. Del mismo modo, de aquí concluirán (con lógica consecuencia) que uno puede luego renunciar a su personalidad al desear no vivir.

La tesis católica (y judeo-cristiana en general) es que la persona es fruto de un acto creador de Dios, quien crea e infunde el alma en cada ser humano.

Es evidente que la creación e infusión del alma espiritual, así como la percepción del alma misma, no es objeto de experiencia científica. En tal sentido esta tesis se fundamenta en la fe en la revelación divina, pero tiene su soporte racional (porque la razón, por lo menos, nos ayuda a descartar otras hipótesis), puesto que si bien las *almas* de los vivientes irracionales (es decir, su principio formal que les da vida) siendo material se encuentran en la misma potencia de la materia de la que vienen llevados a la existencia por acción de un agente proporcionado, en cambio, en el caso del alma humana, por su naturaleza espiritual, es impensable como producida por las fuerzas presentes en los elementos germinales (las células sexuales de sus padres) que son materiales; ni se puede pensar en una transmisión de alma a alma (*traduccionismo* espiritual, según el cual la existencia de una nueva alma se explicaría por división del alma de los padres)¹⁹. El acto generativo de un hombre y una mujer no dan razón de las superioridades que tiene el ser engendrado por

cias fortuitas necesarias para juntar en una minúscula célula de cuatro micrones por dos (el espermatozoide) 23 cromosomas con sus 50.000 genes perfectamente programados, se caerá en la cuenta afirmativa a la pregunta mencionada. Creer hasta tal punto en la casualidad. ¡Vaya si puede llamarse fe!” (D.M. BASSO, *Nacer y morir con dignidad*, Ed. Consorcio de Médicos Católicos, Buenos Aires 1989, 20).

¹⁸ Cf. A. RODRÍGUEZ LUÑO, “El concepto de respeto en la instrucción *Donum vitae*”, *Anthropotes* 2 (1988) 261-272.

¹⁹ Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I^a p., q. 118, aa. 1-3; C. FABRO, *L’Anima*, 123-128.

ellos respecto de los seres engendrados de la unión de cualquier pareja de animales irracionales: no explica que este nuevo ser sea espiritual, inteligente y volitivo. Por tanto, *postula* la intervención de un Ser Supremo, que es Dios. La doctrina de la Iglesia se resume en cuanto dice el Catecismo: “*Dios creó al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó, hombre y mujer los creó* (Gn 1,27). El hombre ocupa un lugar único en la creación: *está hecho a imagen de Dios*; en su propia naturaleza une el mundo espiritual y el mundo material; es creado *hombre y mujer*; Dios lo estableció en la amistad con Él. De todas las criaturas visibles sólo el hombre es *capaz de conocer y amar a su Creador*; es la *única criatura en la tierra a la que Dios ha amado por sí misma*; sólo él está llamado a participar, por el conocimiento y el amor, en la vida de Dios. Para este fin ha sido creado y ésta es la razón fundamental de su dignidad: *¿Qué cosa, o quién, fue el motivo de que establecieras al hombre en semejante dignidad? Ciertamente, nada que no fuera el amor inextinguible con el que contemplaste a tu criatura en ti mismo y te dejaste cautivar de amor por ella. Por amor lo creaste, por amor le diste un ser capaz de gustar tu Bien eterno* (Santa Catalina de Siena). Por haber sido hecho a imagen de Dios, el ser humano tiene la dignidad de persona; no es solamente algo, sino alguien. Es capaz de conocerse, de poseerse y de darse libremente y entrar en comunión con otras personas; y es llamado, por la gracia, a una alianza con su Creador, a ofrecerle una respuesta de fe y de amor que ningún otro ser puede dar en su lugar”²⁰.

III. EL MOMENTO DE LA ANIMACIÓN

El hombre comienza a ser persona humana en el momento de la animación, es decir, cuando el principio formal espiritual está ya presente en un individuo animándolo (siendo su principio de unidad sustancial y de sus operaciones). Así como el alma no es objeto de experiencia directa, tampoco lo es el momento de la infusión del alma. Pero así como el alma es experimentable por sus actos, también lo será su presencia en un momento dado. En efecto, Fabro habla de demostración “ostensiva” de la existencia del alma porque no se trata de una deducción lógica sino de “mostrar” que el ejercicio de la experiencia, tanto espontánea como refleja, nos obliga a reconocer los

²⁰ *Catecismo...*, nn. 355-357. Puede verse al respecto FUENTES, M., *Las verdades robadas*, Ed. Verbo Encarnado, San Rafael 2005, 63-88.

“signos” característicos en los que se manifiesta la existencia de la vida y del alma²¹. Y define el mismo autor de “certeza absoluta –a la que es imposible renunciar sin renunciar a pensar y sin negarse a sí mismos– de la existencia del alma propia: no hay conciencia de pensamiento, de tendencia, de sentimiento o pasión sino en cuanto co-percibido un *yo* que piensa, tiende, siente y se apasiona...; y el *yo* (...) pertenece ante todo al alma”. Y de igual manera califica de “certeza bien fundada, aunque menos íntima que la precedente, de la existencia del alma de los demás hombres: demasiado evidente es la semejanza, o aún más, identidad en el comportamiento y en la forma corpórea como para que se pueda dudar de la presencia de principios y fuerzas idénticas a las que ‘vivimos’ en nosotros”²².

Fabro distingue entre la “certeza absoluta” que es resultado de la co-percepción del alma en la percepción de los actos espirituales del alma (y de la *conciencia* de los actos que siendo orgánicos son percibidos como nuestros, como existentes y como penetrados por nuestra razón: yo sé que siento y lo que siento y por qué lo siento; y puedo dirigir mi sentimiento; todo lo cual indica una capacidad de repliegue, reflexión y penetración de mi propio ser por obra de un principio consciente que sólo puede ser espiritual), y la “certeza bien fundada” (*ben solida*) que es la que nos cabe respecto de los demás hombres. La certeza del momento de la animación será de este segundo tipo puesto que no es experiencia de nuestro propio *yo* consciente, sino de un individuo distinto de nosotros. Es también una experiencia indirecta –a partir de sus actos– y también ostensiva (no deductiva) y se basa en la observación del momento en que, en el nuevo ser (embrión), existe un principio inmanente organizador con una capacidad teleológica perfectamente definida (es decir, que ordena *ab intrinseco* todos los procesos evolutivos de ese individuo) y que actúa ininterrumpidamente hasta el momento de la muerte natural de dicho sujeto. Dicho de otro modo: lo que podemos determinar “científicamente” es el momento en que están dadas las “condiciones” para decir que existe dicho principio inmanente de vida. Ese momento es el de la singamia (fusión de las dos células sexuales femenina y masculina). Es en este momento en el que *todo el proceso de desarrollo* del individuo es *comandado desde el mismo individuo* siguiendo un plan *totalmente pre-elaborado y expresado* en su código genético. Sólo podría poner en duda esta constatación la existencia de algún momento posterior a la singamia en el cual se

²¹ Sobre el conocimiento del alma cf. FABRO, C., *L'Anima*, 107-150; esp. 112.

²² C. FABRO, *L'Anima*, 112.

diera una interrupción de este proceso y una reordenación del movimiento de desarrollo *en otro plano esencialmente diverso*. De ser así, podríamos pensar que en este momento ha habido un cambio sustancial en el individuo –como el que supondría la infusión del alma–. Pero tal momento *ulterior* no existe. El individuo que ha resultado de la singamia es *independiente* y *autodirigente* de su *proyecto de vida* desde el primer instante. Todo está desde el primer instante allí; ya sea en acto o en potencia (esperando la maduración de los órganos correspondientes para poder actuar)²³. Podemos decir que la ciencia nos da los elementos para decir que la animación se produce en el primer instante de la existencia de un nuevo individuo. Se podrá negar la existencia del alma espiritual, y, por tanto, considerar superflua esta discusión; pero no se puede afirmar la existencia de un alma espiritual y afirmar *seriamente* que ésta comienza a existir en algún momento posterior a la singamia (y lo mismo se diga de la “personalidad”, si algún materialista piensa que el ser humano es persona aunque no tenga alma, deberá reconocer que si no comienza a ser persona en este momento, no lo será tampoco más adelante, pues los posteriores cambios sólo serán accidentales). Si en el pasado algunos autores, como el mismo Santo Tomás, sostuvieron una animación retardada, se debió a la carencia de los datos científicos de los que hoy estamos en posesión; y aún así, la misma doctrina de Santo Tomás sobre la animación retardada no es tal como pretenden los defensores de tal teoría; para él, como ya he expresado en otra parte siguiendo al Dr. Antonio Spagnolo, tiene que haber un *alma racional* que dirija –aunque sea mediatamente, a través de la virtud activa del semen, como se pensaba en aquel entonces– el proceso evolutivo del individuo, porque sólo un alma racional puede preparar un individuo para llegar a ser una persona humana racional (y así Santo Tomás consideraba que tal alma racional era la del padre, actuando a través de la virtud activa puesta en el semen). Si Santo Tomás hubiera conocido, como nosotros, que el

²³ Afirma Angelo Serra: “Ya la primera célula del nuevo ser resulta de la fusión de dos gametos, células a su vez estupendamente ordenadas una a la otra. Son dos sistemas biológicos complejos y diversos entre sí que dan origen a un tercer sistema que es a su vez diverso de los dos primeros. *Después de dos segundos* desde el momento del encuentro entre las dos células germinales, la tercera célula tiene ya una identidad propia: se modifica el PH, se remodela el DNA, inicia la división de los cromosomas y comienza a formarse el primer RNA mensajero. A dos segundos de distancia del instante “x” el embrión tiene una identidad nueva con el genoma bien identificado, es decir, con la marca humana impresa, única e irrepetible. Por tanto, la única fase de suspensión, entre el ya y el todavía no, está representada por aquellos dos segundos iniciales, que sin embargo, son relevantes tan sólo teóricamente” (Reportaje a Angelo Serra S.I. por Daniele Nardi, “Si alla vita”, *La Via*, [mayo 1991]).

embrión humano maneja él mismo todo el proceso de desarrollo desde el primer instante, no habría dudado en afirmar que la animación retardada es un postulado innecesario²⁴.

Por este motivo, en todo el proceso biológico que abarca la vida de un hombre, sólo la concepción determina un corte con un “antes” y un “después” de naturaleza esencialmente diversa. Porque es allí donde hace su aparición un ser nuevo, plenamente individualizado, diverso de las células que le dan origen y diverso del organismo materno que lo anida. Todos los ulteriores cambios y mutaciones, hasta el momento de la muerte por vejez de este individuo son, respecto de este cambio, accidentales y secundarios.

De aquí se sigue también que, si alguien no acepta este dato científico como determinante del momento de la animación, de todos modos *al no poder presentar otro dato científicamente fehaciente que demuestre otro momento ulterior a la singamia como el instante de la animación* (o sea, un momento en el que se demuestre un cambio esencial en el proceso del sujeto), quedaría obligado a *respetar* la vida y naturaleza de ese embrión. Si él estableciera por cualquier otra razón un momento ulterior para la *personalización* del individuo (una semana, quince días, tres meses o el momento del nacimiento), ésta sería una determinación arbitraria e ideológica. A quien no convenza lo arriba dicho, se le aplican las palabras de la Declaración sobre el aborto: “Desde el punto de vista moral esto es cierto: aunque hubiese duda sobre la cuestión de si el fruto de la concepción es ya una persona humana, es objetivamente un pecado grave el atreverse a afrontar el riesgo de un homicidio. ‘Es ya un hombre aquel que está en camino de serlo’ (Tertuliano)”²⁵.

²⁴ Véase al respecto lo que expuse en M. FUENTES, *El Teólogo Responde*, Ed. Verbo Encarnado, San Rafael 2005, III, 105-114. Cf. también S. HEANEY, “Aquinas and the presence of the Human Rational Soul in the early Embryo”, *The Thomist* 56 (1992) 1, 19-48 (se puede encontrar en: www.thomist.org); C.W. KISCHER, “Human Development and Reconsideration of Ensoulment”, *Linacre Quarterly* 60 (1993) 1, 57-63 (www.lifeissues.net/writers/kisc/kisc_10humandevlopment.html); A. SPAGNOLO, *Bioetica nella ricerca e nella prassi medica*, Ed. Camilliane, Turín 1997, 241-244.

²⁵ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre el aborto provocado*, 13.

IV. DOMINIO MINISTERIAL DEL HOMBRE

El cuarto principio antropológico que nos interesa resaltar (para los fines de nuestro curso) tiene que ver con la relación entre el hombre y el universo. En este punto hay dos mentalidades opuestas: la secularista y la teísta.

La *mentalidad secularista* atribuye al hombre un dominio absoluto de la naturaleza (la suya propia y la del universo). En el fondo es una mentalidad “reductiva” que esquiva (o no resuelve) uno de los grandes dramas del mundo moderno (denunciado a menudo –pero sin mucho tino– por toda una corriente apocalíptica de la literatura y la cinematografía modernas): la amenaza del hombre y del mundo por parte del fruto de las manos del mismo hombre²⁶. A decir verdad hemos asistido en las últimas décadas a una reacción parcial ante esta visión: el rechazo de la manipulación indiscriminada del hombre sobre los recursos ambientales (A su vez este rechazo de muchos movimientos defensores de la biosfera ha sido instrumentalizado ideológicamente). Pero incluso entre quienes comparten la preocupación por el uso temerario del medio ambiente, no guardan la misma actitud cuando se trata del dominio del hombre sobre su propia naturaleza humana; conciben ésta como algo mudable y dejado al arbitrio del hombre y de la ciencia, y adjudican al hombre una capacidad moral sin límites; sobre nuestra naturaleza personal podemos hacer lo que queramos determinando autónomamente la medida del bien y del mal en nuestros actos. Todos los autores que niegan la existencia o exigencia de una *ley natural inmutable* sostienen (con mayor o menor fuerza) esta visión. Por eso considero que podemos poner entre quienes (por un medio u otro) llegan a esta visión, a moralistas como Francisco Javier Elizari²⁷, Marciano

²⁶ “El hombre de hoy parece estar siempre más amenazado por aquello que produce, es decir, por el resultado del trabajo de sus manos y, aún más, por el trabajo de su inteligencia, por las tendencias de su voluntad. Los frutos de esta multiforme actividad del hombre, muy a menudo y en modo imprevisible, son no solamente y no tanto objeto de ‘alienación’ en el sentido de que vengan simplemente quitados a quien los ha producido; cuanto, al menos parcialmente, estos frutos se vuelven contra el hombre mismo. Ellos son, en efecto, dirigidos, o pueden ser dirigidos, contra él. En esto parece consistir el drama de la existencia humana contemporánea, en su más amplia y universal dimensión” (JUAN PABLO II, *Redemptor hominis*, 15).

²⁷ “La naturaleza puede ser un indicador a ser tenido en cuenta, pero nunca un dictador inflexible de normas. La licitud o ilicitud moral no viene de obrar de acuerdo o en contra de una naturaleza biológica, sino del sentido de la responsabilidad que el hombre pone en su acción” (F.J. ELIZARI, *Praxis cristiana*, Paulinas, Madrid 1981, II, 225).

Vidal²⁸, Antony Mifsud²⁹, Javier Gafo³⁰, E. Chiavacci³¹, B. Häring³², etc.

La aceptación de esta mentalidad secularista pone los fundamentos para todas las *bioéticas científicistas* o *utilitaristas*³³. Por bioética “científicista” o “tecnológica” o “utilitarista”, se entienden aquellos modelos (o *paradigmas*) de bioética, que se pueden remontar a la filosofía empirista anglosajona, y que se caracterizan por ser, a la postre, una bioética *sin ética*. En efecto, los criterios que rigen el obrar sobre la vida humana no están tomados de la moral (aunque algunos pretendan que sí) sino del campo de la industria y la tecnolo-

²⁸ “... El Magisterio y la Teología a todas luces opera con un concepto de naturaleza unilateral y fisiológica que la teología moral ha demostrado entretanto que es insostenible” (el autor dice esto a propósito de la posición de la moral tradicional sobre la masturbación) (M. VIDAL, *Moral de actitudes*, PS, Madrid 1977, II, 263).

²⁹ “La inmutabilidad de la naturaleza ha sido profundamente cuestionada en la teología moderna. Lo inalterable no es la naturaleza sino la dignidad de la persona humana y un equilibrio ecológico-natural que permita la vivencia de la sociedad humana. Lo sagrado no es la naturaleza sino el hombre... Obviamente la manipulación de la naturaleza tiene un límite, pero es el mismo hombre que constituye este límite y no la naturaleza” (A. MIFSUD, S.J., *Moral de discernimiento. El respeto por la vida humana. Bioética*, Ed. Paulinas – CIDE, Santiago de Chile 1987, II, 90).

³⁰ “El hombre actual no puede comprender esta mistificación y sacralización de la naturaleza y las leyes naturales, que perdura en algunos aspectos de la moral católica... Esta cuasi sacralización de las leyes de la naturaleza, como expresiones infalibles de la voluntad de Dios –de donde procede su inviolabilidad– contradice radicalmente el ‘ethos’ del hombre actual, cuya mística consiste precisamente en el encauzamiento de tales leyes en función de sus intereses propios. Por otra parte esta divinización de las leyes de la naturaleza no tiene raigambre en el cristianismo; sino en un sistema filosófico extraño” (J. GAFO, *Nuevas perspectivas en la moral médica*, IEE, Madrid 1978, 197-198).

³¹ “Hay que retener –al menos como opinión bien fundamentada– que la posibilidad de una manipulación alterativa no debe ser desechada por razón de una intangibilidad metafísica de la naturaleza humana en su acepción biofísica” (E. CHIAVACCI, *Studi di teologia morale*, Asis 1971, 276).

³² “La mayor parte de nuestros principios morales y de nuestra doctrina acerca de la ley natural se han basado tradicionalmente en un enfoque más estático de la historia y de la naturaleza humana... Nuestras reflexiones morales no deberían proyectar la fastidiosa imagen de un Dios que conserva su obra sólo a base de eterna repetición. ‘La inmutabilidad o eterna repetición o retorno es el colmo de la futilidad’. Es cierto que los cambios profundos molestan a muchas gentes que tienen una falsa idea de Dios, como de un conservador inmóvil, y que por tanto, buscan la seguridad en fórmulas dogmáticas inmutables y en un código de moral igualmente inmutable. Sin embargo tales personas habrían debido ser mejor instruidas por la visión y por las palabras de Cristo mismo: ‘Mi Padre todavía sigue trabajando y yo sigo trabajando también’ (Jn 5,17). El hombre adorador es el con creador con Dios en la creación que sigue su marcha” (B. HÄRING, *Medicina e manipolazione*, Paoline, Roma 1976, 99).

³³ Se puede ver al respecto A. RODRÍGUEZ LUÑO, “Sulla recezione del modello filosofico utilitaristico da parte di alcuni teologi moralisti”, *Anthropos* 2 (1985) 203-213.

gía; y podemos resumirlos en tres: (1) el primero es el criterio de la total manipulabilidad del ser: el ser es simplemente una materia que espera ser informada, una energía que atiende su usufructo; no hay esencias fijas, ni normatividad de la naturaleza, ni reglas morales que impongan límites a la ingerencia del hombre; todo puede ser manipulado por el hombre; (2) el segundo es la eficacia: un acto es bueno si es “eficaz” para alcanzar el fin al que se ordena; y sirve más en la medida en que más fácil y rápidamente permite alcanzar el fin; pierde, en cambio, valor en la medida en que no sirve para el fin propuesto; (3) el tercero es la *proporcionalidad* entre los costos y los beneficios: todo “hacer” es una inversión con costos y beneficios; algo es bueno o lícito en la medida en que reporte más beneficios y menos costos; lo contrario califica un acto de inútil. No es difícil ver detrás de estos criterios los razonamientos que avalan en nuestros días la experimentación embrional, la fecundación *in vitro*, los intentos de clonación humana, el aborto y la eutanasia.

En contra de estos falsos postulados, nosotros sostenemos que el hombre, en cuanto creatura de Dios y dependiente de Dios, tiene sobre el cosmos un *dominio o señorío ministerial*³⁴. Esto quiere decir que su potestad no es absoluta sino de servicio: “Era voluntad del Creador que el hombre comunicase con la naturaleza como ‘patrón’ y ‘custodio’ inteligente y noble y no como ‘explotador’ y ‘destructor’ sin reparos”³⁵. La tarea propia de tal señorío es individualizar y discernir el designio de Dios (con el cual está llamado a colaborar) para trabajar en la misma línea. Tal designio el hombre lo lleva dentro de sí, en sus mismas *estructuras constitutivas, en sus dinamismos y finalidades*. El plan de Dios está grabado en el mismo hombre y, mediante la misma estructura de su naturaleza, espeja el Plan divino que el hombre debe descubrir y respetar libre e inteligentemente³⁶.

Este principio determina para nosotros ciertos criterios claves en el obrar humano que es objeto de la bioética, y que pueden reducirse a tres: (1) el primero es el respeto por la verdad de las cosas: cada realidad debe ser valorada por lo que ella es y por lo que ella vale realmente, según la naturaleza y la esencia de las cosas creadas por Dios; sin negar, ciertamente, el dominio sub-

³⁴ Cf. JUAN PABLO II, *EV*, 52 y 76.

³⁵ JUAN PABLO II, *Redemptor hominis*, 15.

³⁶ A este propósito escribía Pablo VI: “En relación con los procesos biológicos, paternidad responsable significa conocimiento y respeto de sus funciones: la inteligencia descubre, en el poder de dar la vida, leyes biológicas que forman parte de la persona humana” (PABLO VI, *HV*, 10).

ordinado que el hombre tiene sobre ellas; (2) el segundo es el *anticonsecuencialismo*: una acción no se valora a partir de los beneficios que reporta o los costos que ocasiona, sino por la *verdad intrínseca* de dicha acción; hay actos que deben ser elegidos a pesar de las posibles consecuencias nocivas que nos puedan acarrear, como el afirmar la verdad, o defender el honor divino, o el respetar la vida humana; las consecuencias pueden aumentar o disminuir el valor accidental de una acción, pero no pueden alterar su esencia; (3) finalmente la *superioridad de la ética sobre la técnica*: la técnica debe subordinarse a los principios morales y no éstos a la técnica o al progreso científico³⁷.

V. SACRALIDAD DE LA VIDA HUMANA

Este principio se deriva de los anteriores y podemos exponerlo diciendo que la vida humana reviste un carácter sagrado desde su comienzo hasta el fin natural de la misma.

Podemos explicarlo con las palabras de Juan Pablo II en la Encíclica *Evangelium vitae*: “La vida humana es sagrada porque desde su inicio comporta la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término: nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente³⁸. Con estas palabras la Instrucción *Donum vitae* expone el contenido central de la revelación de Dios sobre el carácter sagrado e inviolable de la vida humana.

En efecto, la Sagrada Escritura impone al hombre el precepto ‘no matarás’ como mandamiento divino (Ex 20,13; Dt 5,17). Este precepto se encuentra en el Decálogo, en el núcleo de la Alianza que el Señor establece con el pueblo elegido; pero estaba ya incluido en la alianza originaria de

³⁷ “Uno de los riesgos más graves a los que está expuesta nuestra época es el divorcio entre ciencia y moral, entre las posibilidades que ofrece una tecnología proyectada hacia metas que nos dejan cada vez más estupefactos y las normas éticas que emergen de una naturaleza siempre más descuidada. Es necesario que todas las personas responsables estén concordes en el reafirmar la prioridad de la ética sobre la técnica, el primado de la persona sobre las cosas, la superioridad del espíritu sobre la materia. Sólo con esta condición el progreso científico, que nos entusiasma por tantos de sus aspectos, no se transformará en una especie de Moloch que devora a sus incautos adeptos” (JUAN PABLO II, “A los miembros del ‘Movimiento por la vida’, participantes del Convenio Internacional sobre ‘Diagnóstico prenatal y tratamiento quirúrgico de las malformaciones congénitas’”, 3 de diciembre de 1982).

³⁸ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, Introducción, 5.

Dios con la humanidad después del castigo purificador del diluvio, provocado por la propagación del pecado y de la violencia (cf. Gn 9,5-6).

Dios se proclama Señor absoluto de la vida del hombre, creado a su imagen y semejanza (cf. Gn 1,26-28). Por tanto, la vida humana tiene un carácter sagrado e inviolable, en el que se refleja la inviolabilidad misma del Creador. Precisamente por esto, Dios se hace juez severo de toda violación del mandamiento ‘no matarás’, que está en la base de la convivencia social. Dios es el defensor del inocente (cf. Gn 4,9-15; Is 41,14; Jr 50,34; Sal 19/18,15). También de este modo, Dios demuestra que ‘no se recrea en la destrucción de los vivientes’ (Sb 1,13). Sólo Satanás puede gozar con ella: por su envidia la muerte entró en el mundo (cf. Sb 2,24). Satanás, que es ‘homicida desde el principio’, y también ‘mentiroso y padre de la mentira’ (Jn 8,44), engañando al hombre, lo conduce a los confines del pecado y de la muerte, presentados como logros o frutos de vida”³⁹.

Estos cinco principios antropológicos serán nuestra referencia constante en todos los juicios morales de la ciencia bioética y determinarán el “modelo de bioética” que queremos presentar.

VI. EL FIN DEL HOMBRE

Como parte de los fundamentos antropológicos de la ética finalista, es necesario, hacer referencia también al fin del hombre en donde encontrarán su fundamento último la dignidad humana y sus derechos, así como se pone de manifiesto la dimensión escatológica de los actos humanos.

Toda persona en cuanto naturaleza racional y volitivamente libre es sujeto de derechos y deberes. Conviene aquí, precisar algunas cosas, pues está en juego la concepción sobre el fundamento de todo el derecho. La persona humana es un ser con aptitud para poseer derechos y obligaciones, un ser con capacidad jurídica. Pero no es fuente de tales derechos y deberes. La persona es sujeto de derechos por su racionalidad (fundamentación inmediata)⁴⁰. Pero en una segunda consideración advierte el Angélico que la inteligencia es dada por el creador a la creatura como sello e imagen de su divina esencia. Dios, al crear un ser que reprodujese su faz, le dio inteligencia y libertad. Tales atri-

³⁹ JUAN PABLO II, *EV*, 53.

⁴⁰ Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, II^a-II^{ae} p., q. 57, a. 4, ad 3.

butos hacen que el hombre exceda a las demás creaturas por la perfección de su naturaleza y por la dignidad de su fin. Por esto mismo “puede servirse de las cosas exteriores en propia utilidad, como de cosas hechas por él, porque siempre lo imperfecto es por lo perfecto”⁴¹. Mas el hombre es la única creatura capaz del conocimiento y amor de Dios⁴² y a Él se ordena como a su fin personal el cual puede ser alcanzado por ella conscientemente. Alcanzar ese fin no es potestativo en el hombre sino obligatorio y de tal deber brotan, a su vez, todos los derechos, sean absolutos de la persona, que siguen a su naturaleza, o relativos por necesidad de la convivencia social. La persona humana lleva en su naturaleza inscrita una ordenación obligatoria, necesaria, al bien común universal que es Dios y al bien común de la sociedad, que está por debajo y es más particular que aquel bien que subordina a sí cualquier otro. Esta obligación primaria, este débito esencial y primero de la persona, es fuente de todos sus derechos. Tal es la raíz ontológica última del derecho en el hombre⁴³.

Por otra parte, la vida humana no puede repetirse. El curso de nuestra vida terrena es único: *a los hombres les está establecido morir una vez, y después de esto el juicio* (Hb 9, 27)⁴⁴. Las decisiones que tomamos en esta vida, tienen consecuencias eternas.

Dios enviando a su Hijo (cf. Jn 3, 16; 2Cor 5,21) nos revela “la profundidad de su amor que no retrocede ante el extraordinario sacrificio del Hijo para satisfacer la fidelidad del Creador y Padre hacia los hombres creados a su imagen, y desde el comienzo elegidos en ese Hijo pro la gracia y la gloria”⁴⁵. El perdón de los pecados obtenido por la muerte y resurrección de Cristo (cf. Ro 4,25) no es algo puramente jurídico, sino que renueva al hombre interiormente⁴⁶, y lo eleva por encima de su condición natural, haciendo a los hombres hijos (cf. Gal 4,5). Si a través de una fe animada por la caridad, creemos en su nombre, Él nos da el *poder de ser hijos de Dios* (Jn 1,12), entrando a formar parte de su familia. El Padre de Nuestro Señor Jesucristo

⁴¹ TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, II^a-II^{ae} p., q. 66, a. 1.

⁴² Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Contra Gentiles*, III, c. 111.

⁴³ Cf. J. MEINVIELLE, *Prólogo y comentarios a la Pacem in terris de Juan XXIII*, Dalia, Buenos Aires 1963, 75-76.

⁴⁴ Cf. CONCILIO VATICANO II, *Lumen Gentium*, 48.

⁴⁵ JUAN PABLO II, *Dives in misericordia*, 7.

⁴⁶ Cf. CONCILIO DE TRENTO, *Declaración sobre la justificación*, DS 1528.

es también nuestro Padre, y si somos hijos, también somos herederos, *herederos de Dios y coherederos de Cristo* (Rm 8,17).

Jesús quiere que seamos sus amigos (cf. Jn 15,15) pero ninguna amistad puede imponerse. La amistad, como también la adopción, se ofrece para ser libremente aceptada o rechazada. La felicidad del cielo es la consumación de esa amistad ofrecida gratuitamente por Cristo y libremente aceptada por el hombre. La visión de Dios cara a cara (cf. 1Cor 13,12) es la expresión de la íntima unión de amistad entre Dios y el hombre (cf. Ex 33, 11).

El Reino de los cielos que ya comienza en este mundo en quienes viven en gracia y amistad con Dios se consumará en plenitud. La vida estera es una realidad supera toda imaginación: *ni el ojo vio, ni el oído oyó, ni llegó al corazón del hombre, lo que Dios tiene preparado para los que le aman* (1Cor 2,9). Cf. Catecismo de la Iglesia Católica, nn. 1023-1029.

En el Nuevo Testamento se nos indican varios elementos que constituyen la vida eterna o cielo: la intimidad con Dios (cf. Flp 1,23; 1 Tes 4,17, ya preanunciada en el Antiguo Testamento: Sal 16, 49, 73), que consiste en la visión intuitiva de Dios *cara a cara* (1Cor 13,12; 1Jn 3,2) por toda la eternidad (cf. Lc 16,9; 2Cor 5,1; 1Cor 9,25; 1 Pd 5,4).

En su Parusía, Jesús dará de nuevo la vida a los muertos, se producirá la resurrección universal. Los cuerpos se reunirán con sus almas y participarán de la gloria o condena que han merecido durante su peregrinar terreno: *llega la hora en que todos los que estén en los sepulcros oirán su voz y saldrán los que hayan hecho el bien para una resurrección de vida, y los que hayan hecho el mal, para una resurrección de condenación* (Jn 5,28-29).

Los cuerpos de los justos serán transformados y glorificados según el modelo del cuerpo resucitado de Cristo como enseña San Pablo: *Él [Jesucristo] reformará el cuerpo de nuestra vileza, conforme a su cuerpo glorioso, en virtud del poder que tiene para someter a sí todas las cosas* (Flp 3,21); *Se siembra en corrupción y resucita en incorrupción. Se siembra en ignominia y se levanta en gloria. Se siembra en flaqueza y se levanta en poder. Se siembra un cuerpo animal y se levanta un cuerpo espiritual* (1Cor 15,42-44; cf. 1Cor 15,53). Cuatro son las propiedades o dotes de los cuerpos resucitados de los justos:

- Serán **impasibles**, no podrán sufrir ningún mal físico (dolor, enfermedad, muerte). Definiéndola con mayor precisión, es la imposibilidad de sufrir y morir debido al perfecto sometimiento del cuerpo al alma: *“Él [Dios] enjugará las lágrimas de sus ojos [de ellos], y la muerte no*

existirá más, ni habrá duelo, ni gritos, ni trabajo, porque todo esto es ya pasado (Ap 21, 4; cf. 7, 16; Lc 20, 36)⁴⁷.

- **Sutiles**, es decir el alma glorificada tendrá sobre el cuerpo un señorío completo (cf. Jn 20, 19 y 26⁴⁸).
- **Agiles**, en cuanto el cuerpo obedecerá al espíritu con suma facilidad y rapidez en todos sus movimientos (cf. Jn 20, 19 y 26; Lc 24, 31), en razón del total señorío que el alma glorificada ejerce sobre el cuerpo, en cuanto el principio motor del mismo⁴⁹.
- **Y claros**, es decir, rebosantes de hermosura y esplendor. *Los justos brillarán como el sol en el reino de su Padre* (Mt 13, 43); cf. Dan 12, 3; Mt 17, 2; Hch 9, 3), en razón del gran caudal de hermosura y resplandor que desde el alma se desborda sobre el cuerpo. El grado de claridad será distinto —como se nos dice en 1 Cor 15, 41 s— y estará proporcionado al grado de gloria con que brille el alma; y la gloria dependerá de la caridad con la cual se hicieron las obras durante el peregrinar terreno⁵⁰.

Jesús también renovará el cosmos para hacerlo más acorde con la condición gloriosa de los resucitados: *esperando y acelerando la venida del Día de Dios, en el que los cielos, en llamas, se disolverán, y los elementos, abrasados, se fundirán. Pero esperamos, según nos lo tiene prometido, nuevos cielos y nueva tierra, en los que habite la justicia* (2Pe 3,12-13).

Todo quedará sometido a Cristo, quien entregará el Reino a su Padre: *del mismo modo que todos mueren en Adán, así también todos revivirán en Cristo... Cristo como primicia, después los de Cristo en su Parusía. Luego será el fin, cuando entregue a Dios Padre el Reino, después de haber destruido todo Principado, Dominación y Poder. Porque Él debe reinar hasta poner todos sus enemigos a sus pies. El último enemigo en ser destruido será la muerte* (1Cor 15,22-26).

Pero la amistad libremente aceptada, implica también la posibilidad existencial del rechazo. Todo lo que se acepta libremente, puede ser libremente rechazado. Quien elige el rechazo *no formará parte del Reino de Dios y de*

⁴⁷ Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Suppl.* 82, 1.

⁴⁸ Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Suppl.* 83, 1

⁴⁹ Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Suppl.* 84, 1.

⁵⁰ Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Suppl.* 85, 1.

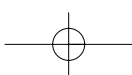
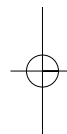
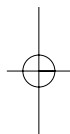
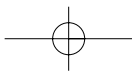
Cristo (Ef 5,5). Son precisamente las acciones que realiza el hombre aquí en la tierra, las que lo excluyen de la felicidad eterna (cf. Mt 25,41; Ap 21,8; 22,15; 1Cor 6,9-10). La condenación eterna, tiene su origen en el rechazo libre hasta el fin, del amor y del perdón de Dios⁵¹. Ese estado de condena consiste en la privación de la visión de Dios y en la repercusión de esa pena en todo el ser⁵².

Sólo ante Cristo y a la luz que de Él dimana se volverá inteligible el misterio de iniquidad que existe en los pecados que cometemos. Cuando la Iglesia reza por la salvación de todos, reza por la conversión de todos los hombres que viven en este mundo. Pero la salvación de Cristo no es automática. Dios respeta seriamente nuestra libertad, y no deja de ofrecer aquí sobre la tierra su gracia salvadora, aún a quienes se separan de Él. Dios respeta lo que hemos querido hacer libremente de nosotros mismos, ya sea aceptando su gracia, ya sea rechazándola. Por eso, de algún modo, la salvación y la condenación ya comienzan aquí sobre la tierra, mientras el hombre por sus decisiones morales se abre o se cierra libremente a Dios. Aquí se descubre la grandeza de la libertad humana y la responsabilidad que de ella deriva⁵³.

⁵¹ Cf. PABLO VI, *Credo del Pueblo de Dios*, n.12.

⁵² Cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Recensiores*, 7.

⁵³ Cf. COMISIÓN TEOLÓGICA INTERNACIONAL, *Algunas cuestiones concernientes a la escatología*, (1990) cap. 9.



CAPÍTULO TERCERO

LOS PRINCIPIOS MORALES

A partir de lo que acabamos de exponer en el capítulo anterior, vamos a sentar ahora los principios morales fundamentales a los que se debe apelar en todo juicio ético sobre la vida humana y sus implicaciones. Muchos de estos principios se estudian en la moral fundamental y aquí no hacemos otra cosa que presentarlos en su aplicación determinada al plano bioético. Demás está decir que el *cientificismo* moderno no los acepta y presenta modelos alternativos con principios alternativos; para encuadrar nuestra concepción presentaré primero uno de los modelos más representativos de la bioética *cientificista* contemporánea⁵⁴.

I. UNA BIOÉTICA LIBERAL

Es imposible presentar y criticar todos los distintos modelos de bioética vigentes en la cultura contemporánea; los cuales, por otra parte, a pesar de sus enormes diferencias, tienen muchos puntos en común, o al menos llegan a las

⁵⁴ Una extensa presentación de los distintos paradigmas o modelos de bioética pueden verse en la obra de J.J. FERRER – J.C. ÁLVAREZ, *Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, Desclee de Brouwer – Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 2003 (cf. una recensión de la obra, a cargo de J.M. ANTÓN, LC, *Alpha Omega* 2 [mayo-agosto 2005] 323-328).

mismas conclusiones por vías diferentes. Tomaré en consideración, por eso, uno de los más representativos que es el de Tristram Engelhardt, en su obra *Los fundamentos de la bioética*⁵⁵. Se trata ésta de una obra de neta orientación kantiana, en la cual la ética no es más que un método para resolver controversias salvando hasta donde sea posible las posiciones antagónicas⁵⁶. Este autor, que se presenta como “católico” (razón por la cual lo elijo), sostiene que la única ética que hoy en día puede proponerse a nuestra sociedad es una ética “secular-formal” (o sea una ética vacía de contenidos y sin soporte religioso: para él “el supuesto politeísta” de la posmodernidad “es inevitable”⁵⁷). No se pueden dar juicios morales o de valor sobre ninguna acción, porque hay que partir de la pluralidad de nuestra sociedad (compuesta por personas de distinta orientación moral, religiosa y política); por tanto, no hay ningún punto de referencia que pueda dar criterios objetivos para juzgar ninguna acción. Para Engelhardt el santo y el opresor, el hospital y el campo de concentración, son igualmente justificables o injustificables⁵⁸. El mismo Engelhardt afirma, por ejemplo: “No existe una autoridad moral secular que pueda, en términos seculares generales, justificar la prohibición de la venta de heroína, de la disponibilidad del aborto, de la comercialización de los servicios de eutanasia, o de la prestación del alquiler comercial de úteros...”⁵⁹; “no se puede demostrar en términos seculares generales el grave mal moral que reside en el aborto directo... La bioética secular no puede elaborar argumentos seculares concluyentes para prohibir muchas acciones que son consideradas por la sociedad cristiana occidental como un desorden moral, tales como el suicidio, la euta-

⁵⁵ Cf. H.T. ENGELHARDT, *The foundations of bioethics* (Oxford Univ. press., N.Y., 1986¹; 1995² ampliada); en español: *Los fundamentos de la bioética*, Paidós, Barcelona 1995 (ésta es la edición que citaré). En la segunda edición sus posiciones están en parte alteradas en relación con la primera. Lo que indicamos es de la segunda.

⁵⁶ Me baso para este análisis en J. MARTÍNEZ BARRERA, “Los fundamentos de la Bioética de Tristram Engelhardt”, *Sapientia*, LII (1997) fascículo 201, 99-115, y fascículo 202, 307-323; y C. TALE, “Examen de las actitudes y de los principios de la bioética contemporánea”, *Principios de Bioética*, Actas del Simposio 17-19 de abril de 1998 en Cobo Buenos Aires (1998) 141-261.

⁵⁷ Cf. H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 56.

⁵⁸ Engelhardt dice con toda claridad que “el enfoque médico del hospital de Albert Schweitzer y los campos de concentración de los nazis serían igualmente defendibles o indefendibles. Los actos del opresor y del santo serán igualmente justificables o carentes de justificación, al menos en términos seculares” (H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 88).

⁵⁹ A continuación añade que él sostiene “que ninguna de estas empresas es moralmente correcta”, pero esto sólo en el plano privado de su religión católica, sin poder afirmarlo ni imponerlo a nadie (H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 25).

nasia activa de niños gravemente deficientes, o las actividades sexuales anti-naturales”⁶⁰. En otros lugares sostendrá que no se puede condenar moralmente el sexo anal y oral⁶¹, que “la homosexualidad... en ciertos ambientes puede conferir ventajas”⁶², que el intento de Kant (por otra parte, su maestro en el plano de los principios generales) de demostrar que la masturbación es un acto peor que el suicidio “es un intento hilarante”⁶³, que “el suicidio racional no sólo es permisible, sino, en ciertas circunstancias, loable... un deber para con uno mismo”⁶⁴, o también sostendrá que se puede fundar racionalmente la validez de la eutanasia activa de los niños con deficiencias⁶⁵.

De ahí que la ética o bioética que propone este autor sea una ciencia con principios vacíos de contenido, un procedimiento para vincular (permitir que puedan relacionarse) “extraños morales” (o sea personas que tienen distintas concepciones de la vida desde el punto de vista secular y religioso y que no pueden ni podrán jamás ponerse de acuerdo en algunos puntos comunes).

Estos principios son cuatro:

(a) El principio de permiso. Es el más importante; su máxima es: “No hagas a otros lo que ellos no se harían a sí mismos, y haz por ellos lo que te has comprometido a hacer”⁶⁶. Según este principio, “la autoridad de las acciones que implican a otros en una sociedad pluralista secular tiene su origen en el permiso de éstos [...] Sin este consentimiento o permiso no existe autoridad [...] El principio de permiso expresa la circunstancia de que *para resolver disputas morales en una sociedad pluralista, la autoridad no puede partir ni de argumentos racionales ni de creencias comunes, sino únicamente del acuerdo de los participantes*”⁶⁷. La moralidad de cualquier intervención médica dependerá, pues, del acuerdo entre el científico y el sujeto del experimento o entre el médico y el enfermo. Incluso si luego el enfermo se arre-

⁶⁰ Nuevamente continúa: “el autor de este libro lo sabe desde un punto de vista religioso y afirma rotundamente que el aborto directo es un acto inicuo” (H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 42).

⁶¹ Cf. H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 217.

⁶² H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 218.

⁶³ Cf. H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 279.

⁶⁴ H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 384. La última frase es del filósofo David Hume.

⁶⁵ Cf. H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 42.

⁶⁶ H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 138.

⁶⁷ H.T. ENGELHARDT, *Ibid.*

piente y pide que cese... el médico no estaría obligado a dar marcha atrás (es lo que Engelhardt llama “contrato Ulises”⁶⁸).

(b) El principio de beneficencia. Engelhardt entiende este principio como el principio que exige hacer el bien a los demás. No hay que confundirlo con el principio que a veces recibe el mismo nombre (*hay que hacer el bien y evitar el mal*); son dos cosas diversas. Significa hacer al paciente lo que éste piense que es un bien para él y haya sido “arreglado” de antemano con el médico o investigador (principio de permiso). Es un principio que parte de la arbitrariedad, como no podía ser de otro modo, pues se habla de “beneficencia” (hacer-el-bien) afirmando de antemano que no se puede definir lo que es el bien. Por eso Engelhardt sostendrá que en un estado pluralista los ciudadanos “deben abstenerse de utilizar la fuerza contra individuos ‘culpables’ de cometer delitos sin víctimas, sin importar que ellos consideren que esos delitos sean inmorales (esto es, ‘delitos’ en los que todos los implicados han decidido libremente participar: la venta de pornografía, la prostitución, o la venta de heroína y marihuana). Se deben tolerar los inextinguibles mercados de la pornografía, de la prostitución y de las drogas debido al derecho básico humano al mercado negro”⁶⁹.

(c) El principio de propiedad. “Las personas se poseen a sí mismas, poseen lo que hacen, o lo que otras personas poseen y les transfieren; las comunidades son propietarias en la medida en que las personas crean tales comunidades y transfieren fondos a la propiedad colectiva, o en la medida en que los grupos crean riqueza común⁷⁰”. En la aplicación de este principio, el autor llega a la conclusión de que el estado no puede castigar ni condenar aquellos actos en que las personas implicadas puedan demostrar que han transferido libremente sus derechos a la persona que los estaría victimando (por ejemplo, la prostituta con sus clientes, los drogadictos con quienes le venden la droga o los pornógrafos con quienes consumen pornografía⁷¹).

(d) El principio de autoridad política. La función de este principio es la de definir la autoridad del Estado en un contexto secular y pluralista. Para Engelhardt “la autoridad política recibe su principal justificación moral en virtud del principio de permiso, de la moralidad del respeto mutuo, así como

⁶⁸ H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 362; alusión al episodio de Ulises que se hizo atar al mástil de su nave para escuchar el canto de las sirenas y dio orden a sus marineros de no hacerle caso si pedía que lo desatasen.

⁶⁹ H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 192.

⁷⁰ H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 186.

⁷¹ Cf. H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 192, 195-196, 193.

del principio de beneficencia”⁷². Por eso afirma que las leyes que prohíben o condenan el suicidio “carecen de autoridad secular moral... Al menos, mientras dichos individuos no hayan renunciado explícitamente a su derecho a suicidarse”⁷³.

Todos estos principios desembocan en su afirmación más grave (aunque lógicamente deducida): “no toda persona es humana y no todo ser humano es persona”. Llevando al extremo la afirmación de Kant (quien no la compartiría de ninguna manera sólo por falta de consecuencia con sus propios principios) Engelhardt reduce la “personalidad” a la capacidad de razón y ésta a una capacidad actual de razonar: “no todos los seres humanos son personas, no todos son autorreflexivos, racionales o capaces de formarse un concepto de la posibilidad de culpar o alabar. *Los fetos, las criaturas, los retrasados mentales profundos y los que se encuentran en coma profundo son ejemplo de seres humanos que no son personas*”⁷⁴. En otras palabras Engelhardt exige tres características para que un ser humano sea considerado persona: autorreflexión, racionalidad y sentido moral; y las tres convergen en la “racionalidad”⁷⁵.

Por este motivo estos seres humanos “no son personas” y no se les puede “asignar derechos”⁷⁶. Lo dice constantemente sobre los fetos, embriones y niños antes del uso de razón: “interpretar que los embriones y los niños tengan una posición moral equivalente a la de las personas adultas y competentes, dependerá de una intuición moral que no puede darse en términos morales seculares generales”⁷⁷; es decir, podrá sostenerse en alguna religión (como la católica) por un acto de fe, pero no desde el punto de vista de una ética puramente secular.

¿Esto quiere decir que sobre estos seres “no personas” otros pueden decidir su destino, su vida, su muerte, su uso? Sí, precisamente. ¿Quiénes? Los que tienen “propiedad” sobre ellos; es aquí donde sale a relucir su “principio

⁷² H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 202.

⁷³ H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 384.

⁷⁴ H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 155.

⁷⁵ Cf. H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 156. Dice por ejemplo: “El comienzo de la vida de una persona no es el principio de la vida de una persona como agente moral, sino que en la ontogenia humana, transcurren meses de vida biológica antes de que haya pruebas de vida mental, y pasan años hasta que se hace evidente la vida de una persona como agente moral [...] No existe prueba alguna de que el feto sea un agente moral” (*Ibid.*, 274-275).

⁷⁶ “En términos generales, la práctica de asignar derechos a los seres humanos que no son personas no será absoluta” (H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 168).

⁷⁷ H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 167.

de propiedad”⁷⁸ o dicho desde el lado opuesto: el permiso dado por parte de quienes tienen propiedad sobre estos seres. Ésta es la puerta abierta para legitimar, como ya ejemplificamos, el suicidio, el aborto, la eutanasia, etc.

Engelhart es el mejor representante de la ética liberal y radical representada por Herbert Marcuse en la década del sesenta⁷⁹.

Éstos son realmente principios graves que conducen a un auténtico y moderno genocidio.

II. PRINCIPIOS PARA UNA BIOÉTICA CRISTIANA O NATURAL

Contrapuestos a los principios de la bioética científicista, enunciaremos los que deben guiar la reflexión realista, natural y cristiana.

1. “Hay que hacer el bien y evitar el mal”

El criterio supremo de toda la moral es el primer principio de la sindéresis: *bonum faciendum est, malum vitandum est* (hay que hacer el bien y evi-

⁷⁸ “Los embriones y fetos, que han sido producidos privadamente, son propiedad privada [...] Además de nuestro cuerpo, también el esperma, los óvulos, los cigotos y los fetos que producimos son, en términos morales seculares generales, ante todo propios. Son la prolongación y el fruto de nuestro cuerpo. Son nuestra propiedad y podemos disponer de ellos hasta que tomen posesión de sí mismos como entidades conscientes [...]” (H.T. ENGELHARDT, *Los fundamentos...*, 278).

⁷⁹ La ética radical o nihilista se funda sobre la libertad como valor único y absoluto. No importa lo que el hombre haga sino que lo haga libremente. En tal sentido es moralmente lícito todo lo que el hombre hace libremente. Es esta corriente la que pide el aborto libre, la eutanasia libre, el suicidio libre, la libre elección del sexo del que ha de nacer por parte de sus padres, el libre cambio de sexo, libertad para la realización de la fecundación extracorpórea, libertad de experimentación sin fronteras. Esta hiperexaltación de la libertad conduce lógicamente a la destrucción de la misma libertad. Si es entendida en términos absolutos, la libertad se torna una fuerza disgregadora de la convivencia social y del hombre mismo. Herbert Marcuse fue uno de sus máximos representantes en el plano ético, en los años '60 en que proclamaba que la Revolución Francesa y la Revolución Bolchevique, habían comprometido sus resultados por cuanto sólo habían solicitado dos tipos de libertades: la libertad civil (Revolución Francesa) y la libertad de la necesidad (la Rusa). Él sostenía que para que los ideales de ambas revoluciones pudiesen llevarse a cabo hacían falta tres libertades más: la libertad de trabajo, es decir, de no trabajar cuando no quiero, porque el trabajo esclaviza la actividad humana; la libertad respecto de la familia, es decir, de disolverla cuando quiera, porque la familia esclaviza la afectividad del hombre; finalmente, la libertad de la ética, o sea, vivir sin reglas morales, porque la ética constriñe la inteligencia dentro de ciertos límites (los límites de lo bueno) (cf. H. MARCUSE, *Eros e civiltà*, Turín 1968).

tar el mal). Sobre este principio y los principios inmediatamente derivados de él, se fundan todas las normas éticas. Significa que el hombre que actúa en cuanto hombre tiene que hacer, procurar y buscar el bien auténticamente humano. Si este principio tiene una aplicación universal, referido al hombre debe entenderse como la búsqueda del bien integral humano. Algunos lo aplican en la bioética como *principio de beneficalidad*⁸⁰, entendido como equivalente al hipocrático *primum non nocere* (lo primero que se exige es no hacer daño), o *principio de no maleficencia*: lo primero que se pide al encargado de la salud no es que dé la salud (tal vez no pueda) sino que al menos no haga más daño del que ya sufre el paciente. De modo positivo significa que la *intención* general del que tiene como función tratar sobre el misterio de la vida, debe ser siempre el *bien verdadero* o integral de aquella persona (embrión, enfermo terminal, sujeto experimental) sobre la cual actúa.

Este principio es fundamental y de una clara evidencia, ya que se deriva de la captación de las primeras nociones del bien y del mal (por eso es el primer principio de la sindéresis, como hemos dicho, o hábito de los primeros principios en el orden práctico). Por el valor universal de este principio se hace patente la falsedad de cualquier procedimiento que implique el hacer un mal *moral* (como medio) para obtener cualquier bien ya sea físico o moral.

La aplicación más específica al campo de la bioética de este principio se puede expresar en “la necesidad de valorar y respetar de modo absoluto la persona humana” porque el bien integral tiene como fundamento el bien de la misma existencia y su naturaleza. Especifiquemos un poco más este punto clave en la bioética.

Ante todo, es necesario que la “vida humana” sea vista como un *don* de Dios Creador. La vida humana no guarda ninguna dependencia ontológica respecto de los demás hombres sino tan solo de su causa primera que es Dios⁸¹. Por tanto, toda vida humana –en el estado en que se encuentre– debe ser vista como un “*don confiado*” por Dios a la humanidad, para que ésta ejerza sobre esa vida un cuidado asociado a su Providencia universal; al mismo tiempo –y como formulación correlativa de esta visión– hay que decir que nadie tiene algún fundamento real para decidir sobre la existencia y natu-

⁸⁰ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, Vita e Pensiero, Milán 1988, I, 131.

⁸¹ “El hombre es la criatura en la tierra que Dios ‘ha querido por sí misma’... La vida humana es sagrada porque desde su inicio comporta ‘la acción creadora de Dios’ y permanece siempre en especial relación con el Creador, su único fin” (SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, Introducción, 5).

raleza de una persona humana inocente⁸². De este juicio de valor se siguen dos aplicaciones:

(a) *La necesidad de respetar la vida de la persona en todas sus fases, desde la concepción hasta su muerte natural*. Dicho de otro modo: toda vida es inviolable e indisponible⁸³. Ya hemos dicho, al mencionar los fundamentos antropológicos, que el científico no puede establecer *discriminaciones cronológicas* (determinando un momento arbitrario en el que un individuo comenzaría a ser humano) ni de otra categoría (utilidad social, aceptación social, calidad de vida, etc.)⁸⁴.

Por tanto, la relación con la vida del prójimo (desde el embrión hasta el enfermo terminal) cae bajo el quinto precepto divino tanto en su formulación negativa (“no matarás”), como en su formulación positiva. Dice el Papa Juan Pablo II: “Explícitamente, el precepto *no matarás* tiene un fuerte contenido negativo: indica el límite que nunca puede ser transgredido. Implícitamente, sin embargo, conduce a una actitud positiva de respeto absoluto por la vida, ayudando a promoverla y a progresar por el camino del amor que se da, acoge y sirve”⁸⁵. Y más adelante: “A lo largo del tiempo, la Tradición de la Iglesia siempre ha enseñado unánimemente el valor absoluto y permanente del mandamiento *no matarás*. Es sabido que en los primeros siglos el homicidio se consideraba entre los tres pecados más graves –junto con la apostasía y el adulterio– y se exigía una penitencia pública particularmente dura y larga antes que al homicida arrepentido se le concediese el perdón y la readmisión en la comunión eclesial. No debe sorprendernos: matar un ser humano, en el que está presente la imagen de Dios, es un pecado particularmente grave. ¡Sólo Dios es dueño de la vida!”⁸⁶. Nuevamente: “el mandamiento *no matarás* tiene un valor absoluto cuando se refiere a la persona inocente”⁸⁷. De aquí la conclusión moral:

⁸² “El don de la vida, que Dios Creador y Padre ha confiado al hombre, exige que éste tome conciencia de su inestimable valor y lo acoja responsablemente” (SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, Introducción, 1); Cf. A. RODRÍGUEZ LUÑO, “El concepto de respeto...”, *Anthropotes* 2 (1988) 261-272.

⁸³ Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 42-45.

⁸⁴ Cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre el aborto provocado*, 12.

⁸⁵ JUAN PABLO II, *EV*, 54.

⁸⁶ JUAN PABLO II, *EV*, 54-55.

⁸⁷ JUAN PABLO II, *EV*, 57.

“Por tanto, con la autoridad conferida por Cristo a Pedro y a sus Sucesores, en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eliminación directa y voluntaria de un ser humano inocente es siempre gravemente inmoral. Esta doctrina, fundamentada en aquella ley no escrita que cada hombre, a la luz de la razón, encuentra en el propio corazón (cf. Rm 2,14-15), es corroborada por la Sagrada Escritura, transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal⁸⁸. 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. En efecto, es una desobediencia grave a la ley moral, más aún, a Dios mismo, su autor y garante; y contradice las virtudes fundamentales de la justicia y de la caridad. ‘Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo’⁸⁹. Cada ser humano inocente es absolutamente igual a todos los demás en el derecho a la vida. Esta igualdad es la base de toda auténtica relación social que, para ser verdadera, debe fundamentarse sobre la verdad y la justicia, reconociendo y tutelando a cada hombre y a cada mujer como persona y no como una cosa de la que se puede disponer. Ante la norma moral que prohíbe la eliminación directa de un ser humano inocente ‘no hay privilegios ni excepciones para nadie. No hay ninguna diferencia entre ser el dueño del mundo o el último de los miserables de la tierra: ante las exigencias morales somos todos absolutamente iguales’⁹⁰”⁹¹.

En este sentido, uno de los aportes fundamentales de la *Evangelium vitae* es lo que Sgreccia ha denominado el principio del *tutorismo moral* (que, si bien no puede ser la norma moral en otros campos del obrar, sí lo es en éste,

⁸⁸ Cf. CONCILIO VATICANO II, *Lumen gentium*, 25.

⁸⁹ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración Iura et bona sobre la eutanasia*, II, 5 de mayo de 1980.

⁹⁰ JUAN PABLO II, VS, 96.

⁹¹ JUAN PABLO II, EV, 57.

por estar en juego el valor fundamental de la vida humana), el cual ve expresado en este texto de la Encíclica: “bastaría la *sola probabilidad* de encontrarse ante una persona para justificar la más rotunda prohibición de cualquier intervención destinada a eliminar un embrión humano”⁹².

Hay que notar, como señala Julián Herranz⁹³, que ya antes de la gran tradición doctrinal y jurídica romana sobre el derecho natural, la existencia de una ley no escrita, fundamento del derecho a la vida (y de los demás derechos naturales del hombre), aparece en el pensamiento de muchos filósofos y escritores de lengua griega, como Heráclito quien habla de una ley universal fundada en el *logos* divino, Sófocles para quien las *leyes no escritas* pero presentes en el espíritu humano por obra de los dioses, son el baluarte contra las tiranías⁹⁴; o como Epícteto, que habla de la común y alta dignidad moral y jurídica del hombre en cuanto creatura de Dios⁹⁵.

El derecho romano, a su vez, consideraba como un ser o individuo humano al concebido que todavía no ha nacido (*nasciturus*) y como tal era sujeto de derechos pudiendo, incluso, ser destinatario de bienes testamentarios. Así en los *Digesta* de Justiniano viene reconocida al *nasciturus* la condición jurídica de ser humano (*Qui in utero sunt... intelligitur in rerum natura esse*⁹⁶); y por esto, debe considerarse titular de derechos, como si hubiese nacido (*Nasciturus pro iam nato habetur*⁹⁷), cuando se trata de su ventaja.

Este derecho a la vida, con el cristianismo, se convirtió en constitutivo de todos los derechos inviolables del hombre.

La gran tradición jurídica occidental de los derechos del hombre se ha mantenido por casi treinta siglos.

La primer gran ruptura con esta tradición tiene lugar recién en 1920 en la URSS de Lenín, permitiendo el aborto por razones políticas totalitarias: para facilitar la inserción de la mujer en el trabajo extra doméstico en beneficio de la economía socialista. Es aceptada plenamente durante el régimen nazista por razones eugenésicas, y luego se extenderá: primero (década del '50) en las naciones del este europeo comunista; y luego en occidente (en 1967 en

⁹² JUAN PABLO II, *EV*, 60; E. SGRECCIA, “Los fundamentos de la bioética en la encíclica *Evangelium Vitae*”, en *L'Osservatore...*, 25 de agosto de 1995, 9.

⁹³ Cf. J. HERRANZ, “Il rapporto tra Etica e Diritto nella Enciclica *Evangelium vitae*”, *Medicina e Morale* 3 (1999) 445-467.

⁹⁴ *Antígona*, vv. 454-460.

⁹⁵ Cf. *Diatribai*, I, 3, 1. Cf. A. BAUSOLA, “Il fondamento del diritto alla vita”, en *Per una dichiarazione dei diritti del nascituro*, Giuffrè Ed., Milán 1996, 113-114.

⁹⁶ JUSTINIANO, *Digesta*, 1.5.26.

⁹⁷ JUSTINIANO, *Digesta*, 1.5.7.

Inglaterra y en 1973 en USA). En Occidente (USA) el motivo aducido es la razón democrática de defender la libertad personal de la mujer. Tanto la razón totalitaria socialista, como la razón falsamente democrática obedecen a la misma base filosófica: la concepción agnóstica del derecho, es decir el estricto positivismo jurídico basado en la negación de la ley natural y en el consiguiente divorcio entre libertad y verdad.

(b) *La necesidad de respetar la estructura constitutiva de la vida humana.* El hombre puede adentrarse en la naturaleza humana para corregirla en sus situaciones defectuosas o patológicas, o para favorecer en sus potencialidades positivas, pero nunca para alterar esta estructura esencial: "... el médico interviene no para modificar la naturaleza, sino *para ayudarla a desarrollarse según su esencia, aquella de la creación, aquella querida por Dios.* Trabajando en este campo, evidentemente delicado, el investigador se adhiere al designio de Dios. Dios ha querido que el hombre fuese el rey de la creación. A vosotros, quirurgos, especialistas de las investigaciones de laboratorio y médicos generales, Dios ofrece el honor de cooperar con todas las fuerzas de vuestra inteligencia en la obra de la creación, iniciada en el primer día del mundo"⁹⁸.

2. La integridad de las fuentes de la moralidad

El segundo principio establece las distintas fuentes de la moralidad y la necesidad de que ninguna de ellas sea mala para que el acto en su totalidad sea juzgado como bueno y lícito.

Las fuentes de la moralidad son los tres elementos que concurren a su moralidad⁹⁹: aquello que se hace (objeto moral o *finis operantis proximus*); el motivo por el que obramos (fin remoto o intención); y las circunstancias en que se ejerce el acto.

(a) El objeto moral: "El objeto elegido es un bien hacia el cual tiende deliberadamente la voluntad. Es la materia de un acto humano. El objeto elegido especifica moralmente el acto del querer, según que la razón lo reconozca y lo juzgue conforme o no conforme al bien verdadero. Las reglas objetivas de

⁹⁸ JUAN PABLO II, "A la XXXV Asamblea General...", 29 de octubre de 1983.

⁹⁹ Cf. JUAN PABLO II, *VS*, 77-83; *Catecismo...*, nn. 1750-1754.

la moralidad enuncian el orden racional del bien y del mal, atestiguado por la conciencia”¹⁰⁰.

(b) Fin moral: “Frente al objeto, la intención se sitúa del lado del sujeto que actúa. La intención, por estar ligada a la fuente voluntaria de la acción y por determinarla en razón del fin, es un elemento esencial en la calificación moral de la acción. El fin es el término primero de la intención y designa el objetivo buscado en la acción. La intención es un movimiento de la voluntad hacia un fin; mira al término del obrar. Apunta al bien esperado de la acción emprendida. No se limita a la dirección de cada una de nuestras acciones tomadas aisladamente, sino que puede también ordenar varias acciones hacia un mismo objetivo; puede orientar toda la vida hacia el fin último. Por ejemplo, un servicio que se hace a alguien tiene por fin ayudar al prójimo, pero puede estar inspirado al mismo tiempo por el amor de Dios como fin último de todas nuestras acciones. Una misma acción puede, pues, estar inspirada por varias intenciones como hacer un servicio para obtener un favor o para satisfacer la vanidad. Una intención buena (por ejemplo: ayudar al prójimo) no hace ni bueno ni justo un comportamiento en sí mismo desordenado (como la mentira y la maledicencia). El fin no justifica los medios. Así, no se puede justificar la condena de un inocente como un medio legítimo para salvar al pueblo. Por el contrario, una intención mala sobreañadida (como la vanagloria) convierte en malo un acto que, de suyo, puede ser bueno (como la limosna)”¹⁰¹.

(c) Las circunstancias morales: “Las circunstancias, comprendidas en ellas las consecuencias, son los elementos secundarios de un acto moral. Contribuyen a agravar o a disminuir la bondad o la malicia moral de los actos humanos (por ejemplo, la cantidad de dinero robado). Pueden también atenuar o aumentar la responsabilidad del que obra (como actuar por miedo a la muerte). Las circunstancias no pueden de suyo modificar la calidad moral de los actos; no pueden hacer ni buena ni justa una acción que de suyo es mala”¹⁰².

Para que un acto sea bueno, el objeto del acto debe ser bueno o al menos indiferente, el fin debe ser bueno (no hay fines indiferentes) y las circunstancias deben ser las debidas a tal acto. La tradición ha expresado este principio

¹⁰⁰ *Catecismo*..., n. 1751.

¹⁰¹ *Catecismo*..., n. 1752-1753.

¹⁰² *Catecismo*..., n. 1754.

con la sentencia: *Bonum ex integra causa, malum ex quocumque defectu* (un acto es bueno cuando todos sus elementos morales son buenos, y es malo cuando al menos uno de ellos es malo)¹⁰³. Santo Tomás lo explica por analogía con los demás órdenes de la vida: decimos que una escultura es perfecta cuando todos sus elementos tienen la proporción justa que han de tener; basta ver que el autor calculó mal las medidas de un brazo haciéndolo más largo que el otro, para poder afirmar que no es una buena obra; en una pieza musical no basta con que la mayoría de los músicos toque bien, porque es suficiente que uno se equivoque para que arruine la obra más elaborada. De aquí que Santo Tomás pueda establecer que el bien y el mal moral de los actos humanos se dicen del mismo modo que el bien y el mal en los seres: algo es bueno en la medida en que tiene todo el ser que le corresponde por su naturaleza, malo en la medida en que esté privado del mismo¹⁰⁴.

Con este principio se rechazan los criterios valorativos del obrar humano propuestos por las teorías teleológicas (proporcionalismo, consecuencialismo)¹⁰⁵. Éstas no admiten que se pueda formular una prohibición absoluta de ningún comportamiento (es decir, niega que existan actos que de por sí, en cualquier circunstancia y cultura, sean intrínsecamente malos y siempre injustificables). De ahí que, para estas corrientes, los preceptos morales sean siempre contingentes y provisorios, incluso en materia grave: deben ser considerados como normas operativas relativas y susceptibles de excepciones. La doctrina clásica, propone y demuestra que los actos deben juzgarse principalmente por su objeto moral y por su fin moral, sin descuidar las circunstancias en que se encuentran y las consecuencias que se siguen de su elección¹⁰⁶.

3. Los principios de responsabilidad y de profesionalidad

Son dos principios importantes en la ética profesional.

El primero puede expresarse diciendo: “todo acto plenamente humano conlleva una responsabilidad”¹⁰⁷. Tomamos el término *responsabilidad* en

¹⁰³ Cf. PSEUDO DIONISIO, *De Divinis Nominibus*, 4, 30; Santo Tomás lo cita en *Summa Theologiae*, I^a-II^{ae} p., q. 18, a. 4 ad 3.

¹⁰⁴ Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I^a-II^{ae} p., q. 18, a. 1.

¹⁰⁵ Cf. JUAN PABLO II, VS, 74-75.

¹⁰⁶ Véase lo que escribimos al respecto M. FUENTES, “Conseguir la vida eterna” (“Tratado sobre los actos humanos”) en *Manual de Moral fundamental, Ad usum privatum*, San Rafael 2005.

¹⁰⁷ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 109-110.

sus dos significados. Ante todo como la obligación de *rem ponderare*, es decir, pesar la acción que estamos haciendo, tomar conciencia del valor moral que ella tiene; darnos cuenta de que esa acción procede de un acto libre nuestro, y por tanto es nuestra y su existencia es debida a nosotros, lo cual nos hace *responsables* de ella. De aquí se deriva un segundo sentido: *respondere*, responder. Siendo nosotros los dueños de esa acción, y no pudiendo ella existir sin nuestro consentimiento, somos nosotros y no otros quienes deben responder por ella: delante de nuestra propia conciencia, delante de la sociedad, delante de la persona a la cual perjudica de modo especial, y finalmente delante de Dios.

El segundo, de *idoneidad profesional*, lo expresamos¹⁰⁸: “todo profesional tiene el deber de conocer los principios éticos de su profesión”. Esto es algo que se deriva de las responsabilidades que asume. Por eso, la ignorancia en su propio campo puede constituir una ignorancia culpable. Muchas veces podrá tratarse de una ignorancia vencible (simple o crasa), es decir, fruto de la negligencia; pero también podrá tratarse de ignorancia afectada, es decir, plenamente voluntaria, al menos respecto de algunos. Ahora bien, debe considerarse que un profesional tiene ignorancia culpable mientras no agote (por negligencia o mala voluntad) todas las instancias informativas que pueden dar luz moral a su proceder dudoso sobre materia grave. Entre estas instancias, hay que colocar, cuando se trata de un profesional creyente, el Magisterio de la Iglesia y la Revelación divina¹⁰⁹.

4. El principio de cooperación al mal

En la bioética surgen frecuentemente cuestiones de conciencia relacionadas con la cooperación con actos que otros realizan contra la vida humana o su naturaleza y dignidad. De ahí que deba tenerse en cuenta también los principios morales de la cooperación. Éstos son explicados en otras partes de la

¹⁰⁸ Cf. A. PEINADOR, *Moral Profesional*, Ed. BAC, Madrid 1962, 179-193, nn. 340-364 (es el capítulo VI “Profesión y vida cristiana”).

¹⁰⁹ “La conciencia es, efectivamente, el *lugar* en el que el hombre es iluminado por una luz que no deriva de su razón creada y siempre falible, sino de la Sabiduría del Verbo en la que todo ha sido creado... Ya que el Magisterio de la Iglesia ha sido instituido por Jesucristo el Señor para iluminar la conciencia, apelar a esta conciencia precisamente para contestar la verdad de cuanto enseña el Magisterio, comporta el rechazo de la concepción católica de Magisterio y de la conciencia moral” (JUAN PABLO II, “Discurso a los participantes del IIº Congreso de teología moral”, en *L’Osservatore...*, 22 de enero de 1989, 9 n. 4). Puede verse cómo se concreta este principio en A. PEINADOR, *Moral Profesional*, 298-302, nn. 556-561.

moral (fundamental y especial –tratado de la justicia–). Me limito a algunos acentos particulares.

Ante todo, no se debe confundir la cooperación (concurso físico o moral al pecado de otro) con el *escándalo* (acto que da *ocasión* al pecado del prójimo). En la cooperación hay un acto positivo de ayuda al pecado ajeno.

La cooperación es formal cuando el cooperador comparte las intenciones del agente principal o bien cuando la cooperación se presta mediante un acto que, por su intrínseca naturaleza, es pecaminoso¹¹⁰. A la primera la llamamos *intencional*¹¹¹, a la segunda, *objetiva*¹¹².

Cuando no se da ninguno de estos casos, se habla de cooperación *material*: consiste en concurrir a la obra mala de otro, sin compartir su intención pecaminosa, y con un acto que de suyo podría encontrarse en un contexto bueno o indiferente.

Los principios morales que rigen la cooperación son los siguientes:

1º *La cooperación formal subjetiva o intencional es intrínsecamente ilícita*. Si se colabora intencionalmente a un pecado grave, es siempre pecado grave. Como tal colaboración es siempre consciente, el confesor consultado o que escucha tal confesión debe advertir al penitente del pecado y poner las obligaciones pertinentes.

2º *La cooperación formal objetiva es intrínsecamente ilícita*. Porque la intrínseca finalidad de la obra que se hace tiene como fin natural un uso estrictamente pecaminoso. En este caso no podría afirmarse que su prestación al pecado del otro es sólo accidental, puesto que la acción que realiza no puede terminar sino en el pecado de otro.

¹¹⁰ Colocamos –apartándonos de la mayoría de los manuales clásicos– como formal también aquella que es intrínsecamente mala por la misma naturaleza del acto (independientemente de las intenciones del sujeto). Esta división nos parece no sólo más adecuada a la realidad y más fundamentada en la doctrina tomista del objeto moral del acto humano, sino que además es la noción de cooperación formal que emplea el Papa Juan Pablo II en la encíclica *Evangelium vitae*, n. 74.

¹¹¹ Por ejemplo, quien vota una ley a favor de la eutanasia o de la fecundación *in vitro*, estando de acuerdo con la práctica de tales actos; o el médico que aconseja o practica una esterilización directa, etc.

¹¹² La cooperación formal objetiva, en mi división, consiste en concurrir al acto pecaminoso de otro, sin compartir su intención pecaminosa, pero con un acto que *no sólo ayuda al pecado sino que no podría darse en un contexto bueno o indiferente*. Se trata, pues, de un acto intrínsecamente malo. Por ejemplo, el farmacéutico que, sólo por fines de lucro o porque se lo imponen los laboratorios proveedores de otros productos, vende medicamentos abortivos o exclusivamente anticonceptivos sin compartir las intenciones pecaminosas de sus clientes.

3° *La cooperación al mal es en principio ilícita, salvo cuando hay razones graves y de peso que la justifiquen; pero hay casos en que ninguna razón puede justificarla.* La razón por la cual es lícita en algunos casos se debe a que, en la cooperación material, el acto que realiza el cooperador es de tal naturaleza que el mismo puede realizarse tanto en el marco de una acción buena cuanto en el de una mala acción ajena; de aquí que el hecho de encontrarse (en el caso de la cooperación) como parte de una mala acción se debe a que el agente principal *de algún modo “abusa” del acto realizado por el llamado “cooperador”*¹¹³. Para juzgar si se puede prestar en un caso concreto algún tipo de cooperación material, se debe examinar si se verifican las condiciones del principio de doble efecto que recordaremos en el próximo punto; en algunos casos no será posible verificar alguna de las condiciones, como por ejemplo, una causa suficientemente grave que justifique colaborar con el pecado ajeno, siendo, por tanto, ilícita toda cooperación¹¹⁴.

4° *La cooperación material institucional al mal jamás es lícita.* Cooperación institucional es la que presta una institución y no ya un individuo; por ejemplo, un hospital. El motivo de esta grave prohibición es, además de las razones expuestas en los puntos anteriores, el riesgo de *escándalo teológico grave* que esta acción conlleva; escándalo teológico quiere decir que tal acción es ocasión de que los débiles en la fe sean llevados a confusión pensando que ese acto está permitido ya que lo permiten las autoridades¹¹⁵. En el caso de instituciones “católicas” este escándalo es más grave y más próximo; especialmente en acciones que puedan representar un atentado a la

¹¹³ Por ejemplo, un farmacéutico que vende productos que admiten tanto usos terapéuticos (por ejemplo, en casos de hipogonadismo, hemorragias funcionales, etc.) como usos anti-conceptivos; el ferretero que vende pegamentos que algunos usan para drogarse, el vendedor de vinos a quien le compran vino para emborracharse. Cuando no consta que la intención es explícitamente pecaminosa (y el vendedor –salvo el caso del farmacéutico que debe vender bajo receta– no siempre está obligado a preguntar cuál va a ser el destino que se da a lo que él vende) el agente principal del acto *abusa* del acto del cooperador, obligándolo a una cooperación material.

¹¹⁴ Por ejemplo, no es lícito a una enfermera instrumentista ni siquiera por motivos graves (por ejemplo, para conservar el empleo) prestar sus servicios en un aborto porque, aunque sus actos fuesen los mismos que prestaría en una intervención quirúrgica lícita, en este caso están tan íntimamente conexos con el crimen del aborto que son pecado (y en este caso incluso penados por la Iglesia con excomunión).

¹¹⁵ Así, no sólo no es lícito a un hospital católico subvencionar servicios abortivos o de esterilización, sino tampoco prestar sus instalaciones para que los hagan médicos privados o el mismo Estado provea a estos servicios. Tal cooperación, aunque sólo se trate del préstamo de los establecimientos es grave porque induce o, al menos, es ocasión de escándalo teológico.

vida o a los bienes esenciales del matrimonio (aborto, eutanasia, eugenesia, esterilización) se debe evitar cualquier ambigüedad.

Veremos, a lo largo de los temas considerados en este curso, la aplicación de varios de estos principios y sus discusiones.

5. El principio de doble efecto

Acabo de mencionar, entre las condiciones que hacen lícitos algunos casos de cooperación material, al principio de doble efecto. Como éste, junto con el de totalidad y cooperación, son algunos de los que más aplicación tienen en la bioética, lo recordaremos brevemente, aunque su lugar propio sea los manuales de moral fundamental.

Este principio tiene su razón en que existen numerosas acciones u omisiones de las cuales pueden seguirse dos efectos distintos y contrarios: uno bueno y otro malo; por ejemplo, al suministrarle a un enfermo terminal determinados calmantes para que sobrelleve sus dolores (efecto primero y bueno), a veces se le acorta accidentalmente la vida (efecto malo). Ésta es una realidad que se presenta a menudo en la práctica médica.

Los elementos fundamentales del principio están formulados por Santo Tomás al hablar de la legítima defensa: “nada prohíbe que un único acto tenga dos efectos, de los cuales sólo uno pertenezca a la intención del agente, y el otro quede fuera de su intención (*sit praeter intentionem*)”¹¹⁶. Los rasgos definitivos del principio fueron fruto (al igual que el principio del voluntario *in causa*) de una elaboración que va desde 1575 a 1630, cuando Juan de Santo Tomás los introdujo por primera vez en su tratado de teología moral fundamental¹¹⁷. El principio fue puesto en discusión en la segunda mitad del siglo XX por los moralistas que, al negar la existencia de actos intrínsecamente malos, caían en un relativismo moral, dejando de plantearse el problema de los casos difíciles; simplemente buscaban algún justificativo para legitimar la elección de tales actos (sea en la intención, en los efectos buenos o consecuencias, etc.). Así, por ejemplo Leandro Rossi¹¹⁸.

¹¹⁶ TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, II^a-II^{ae} p., q. 64, a. 7.

¹¹⁷ Cf. J. GHOOS, “L’act a double effet; étude de Théologie positive”, *Ephemerides Theologicae Lovaniensis* 27 (1951).

¹¹⁸ ROSSI, L., “Doble efecto (principio del)”, en *Diccionario Enciclopédico de teología moral*, Paulinas, Madrid 1980, 233-247.

Las discusiones más serias han girado, en cambio, en torno a la formulación del principio que pueden reducirse a tres: la de Vermeersch, la de Guzzetti y la tradicional.

Arturo Vermeersch, S.J. consideró que el principio tradicional no contemplaba el juicio sobre los efectos que se siguen de los actos en sí malos (porque la primera condición del principio tradicional exige que la acción que causa los dos efectos sea buena o indiferente en sí). Él propuso la formulación: “El efecto malo, que se permite que se siga de una acción, no es imputado al agente si la eficiencia inmediata es diversa y está excusado de evitarlo por una razón proporcionadamente grave”¹¹⁹ (por ejemplo, esto sirve para ver si el faltar a misa por parte de una persona que se emborrachó el sábado por la noche, es también imputable o no a la persona ebria). De este modo, Vermeersch puede juzgar si el agente comete sólo un pecado (la acción con los dos efectos) o dos pecados (añadiéndosele la responsabilidad del efecto malo). Sin embargo, lo que hace este autor es unificar el principio de doble efecto con el de voluntario *in causa*. No añade nada nuevo, por tanto, a la formulación tradicional.

G. Guzzetti reformuló el principio llamándolo “principio de lo mejor” o “del mayor bien posible”¹²⁰. Según este moralista, ante una situación en la que, sea cual fuere la decisión, se darán resultados buenos y malos (por ejemplo, una madre de familia que estando embarazada y con un tumor grave, deba decidir si recurrir a la quimioterapia o no: si lo hace, salva su vida y las necesidades que sus otros hijos tienen de ella, pero perjudica a su bebé; si no se somete al tratamiento salva a su bebé pero se perjudica ella y su familia): no pudiendo hacer todo el bien posible, debe hacer todo lo mejor que pueda, manteniendo el deseo del bien completo y resignándose con dolor al mal que resulte inevitablemente de su conducta. Guzzetti sigue exigiendo las cuatro condiciones propias del principio de doble efecto. Esta formulación puede iluminar las decisiones en situaciones muy conflictivas, pero no añade nada a la tradicional formulación, más atada a la necesaria simplicidad de un principio moral.

Finalmente la formulación tradicional de este principio sigue siendo válida y la más clara, pues ayuda a discernir los casos en los que es lícito poner una causa, una omisión o una acción de la que se siguen dos efectos; se puede expresar de la siguiente manera: *para que sea lícito realizar una*

¹¹⁹ A. VERMEERSCH, *Theologiae Moralis principia*, I, n. 129.

¹²⁰ Cf. G.B. GUZZETTI, *Moral general*, Ed. Mensajero, Bilbao 1968.

acción de la que se siguen dos efectos, uno bueno y otro malo, es preciso que se reúnan determinadas condiciones:

1º Que la acción (de la que se seguirán ambos efectos) sea en sí misma buena, o al menos indiferente, porque nunca es lícito realizar acciones malas aunque se sigan efectos óptimos. Y que sea la única acción posible para alcanzar el efecto bueno, porque si hay otros medios aptos que no encierran los inconvenientes que produce este acto, no podría recurrirse al mismo.

2º Que el efecto inmediato o primero sea el bueno, porque no es lícito hacer un mal para que sobrevenga un bien, según aquello de San Pablo: “non sunt facienda mala ut eveniant bona” Rm 3,8, no hay que hacer el mal para que se produzca algún bien. El efecto malo debe ser así consecuente o al menos concomitante con el bueno, pero nunca anterior, porque de ser así se convertiría en *medio* para alcanzar el efecto bueno.

3º Que la intención del agente sea recta, es decir, que quiera solamente el efecto bueno y el malo únicamente lo permita (es decir, que éste sea “*praeter intentionem*”). El efecto malo es permitido por la absoluta inseparabilidad con el bueno en este caso concreto, pero en sí mismo no ha de ser buscado o intentado.

4º Que haya una causa proporcionada a la gravedad del daño que el efecto malo producirá: porque el malo es siempre una cosa materialmente mala, y como tal no es permisible a menos que haya una causa proporcionada¹²¹.

En general, “es lícito poner una causa de la que se sigan dos efectos, cuando es necesario el conseguimiento del efecto bueno únicamente intentado, es improrrogable y no es posible conseguirlo sino por medio de esta causa común”¹²².

6. El principio de totalidad

Junto al principio de doble efecto (y emparentado con él), el de totalidad es otro de los más usados en la bioética, como veremos a lo largo de estas páginas. Este principio nos ayuda a calificar la licitud o ilicitud de la *pérdida*

¹²¹ Por ejemplo, un médico, siempre y cuando no haya otro medio más eficaz, puede suministrar a un enfermo aquejado de grandes dolores drogas sedantes que al mismo tiempo que calma sus dolores también le perturba gravemente la lucidez mental o le acorta la vida. Pero no se verifican, en cambio, las condiciones del principio de doble efecto en una mujer embarazada que quiere abortar para salvar su vida puesta en peligro por la gestación, aunque sea muy probable que, de continuar la gestación, mueran tanto ella como el feto.

¹²² A. PEINADOR, *Moral Profesional*, 20.

directamente querida de un miembro singular como medio para salvar la totalidad del organismo¹²³.

Este principio sólo tiene valor pleno en el plano del organismo humano, porque el cuerpo humano es un organismo físico, y, en consecuencia, cada miembro está enteramente subordinado al bien del todo (su aplicación al plano social, considerando la sociedad como un todo de la que cada persona es parte, no puede ser más que analógica y limitada y, en algunos casos, abusiva).

La comprensión (y aplicación) de este principio ha sufrido una lenta evolución por parte del Magisterio que hay que tener en cuenta.

Pío XII indicó las condiciones para su lícita aplicación al referirse al caso de la mutilación anatómica; también nos va a servir a nosotros para analizarlo¹²⁴:

- 1º “Cuando la *conservación o funcionamiento* de un órgano particular en el conjunto del organismo provoca en éste un *daño serio* o constituye una *amenaza*”.
- 2º “Cuando este daño *no puede ser evitado*, o al menos *notablemente disminuido*, más que por la mutilación en cuestión, siempre que la eficacia de ésta esté bien asegurada”.
- 3º “Cuando se pueda razonablemente dar por descontado que el efecto negativo, es decir, la mutilación y sus consecuencias, será compensado por el efecto positivo: supresión de daños para el organismo entero, mitigación de los dolores, etc.”.

Sigue indicando Pío XII: “El punto decisivo no está en que el órgano amputado o paralizado esté enfermo en sí mismo, sino en que su conservación o funcionamiento entrañe directa o indirectamente una seria amenaza para todo el cuerpo. Es muy posible que, por su funcionamiento normal, un órgano sano ejerza sobre un órgano enfermo una acción nociva capaz de agravar el mal y sus repercusiones sobre todo el cuerpo. Puede ocurrir también que la extirpación de un órgano y la detención de su funcionamiento normal quiten al mal, al cáncer, por ejemplo, un terreno de crecimiento, o en todo caso alteren esencialmente sus condiciones de existencia. Si no se dis-

¹²³ Cf. Pío XII, “Discurso al Iº Congreso Internacional de Hispatología del sistema nervioso”, 13 de setiembre de 1952, en AAS 44 (1952) 779-789.

¹²⁴ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “Discurso al XXVI Congreso Italiano de neurología”, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, Ed. Guadalupe, Buenos Aires 1961, 178.

pone de ningún otro medio, la intervención quirúrgica sobre el organismo sano está permitida en ambos casos”¹²⁵.

El *presupuesto fundamental* que subyace en la formulación es la relación que existe *entre el todo y la parte*. Aquello que es parte de algo y sólo parte no tiene más razón de ser que el ser función del todo del que es parte. El bien de la parte no es independiente del bien del todo sino que es el mismo bien del todo.

Es evidente que el principio de totalidad claudica cuando se pasa de aplicarlo de un todo físico (donde las partes no son más que partes) a un todo moral como es la sociedad donde las partes (personas) no son sólo partes de un todo sino individuos personales cuya subordinación al todo tiene límites (lo contrario nos llevaría al totalitarismo marxista).

Lo fundamental, por tanto, será ver si se verifica esta relación de *parte-todo* en el caso analizado. Ésta es la parte más delicada, como afirma el mismo Pío XII; es la *quaestio facti* (si de hecho estamos o no ante un caso al que puede aplicarse) que debe ser resuelta para ver la posible aplicación del principio: “... A fin de poder aplicarlo [el principio de totalidad] correctamente, es preciso siempre explicar ciertos presupuestos. El presupuesto fundamental es poner en claro la “*quaestio facti*”, cuestión de hecho: los objetos, a los que se aplica el principio, ¿tienen relación de todo a parte? Un segundo presupuesto: poner en claro la naturaleza, la extensión y la estrechez de estas relaciones. ¿Tiene lugar en el plano de la esencia, o solamente en el de la acción, o en ambos? ¿Se aplica a la parte bajo un aspecto determinado o bajo todos los aspectos? Y en el campo en que se aplica, ¿absorbe enteramente a la parte o le deja todavía una finalidad limitada, una independencia limitada? La respuesta a estas cuestiones no puede jamás inferir se del principio de totalidad mismo: esto representaría un círculo vicioso. Debe sacarse de otros hechos y de otros conocimientos. El principio de totalidad, por sí mismo, no afirma nada, sino esto: *allí donde se verifique la relación de todo a parte y en la medida exacta en que se verifique, la parte está subordinada al todo; éste puede, en su interés propio, disponer de la parte*. Por desgracia, con demasiada frecuencia, cuando se invoca el principio de totalidad, se dejan de lado estas consideraciones, no solamente en el dominio del estudio teórico y el campo de aplicación del dere-

¹²⁵ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, *Ibid.*

cho, de la sociología, de la física, de la biología y de la medicina, sino también en lógica, psicología y metafísica”¹²⁶.

Más adelante el mismo Pío XII (a partir de los interrogantes que supuso la aparición de la psicocirugía, por ejemplo la lobotomía) perfeccionaría este principio indicando que el *todo* del que se trata en el principio de totalidad aplicado al hombre no es restrictivamente el organismo físico, sino *la persona*: “... Pero a la subordinación de los órganos particulares en relación con el organismo total y su finalidad propia *se añade aún la subordinación del organismo a la finalidad espiritual de la persona misma*. Experiencias médicas, físicas o psíquicas pueden, por una parte, entrañar algunos daños para ciertos órganos y funciones y ser, por otra parte, perfectamente lícitos, al ser conformes con el bien de la persona y no conculcar los límites puestos por el Creador al derecho del hombre para disponer de sí mismo”¹²⁷.

Finalmente, Juan Pablo II, parece haber dado el paso definitivo entendiendo el *bien del todo* como un bien que puede trascender el orden físico y ser *espiritual* (lo que permite entender su aplicación a la donación de órganos dobles como son los riñones). Dice este Papa: “Donar algo de sí mismos, dentro de los límites trazados por la norma moral, puede constituir un testimonio de caridad altamente meritoria y *una ocasión de crecimiento espiritual* tan significativa que puede compensar el riesgo de una eventual disminución física que no sea sustancial”¹²⁸.

Aun así, hay que aclarar que este desarrollo del principio es *lineal* y no *analógico*; es decir, la aplicación siempre tiene en cuenta el todo de la *persona* en cuestión y no otras dimensiones sociales de la persona. Así, se hace una aplicación indebida (por ser analógica solamente; y toda analogía claudica en algunos aspectos) cuando se lo usa para referirse a la *comunidad conyugal* y la *contracepción*; en efecto, según algunos autores la fecundidad habría que verla aplicada al matrimonio como un “todo” y no examinada en cada acto singular (por tanto, algunos actos podrían ser individualmente infecundos sin afectar la totalidad del proyecto matrimonial). Lo mismo se diga

¹²⁶ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “Discurso al Iº Congreso Internacional de Hispatología...”, 13 de setiembre de 1952, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 132.

¹²⁷ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “Discurso al Colegio Internacional Neuro-Psico-Farmacológico”, 9 de setiembre de 1958, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 354.

¹²⁸ JUAN PABLO II, “Discurso a los participantes en el 81º Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna y en el 82º Congreso de la Sociedad Italiana de Cirugía General”, 27 de octubre de 1980, en *L’Osservatore...*, 5 de abril de 1981, 13, n. 5.

del conjunto de la vida moral, como han hecho los teólogos de la “opción fundamental”, para quienes la moralidad y rectitud de la vida queda garantizada por el “compromiso global” del hombre por el bien y no por cada uno de sus actos particulares (por tal razón, algunos pecados en particular no constituyen una falta grave aunque se trate de una materia gravemente prohibida por la ley de Dios). Evidentemente estos usos, como también la aplicación *exclusiva* del principio de totalidad para justificar la pena de muerte, son derivaciones abusivas del mismo¹²⁹.

7. Los principios sociales: solidaridad y subsidiariedad¹³⁰

Finalmente señalo dos principios que afectan a la relación entre los diversos miembros de una comunidad y entre éstos y el Estado, y que tienen incidencia en las cuestiones bioéticas. Son los principios de “solidaridad” y “subsidiariedad”.

El principio de *solidaridad* pone de manifiesto que el hombre no es un ser aislado, sino parte de una sociedad, y que por tanto, debe pensar no sólo a su bien propio sino al bien de sus semejantes. De aquí surge la obligación, al menos moral, de ayudar a los demás (verbigracia, el médico que es solicitado a prestar su ayuda profesional en casos de urgencia). Este mismo principio llega a justificar algunos casos de donación de órganos y tejidos, aunque comporten una mutilación por parte del donante; ha hecho surgir grandes obras asistenciales (hospitales, casas de curación, leprosarios). También impone a cada hombre la obligación de ayudar a sus semejantes más necesitados aún a costa de sacrificios personales.

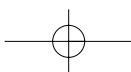
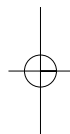
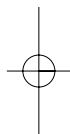
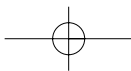
Por su parte el principio de *subsidiariedad* impone como deber de la comunidad misma, de sus autoridades, el ayudar con mayor ahínco allí donde la necesidad es más grave, al tiempo que exige que se permitan las iniciativas de los particulares al respecto¹³¹.

En nuestros días, lamentablemente, se va creando a nivel social una mentalidad de antisolidaridad y antissubsidiariedad, como se evidencia en las políticas antinatalistas, en la aprobación de leyes abortistas, en la eutanasia cada vez más generalizada en algunos países, en las leyes que comprometen la estabilidad de la familia, etc.

¹²⁹ Véase a este respecto lo que he expuesto en M. FUENTES, *El teólogo responde*, Ed. Verbo Encarnado, San Rafael 2001, I, 261-266.

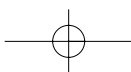
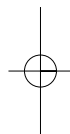
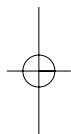
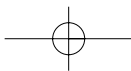
¹³⁰ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 129-131.

¹³¹ Cf. CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et Spes*, nn. 31.63.65; JUAN XXIII, *Mater et Magistra*, nn. 40-44; JUAN XXIII, *Pacem in terris*, n. 74.



SEGUNDA PARTE

BIOÉTICA ESPECIAL



CAPÍTULO PRIMERO

BIOÉTICA DE LA SEXUALIDAD HUMANA

I. LA SEXUALIDAD HUMANA

El estudio de la sexualidad pertenece a la templanza y a la moral conyugal¹³². Aquí sólo presento el núcleo de la doctrina católica al respecto, en función de poder valorar las intervenciones que en la actualidad se llevan a cabo sobre la sexualidad humana en algunas de sus dimensiones; accionar en el que frecuentemente está implicado el personal sanitario (ginecólogos, enfermeros, personal que atiende dispensarios de salud, etc.).

1. Varón y mujer¹³³

En nuestros días se trata de imponer a la fuerza la teoría que reduce la sexualidad a un problema cultural, a “roles socialmente construidos”¹³⁴. En

¹³² He tratado el tema más largamente en el correspondiente tratado; ver M. FUENTES, “Virtudes cardinales”, en *Tratado de la templanza, ad usum privatum*, San Rafael 2005 (última versión autorizada por el autor).

¹³³ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 214ss. Voy a seguir las afirmaciones claras de este Autor, ligeramente modificadas

¹³⁴ Véase al respecto CONFERENCIA EPISCOPAL PERUANA, COMISIÓN AD-HOC DE LA MUJER, “La ideología de género. Sus peligros y alcances”, *Diálogo* 34 (2003) 51-78. También A.C. MARCUELLO – M. ELÓSEGUI, “Sexo, género, identidad sexual y sus patologías”, en *Bioeticaweb*, www.bioeticaweb.com/content/view/192/48/.

base a esta teoría llamada “de género”, existirían cinco roles sexuales (mujeres heterosexuales, mujeres homosexuales, hombres heterosexuales, hombres homosexuales y bisexuales).

Esta “filosofía del género” tiene como objetivos inmediatos el cambio de los roles masculinos y femeninos existentes, la destrucción (o “desconstrucción”) de la familia (hombre y mujer legítimamente casados e hijos de ambos) y el cambio por nuevos “modelos de familia” (homosexuales, uniones libres, etc.), libertad sexual, negación de la identidad biológica-psíquica-espiritual del “ser mujer” y del “ser hombre”, etc.¹³⁵.

Las críticas a esta ideología que cada vez ejerce una influencia más poderosa, se pueden encontrar en los estudios más especializados, a los cuales me remito. Digamos que una lectura atenta y serena de la corporeidad humana nos manifiesta tanto la *diferencia* como la *complementariedad* de los sexos masculino y femenino, sin un tercero en cuestión. El cuerpo, dentro de una estructura fundamentalmente homóloga, revela una serie de factores de diferenciación que distinguen la entera personalidad de base: tenemos factores cromosómicos (presencia del cromosoma X o Y en la última pareja de cromosomas), los caracteres sexuales primarios internos para la mujer (ovarios) y externos para el varón (testículos); la diferenciación prosigue con los conductos (conductos de Wolff para el varón, conductos de Müller para la mujer); también son distintos los caracteres sexuales secundarios (voz, vello, musculatura); está el hecho incuestionable de “que el varón posee una naturaleza hormonal-sexual no cíclica, mientras que la mujer tiene una naturaleza hormonal-sexual cíclica con dos fases bien diferenciadas en cada ciclo menstrual que la hace cambiante durante todos los años de su vida fértil”¹³⁶. Las características psicológicas son también diferenciadas: la mujer es más concreta, constante y centrípeta, con gusto por lo cotidiano y próximo y con un predominio de los sentimientos; el hombre, en cambio, tiene tendencias a un pensamiento más abstracto, racional y centrífugo, con intereses más generales, cambiantes y lejanos. De este modo toda la corporeidad en su morfología permanece signada por la diferenciación sexual: la voz, los movimientos, las cualidades sensoriales y perceptivas.

¹³⁵ Cf. D. CALCATERRA, “La filosofía del género”, en *Bioeticaweb*, www.bioeticaweb.com/content/view/169/48/.

¹³⁶ M. RUTLAND – L.F. TRULLOLS, “Sexualidad humana y práctica de los métodos naturales”, en *Manual básico de Planificación Familiar Natural*, Ed. ESIN, 1997, 19.

De aquí que la corporeidad no existe sino sexualmente diferenciada, como corporeidad masculina y corporeidad femenina. No equivale esto a decir, sin embargo, que la corporeidad sea solamente sexualidad: el cuerpo tiene otras funciones y dimensiones. También nos lleva esto a concluir que la sexualidad signa toda la personalidad: es el espíritu y el yo personal el que es varón o mujer y no solamente su cuerpo; precisamente porque es el alma la que anima, informa y hace vivir la corporeidad. Por tanto, la persona no solamente *tiene* un sexo determinado, sino que *es* varón o mujer. Y por eso toda la vocación personal en el mundo no puede realizarse armónicamente si no es aceptando y valorizando este determinado modo de existir.

Por otra parte es necesario decir que la sexualidad no agota toda la riqueza de la corporeidad ni menos aún la plenitud de la personalidad; por eso la sexualidad no realiza todos los valores. El espíritu y el yo trascienden el propio sexo por plenitud de vida y riqueza de valores: la persona es más grande que su cuerpo, y el cuerpo es más grande que su propio sexo. Ninguno podrá vivir en este mundo sin un cuerpo y ninguno podrá vivir sino siendo varón o mujer, pero el ser personal es más grande que el cuerpo y que el sexo. Esta verdad, evidente por sí misma, comporta que en la jerarquía de los bienes personales el sexo, mientras pertenece a la persona en su globalidad, no la agota en su plenitud. El bien total de la persona está en primer lugar con toda su riqueza trascendente y espiritual. Por tanto, si por un lado es verdad que ninguno puede rechazar ser varón o mujer, por otro, no es igualmente necesario ni posible que el sexo exprese toda la vida y que cada persona tenga necesidad de expresar todas sus capacidades sexuales. Como el acto no agota la facultad (un acto de pensamiento no agota la facultad de pensar) ni la facultad agota toda la persona (el hombre no es sólo pensamiento), analógicamente debemos decir que el ejercicio de los actos singulares de la vida sexual no expresa la totalidad de la vida sexual, ni la vida sexual realiza toda la persona.

Hay que añadir también que la sexualidad no equivale a ejercicio de la genitalidad: el ejercicio de la actividad genital, que se expresa a través de los órganos genitales, no es el único modo de expresarse como varón o mujer y no es necesario que, de modo determinista, cada sujeto ejercite la actividad genital para que pueda decirse realizado como persona. Por esto ser mujer no equivale necesariamente a ser madre o esposa, ni ser varón quiere decir ser marido y padre. El matrimonio –como derecho secundario que es– es naturalmente necesario para el género humano pero no para cada hombre.

Esta trascendencia del ser personal respecto del propio sexo no empobrece el sexo, sino que lo enriquece.

Por otra parte, la sexualidad humana tiene una estructura de carácter complementario y se presenta como capacidad de apertura de todo el ser a la conyugalidad. En efecto, la estructura corpórea, en la cual leemos la dimensión de toda la persona, indica que la sexualidad diferenciada y complementaria está orientada a la unión heterosexual: desde los cromosomas, a la composición endocrina, a la estructura anatómica de los conductos internos y del sexo fenotípico, todo indica que el ser personal varón-mujer, dentro de una fundamental identidad de cuerpo y espíritu, presenta también una complementariedad que es signo a un tiempo de *pobreza*, que pide complemento, y de *don* que lo ofrece.

Esta complementariedad se actúa plenamente, si bien no en sentido determinista (en el sentido de que no está uno necesitado de ejercitarla), al menos con una fuerte tendencia, en la conyugalidad, es decir, en la unión física, psíquica y espiritual con el sexo opuesto. Cuando, por libre elección, se actúa esta complementariedad en la conyugalidad, la unión implica la *totalidad* de la persona y no solamente una parte. Cuando el hombre y la mujer se unen, si el acto es humano y pleno, compromete el cuerpo, el corazón y el espíritu; si una de estas dimensiones falta, se trata entonces de una unión humanamente incompleta y objetivamente falsa, porque el cuerpo no tiene sentido sino como expresión de la totalidad de la persona. La persona no se descompone en partes separables, ni en sentido ontológico ni en sentido cronológico. Por tanto, la conyugalidad dice perennidad y estabilidad del vínculo unitivo y esto no solamente por la necesidad de dar un ambiente educativo estable a la eventual prole, sino, ante todo, porque se trata del don de sí, de toda la propia subjetividad.

Así es el lenguaje existencial de la conyugalidad: no estoy exigido por necesidad a la conyugalidad, tengo solamente la facultad de poner actos sexuales, pero si pongo en acto esta unión, ella implica todo lo que significa y supone y expresa el don total y estable de la persona.

Podemos sacar de estas breves notas, *algunas indicaciones de orden moral*.

El *primer postulado* moral en este campo es que “*se debe aceptar la sexualidad propia y la ajena tal como es dada por la naturaleza*”; su rechazo equivale a un atentado contra la misma naturaleza (esto no condena la “corrección sexual” cuando ésta es necesaria, como se verá en el capítulo siguiente).

Un *segundo postulado* es que, siendo la persona una totalidad unificada (que recoge en una profunda unidad todas las componentes de la persona: su corporeidad, su psicología y afectividad y su espiritualidad), es reductiva

toda interpretación exclusivamente “genitalista” de la sexualidad (es un reduccionismo dualista y materialista).

En *tercer* lugar, teniendo la sexualidad humana un significado *interpersonal* o complementario, sólo se realiza perfectamente cuando el varón y la mujer salen de sí mismos donándose uno al otro de modo total para perfeccionarse. Esa totalidad se verifica exclusivamente en una unión conyugal estable (matrimonio) y abierta a la vida en sus actos singulares. Atentan contra la perfecta complementariedad y la tendencia a la donación perfecta que está grabada en la naturaleza del acto sexual: la inestabilidad de la unión, la infidelidad, la exclusión de alguno de los elementos (la falta de afecto en el acto sexual, o la falta de apertura a la vida), la falta de heterosexualidad, etc. De ahí que niegan los valores intrínsecos de la sexualidad: la sexualidad que se encierra en sí misma (autoerotismo); la que contradice la heterosexualidad (la relación homosexual); la que violenta la unicidad y la exclusividad (el adulterio); la que rechaza la perennidad del vínculo (el divorcio, la relación temporal); la que no integra todos los valores de la pareja (el puro genitalismo); la que rechaza el madurar y fructificar mediante la procreación (el anticoncepcionismo); la relación que no se quiere hacer conocer de la sociedad (la libre convivencia sin matrimonio público).

2. Anomalías sexuales

De lo dicho anteriormente se puede advertir que no existe un “tercer” sexo o género distinto del varón y la mujer. El ser andrógino es una ficción. Se plantean pues dos problemas al respecto: la homosexualidad y las anomalías sexuales.

(a) Homosexualidad

La homosexualidad es una anomalía que consiste en la desviación de la atracción afectivo-sexual, por la cual el sujeto experimenta una inclinación hacia –y puede mantener relaciones con– personas de su mismo sexo¹³⁷.

Esta desviación puede responder a causas puramente morales (perversión moral) o causas morales y psicológicas. En consecuencia, los orígenes del fenómeno en las personas que se descubren “constitucionalmente” homosexuales, no son del todo claros. Se han propuesto varias hipótesis, de las cuales, tal vez la más aceptable sea la que remonta el origen del problema (sin

¹³⁷ E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, Vita e Pensiero, Milán 1991, II, 131.

descartar que pueda haber predisposiciones orgánicas y funcionales) a una intrincada red de relaciones afectivas y sociales. Se han estudiado los eventuales factores hereditarios, sociológicos, e incluso hormonales que pueden influir en la aparición de este fenómeno. Algunos han querido identificar una base biológica a la homosexualidad, ya sea apelando a particularidades neurológicas (base neuroanatómica) o bien genéticas (un “gen gay”, como ha sido llamado por sus defensores). De ser así tendríamos una predeterminación biológica (neurológica o genética) respecto de la homosexualidad, con la consiguiente impotencia de revertir la tendencia homosexual y justificando los comportamientos morales que seguirían a una base genética. Todos los intentos de demostrar un determinismo biológico de la homosexualidad han resultado vanos; y los estudios que se han divulgado sosteniendo tal teoría no han sobrepasado las objeciones del mismo ámbito científico. Al respecto se puede ver el sintético informe de Nicolás Jouve de la Barreda: *La homosexualidad a la luz Genética*¹³⁸.

En realidad, como dice Polaino-Lorente, “ignoramos por el momento cual es la etiología de la homosexualidad”¹³⁹. Las hipótesis son muchas y contradictorias entre sí. De todos modos, parece ser la más acertada la que se apoya en la influencia del *clima educativo familiar*, especialmente en el período que va de los 6 a los 12 años (según Sgreccia). El dinamismo original de la desviación homosexual parecería consistir en una fracasada identificación afectiva del niño o de la niña. Por lo tanto, hay que decir que no es algo innato y que si bien puede hablarse de personas que están en riesgo, no están, en cambio, predestinadas¹⁴⁰.

¹³⁸ N. JOUVE DE LA BARREDA (Catedrático de Genética, Departamento de Biología Celular y Genética, Campus Universitario, Universidad de Alcalá de Henares), “La homosexualidad a la luz Genética”, en la *Jornada sobre la Homosexualidad: una reflexión científica y moral*, 24 de noviembre de 2001, Instituto Pontificio Juan Pablo II.

¹³⁹ Cf. A. POLAINO-LORENTE (Catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense), “Bioética y etiología de la homosexualidad”, en *Bioeticaweb*, www.bioeticaweb.com/content/view/176/48/.

¹⁴⁰ “Mientras un número de estudios han mostrado que niños que han sido abusados sexualmente, niños que exhiben síntomas de GID, y niños con antimasculinidad crónica juvenil se encuentran al riesgo de la atracción homoerótica en la adolescencia y la edad adulta, es importante darse cuenta de que un porcentaje significativo de estos niños no llegan a ser homosexuales activos en la edad adulta... Para algunos, experiencias negativas en la niñez pueden ser contrarrestadas por interacciones positivas. Algunos hacen una decisión consciente de evitar las tentaciones. La presencia y el poder de la gracia de Dios, si bien no puede ser medido en todos los casos, no puede ser ignorado como factor que puede ayudar a los sujetos al riesgo para evitar la atracción homoerótica. El etiquetar a un adolescente, o peor, a un niño, como

Las personas con tendencias homosexuales se dividen en varias categorías, de las cuales las más importantes son los llamados homosexuales esenciales y los ocasionales.

Homosexuales *esenciales* (también llamados primitivos, constitucionales o primarios) son quienes están sujetos a una especie de instinto compulsivo que los orienta hacia personas de su propio sexo. Entre éstos hay que distinguir a quienes rechazan de modo total la relación afectiva con personas de otro sexo y experimentan un impulso casi irresistible hacia el propio sexo (denominados “homosexuales totales y exclusivos”, y los que pueden sentir también una atracción heterosexual (son más propiamente “bisexuales”).

Homosexuales *ocasionales* son aquellos que, conservando sus tendencias heterosexuales, buscan relacionarse afectiva o genitalmente con personas de su mismo sexo por motivaciones más superficiales (aventuras, dinero o falta de pareja de otro sexo). También se los llama homosexuales veleidosos o secundarios.

A su vez, tanto en unos como en otros es necesario distinguir la *tendencia* hacia personas de su mismo sexo, y el *acto homosexual* (bajo cuyo concepto no sólo incluyo los actos externos físicos sino también los actos plenamente consentidos de deseo y pensamiento). Como se trata de dos realidades diversas vamos a analizarlas por separado.

Por los límites de este curso, remito para este tema a la bibliografía especializada¹⁴¹; nos limitamos a tres principios fundamentales:

1º Intrínseco desorden y malicia objetiva del acto homosexual. Por “acto homosexual” entiendo tanto los actos externos consumados (relaciones genitales y toda clase de actos incompletos, como caricias, besos, etc.) como también los actos internos de deseo y pensamiento plenamente consentidos. De todos estos actos hay que decir que son intrínsecamente desordenados, es decir, malos por su objeto moral (*ex obiecto*). Desde el punto de vista moral esto significa que ninguna circunstancia, ni finalidad, ni consecuencia, puede

‘homosexual’ sin remedio hace un muy flaco servicio a la persona. Tales adolescentes o niños pueden, dada la intervención positiva adecuada, recibir consejos adecuados para poder superar el problema de traumatismos emocionales anteriores” (“Homosexualidad y esperanza. Declaración de la Asociación Médica Católica de EEUU”; se la puede consultar en varios lugares; por ejemplo en *Foro de Teología Moral*, www.foromoral.com.ar/articulos_ajenos/Hosexualidad_y_esperanza.htm).

¹⁴¹ Pueden verse los distintos estudios citados en las notas de este punto.

hacerlos moralmente buenos o justificables; por tanto, cuando son realizados con plena advertencia y consentimiento, constituyen pecado grave. Esta afirmación es avalada por la clara enseñanza de la Sagrada Escritura, de la Tradición y del Magisterio de la Iglesia. Y una sana consideración antropológica puede explicar el motivo de este juicio.

La condenación de la conducta homosexual es uniforme a lo largo de toda la Revelación judeo-cristiana, tanto en el Antiguo como en el Nuevo Testamento. Sólo algunos textos como muestra: *No te acostarás con varón como con mujer; es abominación* (Lev 18,22); *Si alguien se acuesta con varón, como se hace con mujer, ambos han cometido abominación: morirán sin remedio; su sangre caerá sobre ellos* (Lev 20,13); *Igualmente los hombres, abandonando el uso natural de la mujer, se abasaron en deseos los unos por los otros, cometiendo la infamia de hombre con hombre, recibiendo en sí mismos el pago merecido de su extravío* (Rm 1,27); *¡No os engañéis! Ni los impuros... ni los afeminados, ni los homosexuales... heredarán el Reino de Dios* (1Cor 6,9-10).

La doctrina de la Iglesia (tanto la Tradición como el Magisterio) es igualmente uniforme, sin fisura alguna. Entre los principales documentos hay que destacar la Declaración *Persona humana*, de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe¹⁴²; del mismo dicasterio la *Carta a los Obispos de la Iglesia Católica sobre la atención pastoral a las personas homosexuales*¹⁴³; el *Catecismo de la Iglesia Católica*, el documento *Sexualidad humana: verdad y significado*, del Pontificio Consejo para la Familia¹⁴⁴. En concreto la Declaración *Persona humana* señala que “según el orden moral objetivo, las relaciones homosexuales son actos privados de su regla esencial e indispensable. En la Sagrada Escritura están condenados como graves depravaciones e incluso presentados como la triste consecuencia de una repulsa de Dios (cf. Rm 1,24-27). Este juicio de la Escritura no permite concluir que todos los que padecen esta anomalía son del todo responsables, personalmente, de sus manifestaciones; pero atestigua que *los actos homosexuales son intrínsecamente desordenados y que no pueden recibir aprobación en ningún caso*”¹⁴⁵. En el

¹⁴² SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración Persona Humana, sobre algunas cuestiones de ética sexual*, 29 de diciembre de 1975, en AAS 68 (1976) 77-96.

¹⁴³ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Carta a los Obispos de la Iglesia Católica sobre la atención pastoral a las personas homosexuales*, n. 3.

¹⁴⁴ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *Sexualidad humana: verdad y significado*, Roma, 8 de diciembre de 1995, n. 104.

¹⁴⁵ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración Persona humana...*, n. 8.

mismo sentido se expresa el *Catecismo de la Iglesia Católica*¹⁴⁶ y las intervenciones del Magisterio ante los errores enseñados por algunos moralistas sobre este tema (por ejemplo, ante los errores de J.J. McNeill, Charles Curran, André Guindon¹⁴⁷).

Desde el punto de vista de la razón, la inmoralidad de los actos homosexuales se pone de manifiesto en que: tales actos están absolutamente desposeídos de la finalidad procreativa que es propia del acto sexual humano (y la cual no puede ser excluida voluntariamente¹⁴⁸). Niegan, asimismo, la complementariedad entre el varón y la mujer, que está inscrita en la naturaleza humana; es indudable que el varón y la mujer son complementarios genitualmente (caracteres y órganos sexuales externos), gonádicamente (órganos sexuales internos), y germinalmente (sus células sexuales –óvulo y espermatozoo– son complementarias cromosómicamente) y psicológicamente. Los actos homosexuales son una violación de las estructuras del cuerpo humano. También debe decirse que los actos homosexuales niegan la sabiduría creadora de Dios, pues al contradecir la antedicha complementariedad entre el varón y la mujer, inscrita en la naturaleza psico-biológica del ser humano, niegan el plan de Dios sobre la creación. También niegan la razón última que legitima el uso del sexo, que es la autodonación; en efecto, el amor verdadero consiste en una donación de lo que la otra persona carece (en su complementariedad psico-biológica); así el acto homosexual se encuentra más como búsqueda de autocomplacencia que como donación. Finalmente es un acto anti-social porque de suyo no contribuye con la generación de nuevos hijos a la sociedad. El sexo se ordena a la perpetuación de la especie y la práctica homosexual es socialmente estéril. Si la práctica homosexual fuese una opción lícita y todos se decidiesen por ella, esto equivaldría al suicidio social.

2º Desorden objetivo de la tendencia homosexual aunque no constituye pecado por sí sola. La tendencia homosexual puede, en algunos casos, responder a factores no voluntarios; en tales casos, mientras no se consienta con

¹⁴⁶ *Catecismo...*, n. 2357; *Compendio*, n. 492.

¹⁴⁷ Sobre McNeill cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LOS INSTITUTOS DE VIDA CONSAGRADA Y LAS SOCIEDADES DE VIDA APOSTÓLICA, Roma, 2 de enero de 1987, *Enchiridion Vaticanum*, X, n. 1129ss. Sobre Charles Curran cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, “Curran sospeso dall’insegnamento della teologia”, Roma 25 de julio de 1986, *Enchiridion Vaticanum*, X, n. 724ss. Sobre Guindon, en *L’Osservatore...*, 7 de febrero de 1992, 10.

¹⁴⁸ Cf. PABLO VI, *HV*, 14.

los impulsos homosexuales, no constituye pecado¹⁴⁹; pero también hay que añadir que en sí misma, *por tender como fin a un acto desordenado, es un desorden*¹⁵⁰. Esta expresión “desorden objetivo” no debe ser mal entendida; no implica ninguna referencia a la responsabilidad de la persona que lo experimenta; puede haber personas que teniendo este desorden objetivo alcanzan la santidad, y tal vez una gran santidad.

Esto implica que *estas personas están llamadas a vivir la castidad de modo total y unir el sufrimiento causado por su tendencia a la cruz de Cristo*¹⁵¹. La persona con inclinaciones homosexuales no tiene aptitudes para la vida matrimonial, al menos que por una terapia firme y segura pueda alcanzar una reversión total de sus tendencias. Es también un impedimento para la vocación religiosa y para el sacerdocio¹⁵².

3º Hay serios indicios que con una terapia adecuada exista esperanza de curación¹⁵³. La Declaración “Homosexualidad y esperanza”, de la Asociación Médica Católica de Estados Unidos, sostiene que la homosexualidad es curable y presenta numerosos testimonios de curaciones definitivas¹⁵⁴. Lo mismo sostiene el psicólogo y catedrático Gerard J. M. van den Aardweg¹⁵⁵. En cuanto a los resultados, este médico dice que en un 30% de los casos, la curación es completa (acaban desarrollando actitudes y hábitos sexuales normales y afectivos y una vida emotiva adulta); otro 30% cambia más o menos gra-

¹⁴⁹ “Un número apreciable de hombres y mujeres presentan tendencias homosexuales insintivas. No eligen su condición homosexual; ésta constituye para la mayoría de ellos una auténtica prueba” (*Catecismo...*, n. 2358).

¹⁵⁰ “La particular inclinación de la persona homosexual, aunque en sí no sea pecado, constituye sin embargo una tendencia, más o menos fuerte, hacia un comportamiento intrínsecamente malo desde el punto de vista moral. Por este motivo la inclinación misma debe ser considerada como objetivamente desordenada” (SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Carta a los Obispos de la Iglesia Católica...*, n. 3).

¹⁵¹ *Catecismo...*, n. 2358-2359.

¹⁵² Véase al respecto M. FUENTES, *El Teólogo Responde*, Ed. Verbo Encarnado, San Rafael 2005, III, 191-194.

¹⁵³ He tratado más largamente el punto en M. FUENTES, *El Teólogo Responde*, Ed. Verbo Encarnado, San Rafael 2005, III, 149-158.

¹⁵⁴ “Homosexualidad y esperanza. Declaración...”; se la puede consultar en varios lugares; por ejemplo en *Foro de Teología Moral*, www.foromoral.com.ar/articulos_ajenos/Hosexualidad_y_esperanza.htm.

¹⁵⁵ G.J.M. VAN DEN AARDWEG, “Valoración médica y moral de la homosexualidad”, en *Mundo Cristiano*; este trabajo puede leerse en varias páginas católicas, como www.arvo.net; www.teologoresponde.com.ar.

dualmente, pierde sus obsesiones homosexuales y asume una actitud emotiva nueva, aunque no lo suficiente para poder hablar de curación completa; y hay otros que progresan con extremada lentitud por su estado neurótico grave, pero también éstos, si son ayudados por una asistencia y un tratamiento constructivos, adquieren fuerza y coraje y poco a poco van perdiendo sus depresiones, nerviosismos y ansiedades¹⁵⁶. Robert Spitzer, el investigador psiquiátrico de la Universidad de Columbia, que estuvo envuelto directamente en la decisión de 1973 de retirar la homosexualidad de la lista de desórdenes mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, cambió más tarde su posición, afirmando: “Estoy convencido de que muchas personas han hecho cambios sustanciales hacia llegar a ser heterosexuales... Creo que eso hace noticia... Empecé este estudio escéptico. Ahora afirmo que tales cambios pueden ser mantenidos”¹⁵⁷.

(b) Perversiones sexuales

Por *perversiones sexuales* (o parafilias, o parapatías) consideramos los trastornos más graves del instinto sexual. Las persiones se verifican cuando “las fijaciones psicogenitales concentran a la persona hacia ‘objetos’ que, aunque no sean desviados, resultan parciales o contruidos con artificio”¹⁵⁸. Algunos autores incluyen las persiones entre las alteraciones del instinto sexual¹⁵⁹; este problema plantea grandes sufrimientos y responsabilidades no fáciles, tanto para el terapeuta, los educadores, el mismo sujeto, etc.; puede afectar la validez del matrimonio y de las sagradas órdenes (si alguno llegara a estos sacramentos).

Se han propuesto muchas divisiones de las persiones sexuales; las más importantes son: el narcisismo o auto-homo-sexualismo (admiración morbosa del propio cuerpo unida a la indiferencia respecto del otro sexo); el exhibicionismo (impulso a mostrar los genitales a personas de otro sexo o a niños con consiguiente satisfacción sexual); el fetichismo o simbolismo sexual (atracción erótica hacia objetos tomados como símbolo para la satisfacción sexual); sadismo o algolagnia activa¹⁶⁰ (búsqueda compulsiva del placer

¹⁵⁶ También se puede ver G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *Homosexualidad y esperanza. Terapia y curación en la experiencia de un psicólogo*, EUNSA, Pamplona 1997.

¹⁵⁷ NARTH 2000; citado en G.J.M. VAN DEN AARDWEG, *Homosexualidad y esperanza. Terapia y curación...*

¹⁵⁸ E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, II, 129.

¹⁵⁹ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, II, 145.

¹⁶⁰ El nombre viene del Marqués de Sade (1740-1814).

sexual a través de actos de violencia física que pueden empujar hasta el homicidio de la víctima y a menudo a la amputación de sus órganos sexuales; son formas de sadismo la coprolagnia y coprofagia –comer excrementos–, la necrofagia –comer cadáveres– y la antropofagia –comer carne humana–; el masoquismo o algolagnia pasiva¹⁶¹ (búsqueda compulsiva del placer sexual a través de la violencia sobre el propio cuerpo que puede llegar hasta el suicidio por ahorcamiento); la necrofilia (búsqueda compulsiva del placer sexual con un cadáver o en un ambiente fúnebre); el bestialismo o zoofilia (búsqueda del placer en el coito con animales); el incesto (realización del acto sexual con familiares directos –padres e hijos, hermanos–); la patofilia (realización del acto sexual con enfermos mentales); la gerontofilia (unión sexual con ancianos); la pedofilia y efebofilia (unión carnal o simplemente el abuso sexual de niños y adolescentes).

Las causas de estos trastornos son difíciles de determinar en parte debido a la obsesión sexual que parece caracterizar nuestra cultura contemporánea y que expresa ambiguamente su valoración de estos fenómenos (justificándolos en algunos casos). Algunos los consideran alteraciones del objeto de la pulsión; otros, como Freud y sus discípulos, como debidas a la interrupción del desarrollo psicológico en un estadio inferior y la sustitución de un objeto real, más o menos simbolizado, en lugar del natural; otros, como los behavioristas, lo explican por las leyes de los “estímulos-respuestas”; otras teorías tratan de explicar el fenómeno por medio de los componentes endocrinológicos de ciertas perversiones (hiper o hipo sexualidad); y otros, en fin, rechazan limitarse a una causalidad única y atribuyen también una gran responsabilidad a la enfatización del sexo que es realizada de modo sistemático por los mass-media y las grandes mafias de la pornografía. Bless atribuye el problema a varias causas¹⁶²: una constitución psicopática (al menos como terreno favorable para trastornos de este género) favorecida por algunas circunstancias externas; con frecuencia tiene mucho que ver un desarrollo psicosexual defectuoso (haberse quedado en una fase infantil de su vida apetitiva sexual; estas formas infantiles tienen siempre un carácter auto-erótico); y los excitantes exteriores (malos hábitos, lecturas pornográficas, abuso de alcohol, drogas, cibersexo, etc.).

En cuanto a sus aspectos morales habrá que decir lo mismo (con las adaptaciones correspondientes) que se dijo respecto de la homosexualidad (intrín-

¹⁶¹ El nombre está tomado de Sacher Masoch (1836-1895), escritor húngaro que describe casos semejantes en sus novelas.

¹⁶² Cf. H. BLESS, *Pastoral psiquiátrica*, Ed. Razón y Fe, Madrid 1966, 277-278.

seca perversión de los actos, en caso de que la persona sea responsable de ellos; y objetivo desorden de las tendencias, sin constituir pecado en la medida en que no se consienta con ellas). De todos modos habrá que comprender que mientras más desordenadas y antinaturales sean las inclinaciones, más evidente es que nos encontramos ante individuos psicológicamente enfermos, de cuya responsabilidad no podemos dar juicios generales sino caso por caso.

(c) Transexualismo y ambigüedad sexual

El tercer problema está constituido por aquellos casos, pocos pero existentes, en que por malformaciones genéticas, algunos individuos nacen con discordancia entre los caracteres genéticos (diferencias marcadas por los cromosomas sexuales), gonádicos (glándulas sexuales: tejido testicular en el varón, ovárico en la mujer), ductales (conducto de Müller en la mujer; de Wolff en el hombre) y fenotípicos o genitales (características a partir de los genitales externos, según los cuales se atribuye socialmente el sexo a una persona en el momento del nacimiento).

Las principales anomalías que pueden presentarse son: *pseudohermafroditismo* (es la discordancia entre las características genitales y las glandulares; puede ser pseudohermafroditismo femenino: cuando alguien posee genitales masculinos y glándulas femeninas, es decir, ovarios; o masculino: genitales femeninos y glándulas masculinas, es decir, testiculares); y *verdadero hermafroditismo* (caso muy raro caracterizado por la presencia contemporánea de tejidos ováricos y testiculares; puede presentar un fenotipo primariamente masculino, o bien femenino).

No debe confundirse esto con el llamado “*transexualismo*” en el cual el conflicto se establece entre el sexo físico que es normal en todos sus componentes (cromosomas, gónadas, conductos y órganos externos), y la “tendencia psicológica” que es “experimentada” en sentido opuesto: sujetos de sexo físico masculino que psicológicamente se sienten mujeres o tienden a identificarse con el sexo femenino, y viceversa. El transexualismo se presenta como un síndrome en el cual existe una pulsión psicológica, aparentemente primaria (o al menos surgida en tiempos remotos), de pertenecer al sexo opuesto al genético, endocrino y fenotípico; pulsión que es acompañada por un comportamiento psico-sexual de tipo netamente opuesto al previsto por el sexo anatómico y que se asocia al deseo obsesivo de “liberarse” de los atributos genitales poseídos y adquirir los del sexo opuesto. Se distingue, por tanto, de la homosexualidad y del travestismo. En la *homosexualidad* no hay

deseo de cambiar de sexo sino de tener relaciones sexuales con sujetos del mismo sexo; en el *travestismo* tampoco hay deseo de cambiar de sexo sino de vestirse con ropas propias del sexo opuesto como condición para alcanzar la excitación sexual (pero la relación sexual se busca con sujetos del sexo opuesto).

En el caso del *transexualismo*, hay que decir que, desde el punto de vista científico la intervención médico-quirúrgica (hecha para adecuar las apariencias físicas externas a las tendencias psicológicas) no supera el conflicto ni recompone la armonía con el nuevo sexo, sino que parece agravar el sentido de frustración; la operación más perfecta no realiza jamás una verdadera y propia mutación de sexo. De ahí que no sea lícito jamás, ni siquiera si el problema psíquico fuera irreversible (como algunos pretenden) intervenir quirúrgicamente para “corregir” la anatomía de la persona amoldándola a su tendencia psicológica. No se trata de ningún tipo de “rectificación” del sexo sino simplemente de una castración, esterilización, mutilación o privación de una verdadera función sexual que, de suyo, es totalmente sana; el problema es de orden psicológico. Además, no hay un “cambio de sexo” propiamente dicho, pues no se cambia el sexo gonádico ni cromosómico; simplemente se introduce una nueva asintonía entre el sexo gonádico y cromosómico, por un lado, y, por otro, el psíquico y –ahora– el genital externo. No se puede considerar esta intervención como un acto terapéutico, pues se interviene sobre una parte físicamente no enferma.

En cambio, en el caso de los sujetos que presentan alguna de las formas de anomalías en el plano físico, por la copresencia de elementos anatómicos de ambos sexos (hermafroditismo, pseudohermafroditismo), la licitud de una intervención quirúrgica correctiva no suscita dudas morales. El problema, en este orden de cosas, se plantea sobre qué dirección debe tomar la cirugía (es decir: qué sexo hay que hacer prevalecer y cuál hay que hacer desaparecer). Hay que decir al respecto:

1º Cuando la conformación externa es suficientemente definida y el paciente ignora la discordancia de su sexo genital con su sexo glandular y cromosómico (es el caso de que se da cuenta sólo el médico o el especialista, por ejemplo, al hacer una intervención quirúrgica de hernia): es moralmente obligatorio mantener oculta esta discordancia al paciente, porque es difícilmente corregible y no puede llevar a otra cosa que turbación en el sujeto.

2º Cuando la ambigüedad es manifiesta también en los genitales externos y los padres (o el mismo interesado) piden una cirugía correctiva, habrá que

tener en cuenta (para ver si se privilegian los caracteres femeninos o masculinos): (a) qué intervención tiene, desde el punto de vista técnico, más posibilidades de éxito; (b) cuál sexo alcanza la mayor armonía con los demás elementos del sexo físico (gonádico, cromosómico); (c) las posibilidades futuras de realizar el acto conyugal (pues tal es la finalidad del sexo); (d) la posibilidad de obtener también la fertilidad.

II. SEXUALIDAD Y PROCREACIÓN

1. Ordenación de la sexualidad a la procreación

Como acabamos de indicar el ejercicio de la sexualidad humana está ordenado por su naturaleza a la expresión del amor conyugal entre los esposos y a la transmisión de la vida. Estos dos aspectos son inseparables, como expresó de modo definitivo Pablo VI en la *Humanae vitae* tanto de modo positivo (“todo acto matrimonial debe permanecer por sí mismo destinado a procrear la vida humana, es decir, debe mantener su destinación natural”) como negativo (“no le es lícito al hombre romper por su propia iniciativa el *nexo indisoluble* y establecido por Dios, entre el significado de la unidad y el significado de la procreación que se contienen conjuntamente en el acto conyugal”)¹⁶³.

Por tanto, en todo momento el acto sexual de los esposos debe ser idóneo para expresar el mutuo amor (su intención unitiva) y al mismo tiempo *debe respetar* la capacidad procreativa que la naturaleza le otorgue. Establecemos esta diferencia porque, de hecho, la capacidad procreativa de la naturaleza no es siempre igual; la biología del varón y la mujer puede tener: (a) algunas veces *una capacidad efectiva y actual* (cuando están presentes todos los elementos requeridos para una fecundación); (b) otras, *una capacidad provisoriamente potencial* (cuando falta, por un período de tiempo más o menos breve, alguno de los elementos requeridos para la fecundación, como la ausencia de ovulación, o de permeabilidad en la vías internas, durante el embarazo ya comenzado, etc.); (c) y otras, *una idoneidad definitivamente*

¹⁶³ “*quilibet matrimonii usus ad vitam humanam procreandam per se destinatus permaneat*” (PABLO VI, *HV*, n. 11); “*Non licet homini sua sponte infringere nexum indissolubilem et a Deo statutum, inter significationem unitatis et significationem procreationis quae ambae in actu coniugali insunt*” (*Ibid.*, n. 12).

potencial (cuando alguno de los elementos esenciales para la fecundación falta irremediablemente, sea por edad senil, esterilidad natural, intervenciones quirúrgicas, etc.).

El principio fundamental de la *Humanae vitae* es que los dos significados deben mantenerse juntos en cada acto y nunca pueden separarse *voluntariamente*; por tanto siempre que se usa de la sexualidad de modo pleno (acto sexual) debe estar presente: *la unión real* (no sólo de cuerpo, sino de afecto y espíritu) y *la apertura a la procreación* que sea propia del momento elegido por los esposos para realizar sus actos sexuales (ya sea efectiva o sólo potencial).

2. Anticoncepción

La anticoncepción o contracepción es la prevención intencional de la concepción, es decir, de la fecundación de la célula huevo. Sin embargo, en la práctica vienen consideradas anticonceptivas prácticas y técnicas que son en realidad abortivas. Los contraceptivos o métodos artificiales para evitar el embarazo se basan en uno de estos dos principios: o bien *alterando la relación sexual en sí*, mediante un método de barrera (profiláctico, diafragma) o mediante la interrupción del acto sexual; o bien *provocando una alteración física en el cuerpo del varón o de la mujer*, de modo que del acto sexual normal no se siga una concepción.

El *juicio moral* de todo método anticonceptivo que exponemos a continuación es sustancialmente idéntico: *se trata de una acción que desvirtúa substancialmente –y por tanto gravemente– la naturaleza de la sexualidad y de la conyugalidad, por cuanto separa las dos dimensiones o significados del acto conyugal; en el caso de los anticonceptivos que tienen un efecto abortivo, además, se suma el agravante del homicidio cualificado*¹⁶⁴.

¹⁶⁴ Sobre la moralidad de la anticoncepción véase M. FUENTES, “Tratado de la templanza”, en *Virtudes cardinales, ad usum privatum*, San Rafael 2005. Entre algunos moralistas católicos se ha discutido también la posibilidad de definir la anticoncepción como un acto contra la vida (analogándolo con el homicidio o el suicidio limitado); así, por ejemplo German Grisez, (en G. GRISEZ – J. BOYLE – J. FINNIS – W. MAY, “Ogni atto coniugale deve essere aperto a una nuova vita: verso una comprensione più precisa”, *Anthropotes* 4 [1988] 73-122). El tema ha sido presentado y discutido en varios artículos de J.M. ANTÓN, LC, “El concepto de G. Grisez sobre la anticoncepción: un acto contra la vida”, *Alpha Omega* 6 (2003) 419-456; J.M. J ANTÓN, LC, “La anticoncepción como acto contra la vida similar al homicidio deliberado (primera parte)”, *Alpha Omega* 3 (2004) 407-426; J.M. ANTÓN, LC, “La anticoncepción como acto contra la vida similar al homicidio deliberado (segunda parte)”, *Alpha Omega* 1 (2005) 13-32.

Veremos a continuación los distintos modos de la anticoncepción, describiendo los elementos generales de su accionar (téngase en cuenta que muchos de los procedimientos de acción pueden variar con el tiempo, por las modificaciones que introducen los fabricantes).

(a) La anticoncepción hormonal

Los anticonceptivos hormonales son sustancias hormonales de síntesis, es decir, hormonas muy similares a las producidas por el organismo humano. El efecto biológico de las hormonas sintéticas debería imitar a las mismas sustancias de naturaleza endógena, pero es claro que la potencia de las hormonas de síntesis es diversa respecto de las naturales y diversos son los efectos colaterales y los efectos secundarios.

La contracepción hormonal ha sido dirigida durante mucho tiempo principalmente a la mujer; actualmente ya se cuenta también (al menos en fase experimental) con una anticoncepción hormonal masculina. Los productos que se engloban bajo el título de contracepción hormonal son diversos ya sea por su composición como por el mecanismo de acción y por la modalidad de suministración. En general se trata de derivados sintéticos de los estrógenos y de la progesterona, solos o asociados. Entre los principales se cuentan:

a. Los **contraceptivos orales**: tienen en común el hecho de ser suministrados oralmente y estar constituidos por estrógenos y/o progestínicos de síntesis. Aquí se encuadran:

1º Las *píldoras clásica (o combinada), secuencial y bi, tri y cuadrifásicas*. La píldora clásica o combinada está constituida por una asociación de estrógenos y progestínicos en cantidad fija en cada píldora. Se toma diariamente durante unos 20 días, luego se suspende durante una semana y se comienza de nuevo. La píldora secuencial ya no está más en comercio por el efecto cancerígeno verificado en algunas razas caninas. Las píldoras bifásicas, trifásicas y cuadrifásicas varían según el porcentaje de estrógeno y progestínicos.

Todas *actúan* aproximadamente del mismo modo, a saber:

- Ante todo, influyen negativamente sobre la hipófisis (y sobre el hipotálamo que la controla) reduciendo, hasta anularla, la producción de gonadotropinas (la hormona folículo estimuladora: FSH) y la hormona luteinizante (LH): estas hormonas son las responsables de la maduración del folículo, de la ovulación y luego de la producción de estrógenos y progestínicos necesarios para la anidación y desarrollo del huevo

fecundado. De este modo, se bloquea la ovulación en un 98% de los casos. Mientras menor es la cantidad de estrógenos en la asociación, menor es la capacidad de bloquear la ovulación.

- Cuando no consigue bloquear la ovulación poseen una segunda alternativa, en cuanto los estro-progestínicos obran sobre la movilidad de las trompas de Falopio, alterándola de modo que el transporte del óvulo o del óvulo fecundado es modificado.
- Una tercera alternativa proviene del hecho de producir también alteraciones en el endometrio, es decir, la mucosa que reviste el interior del útero, donde el óvulo fecundado, en el estado de blastocisto, va normalmente a implantarse. De este modo impiden el anidamiento normal del óvulo fecundado. Éste es el mecanismo **abortivo** de la píldora (especialmente la de baja dosis de estrógenos).
- También actúa sobre el mucus cervical, haciendo más difícil su penetración por los espermatozoides.

Entre los *efectos colaterales* principales se distinguen:

- Efectos colaterales mayores: hipertensión, trombosis (de las piernas, vasos pélvicos, pulmones, cerebro), disturbios generales.
- Efectos colaterales menores: náuseas, susceptibilidad a las inflamaciones gingivales, aumento de peso, pérdidas hemáticas durante el ciclo menstrual, flujo menstrual más claro y de menor duración, ausencia del flujo menstrual, mayor susceptibilidad a las infecciones urinarias, modificaciones de la tensión sexual, depresión, ansia, cansancio, etc.
- Complicaciones mayores: representan situaciones patológicas más o menos graves, a las que la mujer puede encaminarse como consecuencia de la recepción de estro-progestínicos: Las más comunes son: tromboflebitis (que aumenta de 5 a 10 veces con el uso de los anticonceptivos orales), disturbios como la colecistitis, hipertensión (aumento de la tensión arterial media), ictus cerebral (el riesgo aumenta fuertemente cuando se asocia la píldora con el tabaco y con el aumento de la edad), infarto de miocardio, adenoma hepatocelular (tumor del hígado), anomalías malformativas del feto en el caso de la asunción de estro-progestínicos con un embarazo ya comenzado.
- Hay asimismo complicaciones menores y se discute sobre la relación entre los estro-progestínicos y el cáncer. De todo esto se sigue que desde un punto puramente médico las píldoras mencionadas son objeto de contraindicaciones absolutas y de contraindicaciones relativas, de acuerdo a los problemas de cada mujer.

2° *La micro-píldora*. Es un contraceptivo oral que contiene solamente un progestínico, en dosis no muy elevadas. Se toma durante todos los días del ciclo, incluso durante la menstruación. Su efecto es menor que en el caso de la píldora combinada (por la ausencia de estrógenos). Por tanto bloquea la ovulación solo en el 50% de los ciclos y su eficacia se explica más bien en el nivel tubárico y sobre todo en el endometrio. En efecto, los progestínicos, actuando solos, tienden a producir una atrofia progresiva del endometrio, alterando la fisiológica secuencia de la fase proliferativa y de la fase secreta necesaria para la implantación del blastocisto. También actúa sobre el mucus cervical tornándolo impenetrable para los espermatozoides, pero tampoco esto actúa en la totalidad de los casos. Esto hace de la micro píldora un medio prevalentemente abortivo. Una confirmación ulterior es dada en cuanto el principal riesgo de este tipo de contraceptivo es el embarazo ectópico (o sea que la concepción no es impedida sino sólo la natural implantación en el útero).

Las complicaciones descriptas más arriba para las otras píldoras son menos frecuentes en ésta.

3° *Las píldoras del día antes, del día después y la “contracepción de emergencia”*¹⁶⁵. La píldora del día antes está formada a base de solos estrógenos, o solos progestínicos, o en una combinación de ambos. Se toman por pocos días y en dosis fuertemente elevadas, antes o dentro del tiempo en que se considera que las relaciones sexuales pueden ser fecundas, con la intención de impedir la implantación del óvulo fecundado. Por tanto, no se trata de contraceptivos sino de abortivos, que obran alterando el ambiente uterino y la movilidad de las tubas.

En los últimos años de la década del '90 se ha extendido la práctica definida como “contracepción de emergencia” y ha sido empleada desde hace varios años por algunos países del Norte de Europa y de Norte América. El término “contracepción de emergencia” indica un conjunto de prácticas que son puestas en acto para impedir un embarazo eventual no deseado, cuyo mecanismo de acción es el de contrarrestar el desarrollo del embrión humano, una vez que se ha llevado a cabo la fecundación. Dado que no puede excluirse que el acto sexual haya tenido lugar varios días antes de la ovula-

¹⁶⁵ Véase sobre este tema la Declaración del Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Roma, *Sobre la así llamada contracepción de emergencia*, 8 de marzo de 1997.

ción, la “contracepción de emergencia” puede actuar, a veces, bloqueando la ovulación, pero se trata, sobre todo, de una acción directa sobre el embrión, y por consiguiente de una práctica “abortiva”. El término “de emergencia” se agrega para indicar la solicitud para utilizar tales prácticas, en un tiempo muy breve, después del acto sexual que se presume fecundante.

Las formas que hoy se usan en la “contracepción de emergencia” son: el suministro repetido de muy altas dosis de estrógenos, o de elevadas cantidades de una combinación de estrógenos y progestágenos, o de sólo progestágenos; el suministro de danazol; la inserción del espiral o DIU (*intrauterine device*).

El suministro de altas dosis de estrógeno o de estro-progestágenos combinados, o de progestágenos durante las 72 horas posteriores a la relación sexual, que se presume como fecundante, determina o un efecto luteolítico, o la modificación de las fases de desarrollo endometrial, que fisiológicamente se esperaban, con alteraciones a nivel celular y/o enzimático. En consecuencia no se inicia la fase de la anidación del embrión, eventualmente fecundado, en las paredes uterinas, y el embarazo termina en aborto. Para tener una idea de las altas dosis de estrógenos y progestágenos que se suministran en la contracepción de emergencia, basta tener en cuenta que corresponden a la cantidad de hormonas que una mujer tomaría durante dos años, cuando las utiliza como contraceptivos “ordinarios”.

A este grupo pertenece la mefiprestona o píldora *RU 486*¹⁶⁶; ésta no se usa sólo en la “contracepción de emergencia” sino en estadios avanzados del feto, como medio para inducir el aborto. Se trata de un fármaco abortivo de acción postcoital que bloquea la hormona del embarazo (progesterona) provocando la eliminación del embrión. La progesterona actúa a nivel del útero, ligándose a sitios específicos, para prepararlo a fin de acoger el óvulo fecundado. La *RU 486* se une a estos sitios interrumpiendo momentáneamente la acción. Consecuentemente, crea a nivel del endometrio uterino una situación tal (reducida vascularización, aumento de las contracciones uterinas) que el embarazo no puede proseguir y el embrión es destruido. El fármaco provoca serios efectos colaterales, entre los cuales pérdidas hemáticas y una aumentada incidencia de malformaciones fetales (por esto último, la mujer que ha usado el *RU 486* sin obtener la interrupción del embarazo recurre luego al aborto instrumental).

¹⁶⁶ Ésta es la primera píldora cuya receta se presenta directamente como abortiva. Cf. M.L. DI PIETRO – E. SGRECCIA, *Anima e Corpi*, diciembre de 1988, 675; Cf. Id., “La contragestazione ovvero l’aborto nascosto”, *Medicina e Morale*, 1 (1988), 5-32.

b. Los ***preparados inyectables***. Pueden obtener el mismo efecto que las preparaciones orales. En caso de fracaso del efecto abortivo, es muy elevada la incidencia de malformaciones del feto; particularmente los defectos del corazón; también se señala el síndrome polimalformativo VACTERL (vértebras, ano, corazón, tráquea, esófago, riñones y articulaciones). Al margen de los efectos para el feto, tiene para la mujer los mismos efectos colaterales que la píldora.

c. Las ***implantaciones subcutáneas***. Se trata de cápsulas de diverso material que contienen microcristales de progestínico y de estrógeno más progestínicos de lenta disolución. La implantación es destruida lentamente por los procesos normales del organismo y a medida que es destruida expide cierto tipo de hormonas. El efecto es similar al de las inyecciones de depósito, cambiando sólo el modo de liberación de las hormonas. Se trata, por tanto, de medios abortivos.

(b) Los dispositivos intrauterinos (DIU)

Los llamados “dispositivos intrauterinos” son mecanismos de diversa forma que se colocan en el interior del útero con fin anticonceptivo y abortivo. Tienen un soporte material adaptado con filamento de cobre enroscado en forma de espiral alrededor del soporte, o que contiene una cierta cantidad de progestínico. Se usan como materiales el acero, cobre, plástico, polietileno, o combinaciones.

El mecanismo de acción se basa en la inhibición de la implantación del óvulo fecundado, variando el modo según el tipo de DIU. Los DIU con progesterona o cobre, en teoría también obran sobre los espermatozoides, sobre el mucus cervical y sobre las tubas.

La implantación del embrión puede ser impedida por tres mecanismos diversos:

1º Por el *efecto mecánico*: la introducción del DIU causa en la mucosa de la cavidad uterina la reacción frente a un cuerpo extraño. Es decir, produce una inflamación en el tejido que determina la liberación de glóbulos blancos o de células endometriales que cumplen una acción lesiva sobre los espermatozoides o sobre el embrión de modo que es impedido ya sea su instalación o el proseguimiento de un embarazo ya comenzado. También determina la liberación de sustancias que aumentan la actividad contráctil del músculo uterino. Esto retarda la subida de los espermatozoides o bien obstaculiza la implantación del embrión (efecto abortivo).

2° Por el *efecto biológico del cobre*: el ion cobre sustituye al ion zinc, que es constitutivo esencial de diversos sistemas enzimáticos, principalmente presentes en los mecanismos de respiración celular y necesarios para las reacciones fisiológicas que conducen a la fecundación y sucesivamente a la implantación del óvulo fecundado. El cobre produce así una inhibición en relación con diversas enzimas endometriales por lo cual es alterado o bloqueado totalmente el pasaje de la fase proliferativa (primera mitad del ciclo menstrual) a la fase secretiva del endometrio, indispensable para garantizar una correcta implantación del embrión. El cobre también aumenta la fluidez del mucus endometrial, lo que obstaculiza también la implantación del blastocisto, en cuanto éste tiende a resbalar por las paredes uterinas sin alcanzar a tomar contacto estable con ellas. Según algunos autores también actuaría sobre los espermatozoides alterando el nivel de acidez endouterino.

3° Por el *efecto hormonal de la progesterona*: produce una atrofia glandular que impide la implantación del blastocisto. Esto no es otra cosa que una potenciación de la acción abortiva. La progesterona también volvería denso el mucus cervical, haciéndolo difícilmente penetrable por los espermatozoides.

Se ha discutido mucho sobre *cuál efecto prima* en los dispositivos intrauterinos: si la acción espermicida o la acción abortiva. En el año 1997, el Dr. Joseph A. Spinato, de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Louisville, escribió un artículo tomando como base la bibliografía más actualizada sobre el tema, en el cual concluía: “la inhibición de la implantación del óvulo fecundado es el principal mecanismo (sino el exclusivo) de acción del DIU. No existe ninguna evidencia satisfactoria que lleve a concluir que la prevención de la fertilización por vía espermicida sea el método exclusivo o casi exclusivo del DIU. El rango de confiabilidad de estas conclusiones es razonablemente alto...”. El referido catedrático da tal importancia a esta conclusión que señala que el colocarlo a una paciente sin advertirle previamente el mecanismo abortivo del DIU es una injusticia legal que viola el “consentimiento informado” obligatorio en todas las legislaciones, incluso en las que aprueban estos medios y el mismo aborto¹⁶⁷.

¹⁶⁷ Cf. J. SPINATO, “Mechanism of action of intrauterine contraceptive devices and its relation to informed consent”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (marzo 1997) 503-506.

También la Encíclica *Evangelium vitae* de Juan Pablo II, dice al respecto: "... dispositivos intrauterinos... que... actúan en realidad como abortivos en las primerísimas fases del desarrollo de la vida del nuevo ser humano"¹⁶⁸.

Entre los *efectos colaterales* se señalan: menstruaciones dolorosas, menorragia, calambres durante o después de la colocación del DIU, aumento de las pérdidas vaginales y, en algunos casos, expulsión con consecuente embarazo.

Entre las *complicaciones* algunas son particularmente severas: riesgos de graves infecciones pélvicas, de embarazos ectópicos, de infertilidad, de perforaciones del útero durante la inserción o después de ella, abortos espontáneos cuando el embrión se implanta a pesar de la presencia del DIU, infecciones uterinas.

(c) Los métodos de barrera

Se consideran métodos de barrera tanto a los *métodos físicos* de barrera (como el preservativo), cuanto los *métodos químicos* (sustancias que se colocan en la vagina antes de la relación sexual impidiendo el pasaje de los espermatozoides al útero, formando una barrera física y además inmovilizando y destruyendo los espermatozoides dentro de la vagina) y también los *métodos mixtos* (combinando una barrera física parcial –como el diafragma vaginal– con métodos químicos, es decir, espermicidas).

Todos estos métodos caen bajo el mismo juicio moral que ya realizamos para la anticoncepción en general, salvo que *no son abortivos*. Desde el punto de vista médico y sociológico debe señalarse que estos métodos –en particular el preservativo que es el más difundido– por su aparente inocuidad (propagada por los medios de comunicación y las grandes empresas que hay detrás de ellos) son responsables de una desenfrenada promiscuidad sexual (prostitución, adulterio, fornicación, homosexualidad), del aumento de muchas enfermedades de transmisión sexual (por ejemplo, en el 15% de los actos heterosexuales no impide la transmisión del Sida, lo que aumenta al 30% en los actos homosexuales) y preparan el terreno a la mentalidad abortista, en cuanto se realiza un acto sexual cerrado a la vida.

3. Los métodos naturales

Los llamados métodos naturales se distinguen sustancialmente de los métodos anticonceptivos. Se designan con tal nombre los actos íntimos entre

¹⁶⁸ JUAN PABLO II, *EV*, 13.

los cónyuges que intentan regular la reproducción humana *sin modificar lo natural del acto sexual* (por tanto, sin uso de preservativos o interrumpiendo el acto conyugal, etc.) ni la biología de ninguno de los dos cónyuges (píldoras anovulatorias, ligadura de trompas, dispositivos intrauterinos, etc.). Todo se realiza respetando la naturaleza del acto pero –a partir de un previo conocimiento de la propia naturaleza biológica y de los ritmos femeninos de la fertilidad– se reservan los actos conyugales para los momentos infecundos, absteniéndose durante los períodos de posible fecundidad; por este motivo todo método natural es llamado también “método de abstención periódica”. Como tal, todos los métodos naturales son, en sí mismos, “no-conceptivos” y no “anticonceptivos”, porque no suponen ningún acto positivo que tenga por objeto destruir las posibilidades naturales de una concepción.

La secuencia histórica en el desarrollo de estos métodos comienza con el *Método del Ritmo* (Ogino-Knaus) que relacionaba los días fecundos e infecundos con la duración del período menstrual (este método estudia las fechas de los períodos menstruales y, calculando las variaciones de la duración de los ciclos, predice el tiempo de la ovulación); se trata de un método con cierto índice de error y con el problema de los ciclos irregulares. Luego se lo combinó con el *Método de la Temperatura* (temperatura-ritmo) que se basa en el descenso de la temperatura del cuerpo en el momento de la ovulación y en el aumento de la misma después de realizarse dicha ovulación. Más adelante evolucionó en el *Método Sinto-Térmico* que añadía a las precedentes observaciones la medida de observación de la secreción mucosa cervical; éste es un método de índices múltiples que incluye los cálculos del método del ritmo, registra el dolor abdominal, el aumento de la sensibilidad en los pechos, la palpación cervical (hasta dos o tres exámenes diarios), etc. Finalmente se llegó al *Método de la Ovulación* o *Método Billings*, en el cual se reconoce la preeminencia del patrón del flujo cervical como indicador de las fases fértiles e infértiles del ciclo¹⁶⁹; este último se ha mostrado fácil de aprender para las mujeres de toda condición social y cultural, no requiere regularidad en los ciclos (por lo tanto, también elimina el problema del recurso a productos hormonales para regular los ciclos) y tiene un índice de seguridad igual o superior a la más efectiva de las píldoras.

Lo más importante de estos métodos es que en su esencia antropológica son solamente “métodos de diagnóstico” de los períodos fértiles de la mujer,

¹⁶⁹ Cf. J. BILLINGS, *Fundamento del método de la ovulación*, Ed. Paulinas, Buenos Aires 1989, esp. 128.

lo cual permite la *abstinencia* de las relaciones sexuales cuando justificados motivos de responsabilidad exigen evitar una nueva concepción. Por tanto, estos métodos sólo dan pie a los cónyuges para que éstos *modifiquen su comportamiento sexual mediante la abstinencia*, reservando sus intimidades para los momentos de infertilidad. *No modifican* de ningún modo el acto sexual, el gesto de donación y aceptación total del esposo o la esposa; por eso no modifican la naturaleza propia del acto manteniendo unidas las dos dimensiones del acto conyugal: la unitiva y la procreativa¹⁷⁰. Es *muy importante* enfatizar que el método natural consiste *esencialmente* en el acto espiritual de continencia frente a la concupiscencia y donación espiritual: “No se puede pensar, pues, dice el Papa, en una aplicación mecánica de las leyes biológicas. El conocimiento mismo de los ritmos de fecundidad –aun cuando indispensable– no crea todavía esa *libertad interior* del don, que es *de naturaleza explícitamente espiritual* y depende de la madurez del hombre interior”¹⁷¹. Evidentemente esto supone la práctica de la *virtud de la castidad conyugal*.

Con los métodos naturales los esposos “se sirven legítimamente de una disposición natural”¹⁷², pero esto no excluye que pueda abusarse también de dichos métodos. El juicio moral, por tanto, requiere que se examine no sólo su objeto sino además el fin y las circunstancias del acto.

Teniendo en cuenta el objeto moral del acto, hay que decir que el recurso a los períodos agénésicos es un acto que se encuadra, como hemos ya visto, dentro de una correcta visión antropológica de la persona; se ordena de suyo a la práctica de la abstinencia periódica y por tanto al ejercicio de la castidad y del dominio de sí, etc. Por tanto, ninguna objeción puede hacerse por este lado. Estos actos no son *en sí mismos* anticonceptivos, sino no-conceptivos, y permanecen, por eso, abiertos a la vida. Esto es un punto clave: *la decisión de recurrir a los medios naturales implica un juicio prudencial por el cual los esposos juzgan que no es prudente aquí y ahora poner los medios para concebir un nuevo hijo (es decir, buscar el bien de la fertilidad) y por tanto eligen abstenerse, o sea, no realizar el acto que podría dar origen a la nueva vida. Es la omisión de un acto al que –dadas las circunstancias– no están*

¹⁷⁰ Cf. JUAN PABLO II, “Discurso a los participantes en el curso de formación para enseñantes sobre métodos naturales”, en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, 10 de enero de 1992, Libreria Editrice Vaticana – Unitel, Padova 1996, n. 3.

¹⁷¹ JUAN PABLO II, “Catequesis semanal”, en *L'Osservatore...*, 11 de noviembre de 1984, 3, n. 4.

¹⁷² JUAN PABLO II, “Catequesis semanal”, en *L'Osservatore...*, 12 de agosto de 1984, 3, n. 2.

obligados. La diferencia con el recurso a los anticonceptivos artificiales es esencial.

En cambio, teniendo en cuenta el fin por el que son practicados, también los métodos naturales podrían responder a una “mentalidad anticonceptiva”. El Papa Juan Pablo II lo afirma con toda claridad: “En el modo corriente de pensar *acontece con frecuencia* que el ‘método’, desvinculado de la dimensión ética que le es propia, se pone en acto de modo meramente *funcional* y hasta *utilitario*. Separando el ‘método natural’ de la dimensión ética, se deja de percibir la diferencia existente entre éste y otros ‘métodos’ (medios artificiales) y se llega a hablar de él como si se tratase sólo de una forma diversa de anticoncepción”¹⁷³. Esto ocurre cuando los motivos por los que se recurre a los métodos naturales no son serios. La valoración de los motivos es algo delicado. Hay, sí, motivos que son siempre válidos para tomar la decisión de espaciar los nacimientos o incluso en algunos casos decidir no tener más hijos: graves problemas de salud, extrema pobreza, nacimientos muy seguidos, alteraciones psíquicas, etc.; pero también pueden darse otros factores circunscriptos a determinados lugares: políticas familiares que dejan desamparadas a las familias numerosas, necesidad de que la mujer trabaje fuera de la casa, etc. Por eso recordaba el Papa Juan Pablo II: “La Iglesia reconoce que pueden haber motivos objetivos para limitar o distanciar los nacimientos, pero recuerda, en sintonía con la *Humanae vitae*, que las parejas deben tener ‘serios motivos’ para que sea lícito renunciar al uso del matrimonio durante los períodos fértiles y hacer uso durante los períodos infértiles para expresar su amor y salvaguardar su recíproca fidelidad”¹⁷⁴. Otros motivos, en cambio, son claramente ilícitos, como son todos aquellos que responden a criterios egoístas, miedos injustificados, desconfianza de la Providencia divina, considerar a los hijos como una carga, etc.

4. El uso terapéutico de algunos productos hormonales¹⁷⁵

Los progestínicos pueden servir no sólo para evitar la ovulación e impedir la concepción sino, utilizados con prudencia por la medicina, para subsanar una deficiencia patológica de progesterona (en cuyo caso estamos ante un

¹⁷³ JUAN PABLO II, “Catequesis semanal”, en *L’Osservatore...*, 9 de setiembre de 1984, 3, n. 4.

¹⁷⁴ Cf. JUAN PABLO II, “Audiencia a los participantes del encuentro internacional sobre el tema: ‘La regulación natural de la fertilidad; la auténtica alternativa’”, en *Insegnamenti...*, 11 de diciembre de 1992, n. 2.

¹⁷⁵ Cf. D.M. BASSO, *Nacer y morir...*, 191-195.

motivo terapéutico). De aquí que Pablo VI *no excluyera* un uso legítimo de los mismos: “La Iglesia, en cambio, no considera de ningún modo ilícito el uso de los medios terapéuticos verdaderamente necesarios para curar enfermedades del organismo, a pesar de que se siguiese un impedimento, aún previsto, para la procreación, con tal de que ese impedimento no sea, por cualquier motivo, directamente querido”¹⁷⁶.

Esto quiere decir que tales productos pueden encuadrarse en el *principio de doble efecto*. Pío XII ya se había formulado la pregunta: “¿Es lícito impedir la ovulación por medio de píldoras utilizadas como remedio en las reacciones exageradas del útero y del organismo, aunque estos medicamentos, al impedir la ovulación, hagan también imposible la fecundación? ¿Está permitido su uso a la mujer casada que, a pesar de esta esterilidad temporal, desee tener relaciones con su marido? La respuesta –respondía el Papa– depende de la intención de la persona. Si la mujer toma este medicamento no con vistas a impedir la concepción, sino únicamente por indicación médica, como un remedio necesario a causa de una enfermedad del útero o del organismo, provoca una esterilización indirecta que permanece permitida según el principio general de las acciones de doble efecto”¹⁷⁷.

¿Cuándo se puede considerar que hay indicaciones concretas? Se suele decir que se aplica en todos aquellos casos en que anomalías hipofisiarias acarreen ovulaciones irregulares y que, por tanto, el intento de regularizar el sistema hormonal de la hipófisis y el hipotálamo es una acción terapéutica. Se citan explícitamente:

(a) Los *estados patológicos propios del período menstrual*: amenorrea, dismenorrea, metrorragia, menorragia, oligomenorrea, endometriosis y similares.

(b) Cuando son necesarios para *regularizar los ciclos menstruales*, especialmente en la menopausia, contribuyendo, de esta manera, a la estabilidad funcional y psicológica de la mujer en este período crítico.

(c) Cuando son necesarios para *corregir el coeficiente de irregularidad del ciclo menstrual*, para poder emplear luego el método natural “del ritmo”. Señalo, sin embargo, que respecto de este punto, el Dr. John Billings señalaba que, según él, no puede decirse con certeza que los productos hormona-

¹⁷⁶ PABLO VI, *HV*, 15.

¹⁷⁷ Cf. A. ALCALÁ GALVÉ, *Medicina y moral en los discursos de Pío XII*, Taurus, Madrid 1959, 274.

les regulen ni la ovulación ni la menstruación mientras que sí es cierto que tienen efectos adversos, algunos graves; en cuanto a esto el método natural de la ovulación que se basa en la observación actual del mucus cervical hace innecesaria la regularidad del ciclo para poder regular la natalidad.

Entre los *casos discutidos* se señala el uso de estas drogas para ayudar al *mecanismo natural durante la lactancia*, cuando el mismo organismo femenino no es suficiente para impedir la ovulación, como tendría que ser en los casos normales. Algunos moralistas aceptaron el uso de drogas durante los nueve meses posteriores al nacimiento. No todos están de acuerdo, pero puede citarse a favor de la licitud, la autoridad de Peinador¹⁷⁸.

Más discutido es todavía el caso del uso de anticonceptivos *en previsión de una violación*. Parece que desde el punto de vista terapéutico no puede defenderse; pero otros moralistas la justifican apelando al principio de los *dos significados del acto conyugal*, diciendo que en este caso no se da una “separación voluntaria” de ambos significados (unitivo y procreativo) –que es el motivo puntual al que apela tanto Pablo VI como Juan Pablo II para rechazar otros actos, como la anticoncepción o la fecundación artificial– pues se trata de un caso en que la persona violada (o amenazada de violación) no quiere ni el aspecto unitivo (relación sexual) ni el procreativo; por tanto, según estos moralistas, siéndole impuesto contra su voluntad el acto sexual, puede defenderse de padecer también contra su voluntad de la posible consecuencia de tal acto (la concepción de un nuevo ser). Volveré sobre el tema al hablar de la esterilización.

¹⁷⁸ Cf. A. PEINADOR, *Moral Profesional*, 347, n. 625.

CAPÍTULO SEGUNDO

BIOÉTICA DE LA PROCREACIÓN Y TÉCNICAS DE FECUNDACIÓN ARTIFICIAL Y ASISTIDA

Las técnicas de “reproducción asistida” se emplean cuando uno o ambos cónyuges tienen problemas de esterilidad y no puede lograrse la capacitación del sistema reproductivo por medio de otros tratamientos alternativos (microcirugía, medicación, métodos naturales para determinar los períodos fértiles, etc.). En nuestro tiempo, este problema se plantea con más urgencia pues se calcula que entre el 10-15% de los matrimonios tienen problemas de esterilidad¹⁷⁹.

En este capítulo veremos los temas que se tratan bajo el título de fecundación artificial; en el siguiente veremos, entre otras cosas, la clonación o reproducción agamética.

I. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES SOBRE LA REPRODUCCIÓN HUMANA

Antes de abordar el juicio moral de los distintos casos que pueden plantearse sobre las técnicas de reproducción, debemos dejar sentados algunos principios sobre la reproducción humana que han de ser la guía maestra en las soluciones éticas a cada problema.

¹⁷⁹ Cf. D. BASSO – J. BURONI – H. MOSSO – F. MERCHANT – C. MOSSO – J. HECHT, *Problemas éticos sobre la reproducción humana*, Ed. Paulinas, Buenos Aires 1995, 194.

Podemos resumir el principio fundamental del siguiente modo: *la fecundación es un don y una tarea esencial y personal de los esposos legítimos en un acto auténticamente conyugal, por lo que es lícito ayudarlos en esta tarea pero no suplantarlos.*

La procreación es una obra esencial, exclusiva y personal de los cónyuges unidos en un matrimonio monogámico legítimo; pero esta tarea conyugal se limita a poner las condiciones para que se produzca la fecundación, mientras que el “hecho” de la fecundación trasciende a los cónyuges siendo un don de Dios (a través de la naturaleza).

(a) Decimos, ante todo, que se trata de una obra *esencial* (es decir, un deber; ser cónyuge implica asumir la responsabilidad de llamar a la vida nuevos seres, puesto que la conyugalidad está ordenada como a su fin próximo a la procreación), *exclusiva* (porque sólo el matrimonio da derecho a poner los actos sexuales que son la condición para que pueda darse la posibilidad de una concepción), *personal* (es decir, no puede ser delegada a otros en ninguno de sus aspectos: ni delegar el acto sexual en una tercera persona, ni delegar el dar alguno de los dos gametos, ni delegar la gestación del nuevo ser concebido).

Por otra parte, la tarea de los esposos en la concepción de un hijo termina una vez puestas las condiciones para que *pueda darse* la concepción, es decir, una vez puesto el acto sexual abierto a la vida (si la concepción se da, surgirán otras responsabilidades hacia el hijo: recibirlo, protegerlo, permitir su desarrollo, nacimiento, educación, etc.). Esto quiere decir que el matrimonio sólo da a los cónyuges el *derecho a ejercer los actos* que pueden dar origen a una vida humana, pero *no propiamente un derecho a tener hijos*; una vez puestos estos actos, puede ser que el hijo venga o no venga. El hijo, en este aspecto, es un don; y cuando no se lo considera tal, pasa a ser visto como una propiedad y un objeto, no un sujeto de derechos (como, en efecto, es) sino el objeto de los derechos de otro (los padres)¹⁸⁰. No tener derecho al hijo, no significa

¹⁸⁰ “El hijo no es un derecho sino un don. El ‘don más excelente del matrimonio’ es una persona humana. El hijo no puede ser considerado como un objeto de propiedad, a lo que conduciría el reconocimiento de un pretendido ‘derecho al hijo’. A este respecto, sólo el hijo posee verdaderos derechos: el de ‘ser el fruto del acto específico del amor conyugal de sus padres, y tiene también el derecho a ser respetado como persona desde el momento de su concepción’ (Catecismo..., n. 2378; Compendio, n. 500).

que sea ilegítimo *desearlo*; por el contrario, el deseo de un hijo es algo natural y muy bueno; pero no puede convertirse en *exigencia*.

Así también, esta afirmación supone aceptar que el mal de la *esterilidad física*, siendo un gran sufrimiento para el matrimonio, no debe ser visto, sin embargo, como un mal absoluto; y por esta razón los cónyuges estériles no pueden considerarse defraudados en su matrimonio. Por el contrario, deberían intentar reconocer en este dolor un llamado a ejercer su vocación paterna a través del ejercicio caritativo de la *adopción* o del *servicio del prójimo*¹⁸¹.

(b) Hemos dicho que la tarea de los esposos es poner las condiciones para la fecundación. Esto significa que ellos deben poner de su parte un acto de “auténtico amor conyugal”, es decir, un acto provisto de sus dos dimensiones naturales: la unitiva y la procreativa. Así como es ilícito querer la unión eliminando deliberadamente la procreación (anticoncepción), es también ilícito querer la procreación al margen de la verdadera unión (física, afectiva y espiritual) de los esposos.

Esta unión de ambos aspectos lo exige, ante todo, la dignidad de los cónyuges, que no pueden ser reducidos, ni reducirse ellos, a “animales reproductores”. En todo acto sexual deben expresar su amor y su donación mutua.

Lo exige en segundo lugar, el ser humano que podría ser fruto de dicha unión. Siendo el hijo un don, debe ser fruto del amor mutuo de sus padres, y de la mutua donación total de sus padres. Sólo un acto de amor mutuo (sexual, afectivo y espiritual) puede ser considerado *el clima adecuado a la dignidad del concepturo*. Cuando no es así, el hijo pasa a ser fruto de un acto técnico (de los esposos y del equipo que interviene) y de intereses varios: no sólo el deseo del hijo por parte de los padres, sino el interés científico o económico o experimental del equipo, el satisfacer un vacío de paternidad, etc.¹⁸².

(c) Finalmente, *los esposos pueden ser ayudados pero no sustituidos en esta tarea*. Hay una distinción esencial entre “ayudar” y “suplantar” a una

¹⁸¹ “El Evangelio enseña que la esterilidad física no es un mal absoluto. Los esposos que, tras haber agotado los recursos legítimos de la medicina, sufren por la esterilidad, deben asociarse a la Cruz del Señor, fuente de toda fecundidad espiritual. Pueden manifestar su generosidad adoptando niños abandonados o realizando servicios abnegados en beneficio del prójimo” (*Catecismo...*, n. 2379; *Compendio*, n. 501).

¹⁸² Cf. MONS. C. CAFFARRA, “La fecundación in vitro: consideraciones antropológicas y ética”, *Diálogo* 8, Ed. Verbo Encarnado (1994) 53.

persona. El Magisterio de la Iglesia no descarta que los cónyuges puedan ser ayudados a poner las condiciones aptas para la fecundación. Así Pío XII: “Aunque no se pueda ‘a priori’ excluir nuevos métodos por el sólo motivo de su novedad, no obstante, en lo que toca a la fecundación artificial, no solamente hay que ser extraordinariamente reservados, sino que hay que descartarla absolutamente. Al hablar así, *no se proscribire necesariamente el empleo de ciertos métodos artificiales destinados únicamente sea a facilitar el acto natural, sea a llegar a su fin el acto natural normalmente llevado a cabo*”¹⁸³. Igualmente, la *Donum vitae*: “El acto médico es respetuoso de la dignidad de las personas cuando se dirige a *ayudar* el acto conyugal, sea para facilitar su realización, sea para que el acto normalmente realizado consiga su fin”¹⁸⁴.

Más difícil es determinar el límite preciso de una “ayuda” y el momento en que deja de ser tal para pasar a convertirse en sustitución. En los textos mencionados se habla de “facilitar el acto conyugal” y procurar que el acto natural realizado de modo natural “alcance su propio fin”. Por tanto, se trata de actos *previos* (en preparación) y/o *posteriores* al acto conyugal (para ayudarlo a continuar el proceso naturalmente comenzado). En cuanto al acto conyugal en sí mismo, se dice simplemente que debe ser realizado *de modo normal*. “Modo normal” implica: 1º la unión sexual “humano modo”, al modo humano¹⁸⁵; 2º con deposición de las células germinales masculinas en el interior del aparato genital femenino; 3º con retención de las mismas por parte de la esposa (se califica de “antinatural” el que la mujer intente expulsarlas artificialmente mediante lavajes u otras técnicas). Una vez realizados estos tres actos, terminan los actos libres de los esposos (el “*opus personarum*”) y el proceso queda librado a la naturaleza (el “*opus naturae*”).

Teniendo en cuenta estos elementos, pueden pensarse múltiples hipótesis de “ayuda” técnica que respete estos elementos esenciales (por ejemplo, tomar las células germinales masculinas para hacerlas sortear algún obstáculo producido por anormalidades en el sistema reproductivo femenino, o por el contrario, colocar el óvulo en algún punto donde pueda producirse la fecundación; se habla también –y discute– de la posibilidad de retirar momentáneamente las células masculinas para capacitarlas de algún modo y luego volver a colocarlas en el interior del aparato reproductivo femenino, etc.).

¹⁸³ Pío XII, *Discurso al IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos*, 29 de setiembre de 1949, en AAS 41 (1949) 560.

¹⁸⁴ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, II, 7.

¹⁸⁵ CDC, c. 1061; quiere decir “sin violencia”, como un acto humano voluntario y racional.

La clave está en delimitar el concepto de “ayuda”. Joseph Seifert, señala que se compone de dos elementos esenciales: la continuidad temporal y la subsidiariedad; si no se respeta alguno de los dos, ya nos encontramos ante un caso de “suplantación” o “sustitución”¹⁸⁶:

1º Continuidad: para que pueda hablarse sólo de “asistencia o ayuda” a un determinado proceso, éste debe conservar la “continuidad” que va de su causa al efecto último, y el acto que interviene para “ayudar” no debe interrumpir totalmente dicha continuidad. Esta continuidad es múltiple: temporal, lógica y de finalidad.

Ante todo, *temporal*, porque entre la causa que da origen al proceso y el efecto final debe haber un tiempo continuo, a lo largo del cual van sucediéndose ciertas fases que son consecuencia de la causa original. Puede ser que el proceso se detenga de modo aparente pero que sigan subsistiendo y trabajando tendencias naturales, procesos secundarios (como ocurre en el crecimiento del cuerpo del niño y del joven, que a veces parece detenerse un tiempo, pero en realidad siguen dándose procesos internos que preparan un futuro desarrollo). Cuando se dan esas interrupciones naturales (aparentes) no puede hablarse de interrupción completa porque la detención del proceso y su posterior continuación están programados por la misma causa y dependen de ella (así, por ejemplo, después del acto sexual el esperma queda en aparente reposo capacitándose en la vagina de la mujer un tiempo determinado que puede ser horas y hasta un par de días, y luego retoma su búsqueda del óvulo). Es lo mismo que ocurre cuando programamos un viaje a un determinado destino y nos vamos deteniendo por el camino a descansar; en cambio, si en un momento del camino nos entusiasmos con un paisaje y decidimos quedarnos a vivir allí, y luego de un tiempo nos arrepentimos y seguimos viaje hacia el mismo destino que teníamos antes, ya no puede hablarse de “continuar” el viaje: son dos viajes distintos.

Además debe haber una continuidad *lógica o real*, es decir una auténtica relación de “causa-efecto” entre lo que da origen al proceso y el efecto final, de modo tal que el efecto final pueda atribuirse “realmente” a la causa original y no a una causa posteriormente interpuesta. En nuestro caso la fecundación debe poder atribuirse realmente como efecto directo del acto conyugal y no a otra causa distinta y posterior. Si el proceso inicial se interrumpe o se

¹⁸⁶ Cf. J. SEIFERT, “Substitution of the conjugal act or assistance of it? IVF, GIFT, and some other medical interventions. Philosophical reflections on the Vatican declaration *Donum vitae*”, *Anthropotes* 2 (1988) 273-286.

detiene de tal manera que para que vuelva a “reiniciarse” hace falta una causa enteramente nueva tan eficaz como la anterior, ya no puede atribuirse a la primera sino a esta segunda causa: no hay continuidad lógica en el proceso y no puede hablarse de “ayuda” de la segunda.

Finalmente, tiene que haber una continuidad o unidad de *finalidad*: es decir que todos los momentos y causas del proceso apunten al mismo fin. El fin de la naturaleza es la “fecundación”, la perpetuación de la especie y la existencia de un nuevo individuo. Cuando las causas agentes “adyuvantes” (el equipo técnico) tienen otra finalidad, como sucede cuando se realiza con intereses puramente experimentales, el progreso científico, beneficios económicos, etc., ya la unidad está rota y no puede hablarse propiamente de ayuda.

2º *Causalidad subsidiaria*. Lo segundo para que pueda hablarse de ayuda y no de sustitución es que la causa adyuvante se limite a una “asistencia”, es decir, que cumpla un rol modesto y subsidiario. Así, por ejemplo, podrá remover obstáculos, proveer medios adecuados para que el proceso de fecundación se desarrolle normalmente, facilitar la locomoción de los gametos masculinos, e incluso transferir los gametos de tal modo que puedan completar su dirección original, etc. Como aquí la línea que separa “asistencia” de “sustitución” es muy delicada, el juicio último debe ser elaborado por una prudencia científica realmente sopesada y moralmente ilustrada.

Para que sea sólo “asistencia”, la intervención de la causa segunda no debe alterar la esencia del acto que está ayudando. La procreación humana es, como ya hemos dicho, una de las dos dimensiones del acto conyugal, junto con la dimensión unitiva. El hijo debe ser concebido en y mediante un acto específico de amor conyugal entre el padre y la madre. Por tanto, el acto técnico no debe separar ambos aspectos: no debe considerar la unión como un mero requisito para obtener “de modo lícito” el esperma masculino con el que luego realizará la fecundación.

Si reúne estas dos condiciones puede hablarse de “ayuda”, si falta alguna estamos ante un caso de “sustitución” por parte del equipo técnico.

II. DIVERSAS INTERVENCIONES EN EL PROCESO DE FECUNDACIÓN

Analizaremos, a continuación, los diversos casos que pueden plantearse en la fecundación asistida y artificial. Éstos son múltiples pues depende de las distintas conjugaciones de cuatro elementos: quién aporta el gameto masculino (el cónyuge o un donante extramarital), quién aporta el gameto feme-

nino (el cónyuge o una donante extramarital), el lugar dónde tenga lugar la fecundación (*in vitro* o *in corpore*), y quién lleva adelante la gestación (la madre natural que aporta el óvulo, la mujer del matrimonio en que va a nacer a partir de un óvulo donado, o una gestante alquilada).

De aquí que puedan darse cuatro especies distintas de intervenciones sobre la fecundación: por un lado inseminación artificial (fecundación *in corpore*) homóloga (con gametos del matrimonio; llamada IAH: “artificial insemination by husband”) y heteróloga (con donación de al menos uno de los gametos; llamada AID: “artificial insemination by donor”); por otro lado, fecundación artificial (fecundación *in vitro*) con posterior transferencia del embrión al útero materno (FIVET), que puede ser homóloga (con gametos del matrimonio) y heteróloga (con donación de al menos uno de los dos gametos); en este último caso puede pensarse también la posibilidad de transferir el embrión a un útero de alquiler.

1. Inseminación artificial homóloga (IAH)

La inseminación artificial homóloga (IAH) designa las técnicas dirigidas a la obtención de una concepción humana: a) a partir de los gametos de dos esposos unidos en matrimonio legítimo, b) mediante la transferencia en las vías genitales femeninas (por eso se dice a veces “*in corpore*”) del espermato del marido, previamente obtenido (inseminación).

Si atendemos a la finalidad moral del acto, éste puede ser bueno o malo. Pueden considerarse fines buenos: el buscar una descendencia legítima, consolidar el amor conyugal de los esposos con la llegada de un hijo, etc. En cambio son fines malos: el intentar estos procedimientos por simple experimentación, o por lucro, etc.

Si consideramos el objeto moral del acto (en donde radicaré la principal discusión) debemos decir que hay procedimientos que desnaturalizan el acto conyugal y otros que parecen respetarlo. Por tanto, el juicio moral –atendiendo a lo que vimos en los principios antes sentados– es que: si el protocolo o procedimiento técnico no implica el acto sexual conyugal, o la intervención técnica es tal que desnaturaliza el acto, estamos ante una separación de los significados del acto conyugal y la intervención es sustitutiva e ilícita; pero si implica el acto conyugal y lo respeta en su integridad,

podrá encuadrarse en una *ayuda lícita*. Así se expresa la *Donum vitae* y otros documentos¹⁸⁷.

No puede, por tanto, aceptarse el juicio de aquellos moralistas que sostienen la licitud de esta intervención sin determinar ninguna condición, como por ejemplo Bernard Häring¹⁸⁸.

Especificando más, podemos decir que:

(a) Son técnicas claramente *ilícitas* por su objeto todas aquellas que en su protocolo supongan la separación entre el significado unitivo y el procreativo; por tanto:

1º Las que apelan a la *obtención del semen por medio de una relación sexual interrumpida* con el fin de disponer del semen masculino (porque en este procedimiento no se verifica un acto conyugal propiamente dicho, sino un acto onanístico).

2º Las que apelan a la *obtención del semen por medio de una relación sexual usando el preservativo* para recoger luego el semen depositado en éste último (caso similar al anterior).

3º Las que apelan a la *obtención del semen por medio de masturbación y posterior espermoseminación*¹⁸⁹ (fue defendido en el caso de ser usado con

¹⁸⁷ “La inseminación artificial homóloga dentro del matrimonio no se puede admitir, salvo en el caso en que el medio técnico no sustituya al acto conyugal, sino que sea una facilitación y una ayuda para que aquél alcance su finalidad natural” (SAGRADA CONGRREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, DV, II, 6); “No se proscribire necesariamente el uso de algunos medios artificiales destinados únicamente ya sea a facilitar el acto natural, ya sea a procurar el logro del propio fin del acto natural. Es el caso de la inseminación artificial homóloga, o sea, dentro del matrimonio con semen del cónyuge, cuando éste es obtenido a través del acto conyugal normal” (PONTIFICIO CONSEJO PARA LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 23).

¹⁸⁸ B. Häring escribe citando a otro autor: “Parece que, en el estado actual de la cuestión, una pareja que desee ardientemente un hijo y considere sinceramente como insatisfactorio el procedimiento de la inseminación asistida, no actuaría equivocadamente si recurriera a AIH” (B. HÄRING, *Libertad y fidelidad*..., III, 44-45).

¹⁸⁹ Éste es el procedimiento más común utilizado y técnicamente el más eficaz, puesto que los espermatozoides obtenidos por punciones son inmaduros e ineficaces para la fecundación y los preservativos pueden contaminar o alterar el material. La *Donum vitae* señala su clara ilicitud: “La masturbación, mediante la que normalmente se procura el esperma, constituye otro signo de esa disociación: aun cuando se realiza en vista de la procreación, ese gesto sigue estando privado de su significado unitivo: ‘le falta... la relación sexual requerida por el orden moral, que realiza el sentido íntegro de la mutua donación y de la procreación humana, en un contexto de amor verdadero’” (SAGRADA CONGRREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, DV, II, 6).

finde de diagnóstico del semen –espermograma– o para inseminar a la propia esposa, al menos antes de la publicación de la *Donum vitae*, por autores como D. Tettamanzi, M. Zalba; lo siguen defendiendo otros como Di Ianna¹⁹⁰, Chiavacci, M. Vidal¹⁹¹, H. Pesche, etc.).

4º Finalmente, las que practican la inseminación con *semen conservado por congelación* (falla la “continuidad” requerida entre el acto conyugal y la fecundación).

(b) Se consideran técnicas *controvertidas* y moralmente dudosas.

1º Por razón de la obtención del esperma: las que apelan a la relación sexual con un *preservativo perforado* (se trata de un preservativo especial que permite pasar una parte sustancial del semen del marido, mientras que otra permanece en el preservativo y es la que sirve luego al técnico para capacitarla y proceder en la AIH. Sostenía la ilicitud A. Peinador en razón de que para él esta acción “pervierte, por completo, la verdadera naturaleza de la cópula”¹⁹²; sostiene, en cambio, su licitud, con ciertas condiciones, Elio Sgreccia, en razón de que un acto conyugal de este tipo salvaguarda substancialmente la conyugalidad¹⁹³).

2º Por razón del procedimiento técnico, las que suponen un *hiato de tiempo* muy largo y un *procedimiento altamente sofisticado del equipo técnico* (supuesto que la obtención del esperma sea obtenida por algún medio lícito, si lo hubiera). Uno de estos casos es el GIFT (*gamete intra fallopian transfert*): se trata de una técnica de fecundación artificial intracorpórea que comporta la transferencia simultánea pero por separado de los gametos masculino y femenino al interior de las trompas de Falopio. Mientras en los otros

¹⁹⁰ “Naturalmente este juicio del todo negativo [del acto masturbatorio] vale cuando se ha constatado el egoísmo de fondo de la acción; pero cuando en la base de esa acción no hay egoísmo, sino indiferencia, como en una prescripción médica para diagnosticar la presencia de una enfermedad, ¿cabría mantener el juicio? ¡Se duda!” (DI IANNA, “Fecundación artificial”, en *Diccionario Enciclopédico...*, 419-420).

¹⁹¹ “Al declarar inmoral la obtención del semen por masturbación el Magisterio y la teología a todas luces opera con un concepto de naturaleza unilateral y fisiológica que la teología moral ha demostrado entretanto que es insostenible” (M. VIDAL, *Moral de Actitudes*, II, 263).

¹⁹² A. PEINADOR, *Moral Profesional*, n. 629. Hay que tener en cuenta que este tratado es anterior a la doctrina de la *Humanae vitae* que estudia la naturaleza del acto conyugal a través de los dos significados y de la doctrina del lenguaje del cuerpo de Juan Pablo II.

¹⁹³ “De por sí no resultan moralmente objetables aquellos medios mecánicos de obtención del semen, como preservativo perforado, que en este caso no es contraceptivo, con la condición que sea respetado integralmente el acto conyugal” (E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 298-299; el texto está en 299).

casos se trata de la transferencia de uno de los dos gametos, aquí estamos en presencia de la transferencia de ambos. Los momentos claves de la técnica son: la inducción de la ovulación y obtención de los óvulos; la obtención del semen masculino; la colocación de ambos gametos dentro de un tubo preparado, separados entre sí por una burbuja de aire (para evitar la FIV); la transferencia de ambos al interior de la tuba. La fecundación se da dentro de la tuba, en el momento en que son depositados ambos gametos. A favor de la licitud se dice que (mientras se dé dentro del legítimo matrimonio y con obtención de semen con preservativo perforado y no por masturbación) la intervención parece limitarse a la fase natural (no personal). Contra la licitud se aduce que el acto conyugal es reducido a un requisito previo pero poco tiene que ver con todo el proceso posterior (incluso generalmente se practica recurriendo a la masturbación); además en ninguna otra técnica se manipula ambas células al mismo tiempo, por lo cual pareciera que aquí estamos ante algo más que una simple ayuda; y también se critica el “tiempo” o discontinuidad del acto, pues el tratamiento de ambas células germinales puede durar hasta 7 o 9 horas, después de las cuales son repuestas en el cuerpo de la mujer. Similar al GIFT es el TOTS (*tubal ovum transfer with sperm*). Varios moralistas aprueban ambos procedimientos; otros están en total desacuerdo con el mismo, como May, Grisez, Seifert, etc.¹⁹⁴.

3° Se discute asimismo por razón de la *aparente interrupción* del proceso natural las que implican una remoción temporal del esperma o de los óvulos para “lavarlos” y “capacitarlos”. Existen distintos procedimientos en este sentido, algunos de los cuales, se limitan a retirar el esperma del cuerpo de la esposa, después de un acto sexual normal (o usando un preservativo perforado) –a veces removiendo también temporalmente el óvulo– para ser tratado por alguna patología (a veces sólo para capacitarlo mediante centrifugación), y luego volver a colocar, sea el esperma o ambos gametos, en las tubas de Falopio para que puedan unirse. Algunos moralistas católicos sostienen que se encuadra en la simple ayuda (así parecen opinar Grisez, Griesse y Carlson); pero otros aseguran que se trata de una verdadera interrupción del proceso natural (aplicando el criterio de Seifert) y por tanto, que es ilícito (así May¹⁹⁵, Doerfler y otros). Lo mismo ocurre con la técnica similar que consiste en acu-

¹⁹⁴ Cf. W. MAY, “Catholic bioethics and the gift of human life”, en *Our Sunday Visitor*, Huntington, Indiana 2000, 92-93. Pueden verse allí citados los distintos moralistas de una y otra opinión.

¹⁹⁵ W. MAY, “Catholic bioethics...”, en *Our Sunday Visitor*, 90.

mular el espermatozoide a partir de una serie de actos conyugales normales (o usando preservativo perforado), para luego tratarlo y volver a colocarlo en la vagina de la mujer en conjunción con un nuevo acto conyugal (inmediatamente después de realizado éste); este procedimiento es usado con los problemas de oligospermia (baja concentración de espermatozoide en la eyaculación); aceptan la licitud O'Donnelly, Griesse, y otros; está en contra de ella por la misma razón que en el caso anterior May, y creo que en este argumento con bastante razón.

(c) Se consideran *lícitas*, ante todo, las técnicas que sólo suponen el desplazamiento de uno de los dos gametos, de un lugar a otro del cuerpo de la mujer, para que pueda darse el encuentro entre ambos gametos. Así, por ejemplo, el LTOT (*low tubal ovum transfert*) que consiste en la transferencia del óvulo a la zona baja de las tubas (procedimiento indicado cuando la infertilidad está causada por deterioro de las tubas de Falopio; en este caso lo único que hace el técnico es una reubicación del óvulo en un lugar accesible para el espermatozoide. Coinciden en su licitud todos los moralistas. De modo análogo cuando el problema de infertilidad es debido a que el semen masculino no se mueve con suficiente rapidez en el tracto reproductivo de la esposa, sino que queda estacionado en la vagina o al menos tarda mucho en iniciar el proceso de migración; en este caso la ayuda técnica se reduce a *impulsar* de algún modo el semen masculino hacia la parte alta del aparato reproductor femenino para aumentar las posibilidades de alcanzar y fecundar el óvulo.

También se considera lícito el uso del preservativo perforado para corregir el problema de las hipospadias (malformación del pene en el que la uretra no se abre al final del mismo sino en la parte anterior, cerca del cuerpo; esto impide frecuentemente que el esposo eyacule dentro de la vagina de su esposa durante el acto sexual); el preservativo en este caso se limita a canalizar el semen permitiendo que el mismo penetre la vagina; es un caso típico de "remoción de obstáculos"¹⁹⁶.

Es claro que las técnicas ilícitas por su objeto no pueden hacerse lícitas por ningún fin bueno, mientras que las técnicas lícitas pueden pervertirse al ser realizadas por un fin ilícito, y lo mismo se diga de las técnicas controvertidas. Aclaremos que, para quienes no dudan de la "ilicitud" de una técnica

¹⁹⁶ Cf. W. MAY, "Catholic bioethics...", en *Our Sunday Visitor*, 89.

actualmente discutida, la misma debe ser considerada “ilícita” por su objeto, pues no pueden legitimar *para sí mismos* el uso basándose en que *otros* las consideran lícitas; ellos mismos deben estar convencidos al menos de su *no ilicitud*)¹⁹⁷.

Podríamos añadir a todo lo dicho una alusión a las *circunstancias del acto* (aunque el juicio moral debe atender principalmente al fin y al objeto). Entre las circunstancias que rodean cualquier técnica que aspire a ser considerada lícita se ha de tener en cuenta que siempre deben: respetar la intimidad de los esposos (no pueden desvirtuar el acto conyugal como acto de amor y donación mutua), deben apuntar como finalidad a ayudar a la vida humana, deben contar con razonables *probabilidades de éxito* (algunos sostienen que si en una técnica el porcentaje de fracasos supera el de los abortos espontáneos de los procesos naturales –se calcula en un 25%–, ya no sería lícito, pues no es lícito poner libremente las condiciones de un acto que implique riesgos más grandes que los que tienen lugar en la naturaleza); también deben tenerse en cuenta los *gastos y sacrificios extraordinarios* que implica una técnica (es difícil justificar procedimientos altamente costosos incurriendo, en muchos casos, en una clara injusticia social); y finalmente, se debe contar con el *consentimiento informado de los esposos* respecto de todos los sacrificios, posibilidades limitadas de éxitos y de fracasos, etc.

2. Inseminación artificial heteróloga (AID)

Con el término de “inseminación o fecundación artificial heteróloga intracorpórea” se designan las técnicas que buscan una concepción a partir de gametos provenientes al menos de un donador diverso de los esposos unidos en matrimonio con transferencia de los gametos en las vías genitales femeninas. La donación puede ser del óvulo femenino o del esperma.

Esta técnica es claramente *ilícita* e intrínsecamente injusta.

El motivo central y objetivo es que supone la separación del significado unitivo del procreativo en el acto conyugal. De hecho *no se trata de un acto conyugal* propiamente dicho, pues la unión no se produce entre los gametos del esposo y los de la esposa sino entre los de uno de estos dos con los de una

¹⁹⁷ “Nunca es lícito obrar con duda positiva sobre la licitud de una acción concreta, pues en ese caso se está aceptando la posibilidad de pecar. Se entiende duda ‘positiva’, cuando existen razones de peso para sospechar que tal acción puede ser ilícita” (Cf. M. FUENTES, *Revestíos de entrañas de misericordia*, Dushambé-San Rafael 1999, 51-53).

persona extraña al matrimonio, aunque en este caso la concepción advenga dentro del cuerpo de la esposa (ya sea porque se transfirió allí óvulos donados o porque fue inseminada con semen de alguien que no es su esposo).

Además de esta razón principal, podemos añadir otras que reafirman el juicio realizado. Entre éstas destaquemos las siguientes:

(a) Teniendo en cuenta el caso de la inseminación por semen donado, la obtención del mismo habitualmente se realiza por masturbación.

(b) Atenta contra el concepto de familia, al punto tal que algunos juristas discuten si no corresponde configurar este caso como reato de *adulterio*. Es absolutamente cierto que se realiza aquí la separación personal de quien vive el matrimonio (ambos cónyuges, suponiendo siempre un matrimonio legítimo) y quien realiza la procreación (sólo uno de los dos con una tercera persona, aunque sea sin acto sexual entre ellos). Ya no estamos ante una familia monogámica, sino *sui generis* “plurigenitorial”, es decir, con multiplicidad de “padres”.

(c) Tiene consecuencias negativas para el hijo, en caso de darse la concepción, puesto que éste, desde el punto de vista psicológico deberá cumplir una difícil “identificación” con su padre o con su madre (según quien sea el donante) ya que el verdadero/a es desconocido para él, mientras que no tiene vínculos biológicos con quien hace el rol de padre o madre en su familia. Además hay que tener en cuenta el conflicto real que existe en la actualidad entre los que sostienen que los estatutos políticos que permiten estas técnicas deben mantener el secreto sobre la identidad del donante, y los que defienden el derecho de cada ciudadano a saber quiénes son sus padres biológicos. Problema no resuelto ni entre los defensores de la inseminación artificial por donante.

(d) Son también notables –aunque no se hable de ello– las consecuencias psicológicas para los esposos, como ha analizado en profundidad Gianfrancesco Zuanazzi¹⁹⁸. Resalto algunas observaciones que valen tanto para la inseminación artificial heteróloga como para la inseminación homóloga por técnicas ilícitas cuanto para la fecundación *in vitro*.

¹⁹⁸ Cf. G. ZUANAZZI, “Relazioni personali e procreazione artificiale”, *Anthropotes* 1 (1998) 81-96. El autor analiza los problemas psicológicos de cada una de las técnicas y de cada una de las personas implicadas. El trabajo, si bien se maneja en gran parte –como señala Zuanazzi– en el campo de las hipótesis, es muy valioso.

1º Ante todo, hay una confusión de motivos porque el hijo que se busca de modos extraños a la fecundación natural significa muchas veces, para la mujer, la *búsqueda de la coronación de la propia feminidad, la satisfacción de ambiciones egocéntricas o el intento de colmar un vacío*; pero el hijo, visto de este modo, es un objeto que viene a reparar un luto, una dificultad conyugal o una ambición frustrada. En este sentido, la fecundación artificial responde las más de las veces a la *confusión entre “ser padres” y “tener un hijo”*, identificándose con la segunda, la cual conlleva una mentalidad posesiva: el hijo es “un objeto de posesión”, como indica E. Fromm.

2º En segundo lugar, con la disociación entre sexualidad unitiva y procreativa, la psicología de la paternidad se coloca en el plano de la “producción” o “fabricación” de un hijo, desplazando el auténtico plano de la “aceptación” del hijo como “don” y “misterio”; y en tal sentido cambian los roles de los cónyuges: el *hombre*, cuando es fecundo, pasa a ser considerado como “el macho reproductor” del cual se solicita el semen para “hacer fabricar” a la partner un niño por medio de otra persona (el médico); por eso se señalan reacciones neuróticas y depresivas en algunos hombres que, ya dudosos de su propia virilidad se ven obligados a masturbarse dos veces al mes por un tiempo más o menos largo en condiciones no muy confortables; en cuanto a la obtención del semen con técnicas postcoitales coloca a menudo a la pareja en una situación vergonzosa; en cuanto a la *mujer* pasa a ser considerada como un vientre ordenado a la producción de óvulos y su máximo empeño consiste en vigilar su propio ciclo menstrual en la espera de eventuales signos de embarazo; todo esto implica una despersonalización de la sexualidad.

3º Serias consecuencias psicológicas dejan también las frustraciones (de lo que no se habla mucho), puesto que estas técnicas tienen un alto índice de fracasos, que dejan lugar a una gran desilusión, tristeza, sentimiento de pérdida y de luto (sin el sostén por parte del ambiente como ocurre en un luto real); algunas personas insisten de modo casi maníaco con estas técnicas, corriendo el riesgo de comprometer el equilibrio psíquico y dañar su salud física.

4º En el caso de la fecundación artificial heteróloga, a la disociación entre sexualidad y reproducción se añade la disociación entre reproducción y filiación: el hijo que se produce no es de uno. Suelen aparecer aquí fantasmas y miedos numerosos: miedo a cómo será el hijo, a futuros males o taras heredados del padre desconocido. En la mente de la mujer el donador es muchas veces magnificado, imaginándolo superior al propio marido (estéril). Aparecen también los fantasmas del adulterio; miedos a que el marido ter-

mine rechazando al hijo que no es suyo; miedos en el marido que se siente inferior a la mujer e inferior al padre biológico de su hijo. A veces hay rechazo al ejercicio de la sexualidad después de obtener un hijo por estos medios e incluso separación matrimonial.

5º También tiene graves consecuencias psicológicas el recurso al útero alquilado o madre sustituta: durante todo el tiempo del embarazo se establecen lazos importantes entre el niño y su gestante, a la que reconoce como madre en la voz, en el modo de ser, en sus gestos; el nacimiento y la entrega a la madre “auténtica” implica para la creatura un “desarraigo” de quien lo ha gestado. Debe empezar a conocer nuevamente a quien lo llevará como madre; desconoce su voz, sus gestos, su psicología. Este sentimiento de desarraigo y de frustración aparece también en quien fue su madre sustituta.

(e) También hay que señalar entre los factores que agravan este hecho, la mentalidad eugenésica que hay detrás: la donación de semen supone la creación de “bancos de semen”, los cuales, como es lógico, se estructuran con una marcada tendencia eugenésica: buscando “semen seleccionado” y apuntando a una selectividad biológica (los bancos de esperma eugenésico son un hecho).

(f) También hay que señalar como aspectos que resaltan la inmoralidad de esta técnica, los riesgos de consanguinidad y problemática genética: por razón de los bancos de semen, puede verificarse que un mismo acto de obtención de semen puede servir para diversas inseminaciones dando lugar a hijos consanguíneos por parte de padre. Esto puede significar la imposibilidad de reconocer la paternidad genética (no la jurídica) en las futuras generaciones, y que por tanto, puedan verificarse matrimonios consanguíneos, con consecuencias sociológicas y hereditarias inimaginables.

Se entiende así el juicio ético negativo de la *Donum vitae*: “La fecundación artificial heteróloga lesiona los derechos del hijo, lo priva de la relación filial con sus orígenes paternos y puede dificultar la maduración de su identidad personal. Constituye además una ofensa a la vocación común de los esposos a la paternidad y a la maternidad: priva objetivamente a la fecundidad conyugal de su unidad y de su integridad; opera y manifiesta una ruptura entre la paternidad genética, la gestacional y la responsabilidad educativa. Esta alteración de las relaciones personales en el seno de la familia tiene repercusiones en la sociedad civil: lo que amenace la unidad y la estabilidad de la familia constituye una fuente de discordias, desórdenes e injusticias en toda la vida social. Estas razones determinan un juicio moral nega-

tivo de la fecundación artificial heteróloga. Por tanto es moralmente ilícita la fecundación de una mujer casada con el esperma de un donador distinto de su marido, así como la fecundación con el esperma del marido de un óvulo no procedente de su esposa. Es moralmente injustificable, además, la fecundación artificial de una mujer no casada, soltera o viuda, sea quien sea el donador”¹⁹⁹.

3. Fecundación *in vitro* intraconyugal u homóloga (FIV homóloga)

La fecundación *in vitro* intraconyugal es la que se realiza fuera del cuerpo de la mujer (*in vitro*), entre cónyuges legítimamente unidos en matrimonio, con células germinales propias (no por donante) y con gestación en la misma madre. Es también llamada “fecundación extracorpórea homóloga”.

Los experimentos de fecundación *in vitro* en campo animal comenzaron luego de que el periódico *New England Journal of Medicine* formulara la hipótesis en 1937. El primer éxito fue alcanzado por M.C. Chang en 1959 con el nacimiento de conejos fecundados *in vitro*. La experimentación sobre seres humanos fue comenzada en 1963 por R.C. Edwards, quien junto con Steptoe lograron llevar a cabo el primer nacimiento de un embrión fecundado *in vitro* en julio de 1978.

La fecundación artificial extracorpórea puede tener dos dimensiones: terapéutica y experimental. Demás está decir que bajo el aspecto terapéutico descansa siempre en último término el experimental. La mejor expresión de esto es la frase del mismo Edwards: “Yo creo que la necesidad de conocer es mayor que el respeto debido a un embrión humano”²⁰⁰.

Desde el punto de vista terapéutico se la presenta como una solución a muchos casos de infertilidad femenina y masculina insuperables por otros métodos. Así por ejemplo, en los casos de esterilidad de origen tubárico, esterilidad ideopática, esterilidad de base inmunológica o asociada a endometriosis; en el campo masculino, oligospermia y oligoastenospermia, etc.

La técnica de la FIV es altamente complicada, particularmente cuando va sucedida de la ET (transferencia del embrión al útero) y exige una múltiple manipulación:

¹⁹⁹ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, II, 2.

²⁰⁰ Citado por A. SERRA, “Interrogativi etici dell’ingegneria genetica”, *Medicina e morale* 3 (1984) 306-321; el texto de Edwards está en 316.

(a) Sobre la mujer: hay que tener en cuenta todos los pasos previos a la obtención de los óvulos, como ser la laparoscopia para estudiar los ovarios y observar las posibilidades de obtención de óvulos. En los casos que los óvulos no sean obtenibles o que éstos no sean útiles a la fecundación, se recurre a óvulos donados. Son necesarios igualmente exámenes ecográficos, hospitalización de la paciente (cuando el diámetro folicular alcanza 1,7 cm). Para la obtención se requiere una serie de pasos técnicos: laparoscopia, exámenes ultrasónicos, exámenes hemáticos, exámenes urinarios, correlaciones con el muco cervical.

(b) Sobre el hombre: también se realiza una serie de experimentaciones e investigaciones para observar la capacidad fecundante de su semen. Se congela una parte del semen idóneo (por si el obtenido previamente al momento de la fecundación no reúne las condiciones óptimas). No se descarta ciertamente la hipótesis de donante. La obtención definitiva del semen se realiza una hora y media antes de la fecundación (normalmente por masturbación), a menos que se recurra a semen congelado.

(c) Sobre los gametos obtenidos: el óvulo es colocado luego en un terreno de cultivo durante algunas horas; luego se realiza la fecundación con elevada cantidad de espermatozoides. La transferencia de los embriones se realiza cuando éstos han alcanzado un desarrollo de 4-8 células o 8-16 (más tarde no puede hacerse porque al exceder la medida del desarrollo tubárico, puede sufrir daños). La transferencia adviene por vía transcervical y transuterina. La mujer debe permanecer en el hospital 24 horas, luego con reposo a domicilio de 4-5 días. Después de 10 días comienzan los controles hemáticos de embarazo. Luego de la segunda semana tiene lugar el monitoreo.

En cuanto al porcentaje de éxito, hay que decir que: la obtención del ovocito maduro tiene un 95% de éxito; la fecundación *in vitro* un 90%; el inicio del desarrollo un 58,8%; los embarazos iniciados, un 17,1%; y los embarazos conducidos a término un 6,7%. Por tanto, técnicamente hablando, la pérdida de embriones oscila entre el 93-94%. Tal vez estas cifras estén ya superadas (téngase en cuenta que según evoluciona la técnica, estos datos son cambiantes), pero en cualquier caso jamás llegan a las cifras previstas en la naturaleza.

A esto hay que añadir que la fecundación *in vitro* no se realiza sobre un solo óvulo, sino sobre varios, aunque, en caso de tener éxito, no se transfieren todos al útero sino sólo uno o dos, por lo general. El resto, son congelados, o usados como material de experimentación, o simplemente destruidos (al menos después de un tiempo de crioconservación). De todos modos, para nuestro juicio moral sólo analizamos el “caso simple”, es decir, suponiendo

que la ciencia avance de tal manera que pueda llegarse a una fecundación *in vitro* de un solo óvulo, y que el procedimiento se realice descartando toda intención abortiva (incluso en el caso de malformación en el concebido).

De aquí que sea completamente desacertado el juicio de algunos moralistas, como por ejemplo Bernard Häring, cuando afirman que este acto debe ser calificado del mismo modo que ellos juzgan la inseminación intracorpórea, es decir: lícita el caso de la homóloga e ilícita la heteróloga²⁰¹. Por el contrario, no cabe duda alguna que la fecundación *in vitro* homóloga –de la que ahora hablamos– supone un acto de total “suplantación” de la obra de los esposos por parte del equipo técnico. Debe pues, mantenerse enérgicamente el juicio elaborado por la *Donum vitae*: “Por las mismas razones, el así llamado ‘caso simple’, esto es, un procedimiento de FIVET homóloga libre de toda relación con la praxis abortiva de la destrucción de embriones y con la masturbación, sigue siendo una técnica moralmente ilícita, porque priva a la procreación humana de la dignidad que le es propia y connatural... En conformidad con la doctrina tradicional sobre los bienes del matrimonio y sobre la dignidad de la persona, la Iglesia es contraria desde el punto de vista moral a la fecundación homóloga ‘in vitro’; ésta es en sí misma ilícita y contraria a la dignidad de la procreación y de la unión conyugal, aun cuando se pusieran todos los medios para evitar la muerte del embrión humano”²⁰².

Este juicio se basa, pues: (a) en la malicia que implica la separación de los significados del acto conyugal; (b) en el encuadramiento de la acción técnica en el concepto de sustitución; (c) en la aplicación de los criterios técnicos a la persona del *concepturo* (el cual es tratado con criterios utilitaristas, con cálculos de eficacia, costos y beneficios, etc., lo cual implica un trato injusto de cualquier persona humana por suponer una “desigualdad axiológica” o de valor entre la persona que produce –el técnico– y el producido); (d) por la ambigüedad de los fines que mueven a los equipos técnicos implicados quienes proceden con mentalidad experimental y empresaria (puede pensarse que los fines buscados por los cónyuges son en sí lícitos, puesto que no desean otra cosa que superar la esterilidad, dar hijos a la sociedad y a Dios, consolidar el amor conyugal con la presencia de hijos, etc.); (e) además hay que añadir lo ya dicho sobre la masturbación, en caso que se suponga en el procedi-

²⁰¹ Cf. B. HÄRING, *Libertad y fidelidad...*, III, Herder, Barcelona 1983, 45.

²⁰² SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, II, 5.

miento; (f) la manipulación de los embriones fecundados (congelados, abortados, usados para experimentación, guardados como material de recambio; en caso de que los embriones implantados sigan un desarrollo defectuoso o mueran o deban ser abortados).

4. Fecundación “in vitro” heteróloga (FIV heteróloga)

Este tipo de fecundación viene propuesta e indicada en caso de patologías como los casos de esterilidad debida a la imposibilidad de producir gametos sea por parte del hombre como de la mujer. En estos casos se recurre al donador o donadora. Asimismo, habría que colocar dentro de esta categoría los casos en que interviene la así llamada “madre sustituta”, incluso cuando los gametos pertenezcan a una pareja unida en legítimo matrimonio, ya que interviene un tercer factor en un momento que no es ajeno al desarrollo natural del nascituro (“el que ha de nacer”), sino en un momento esencial cual es la gestación.

El juicio es evidentemente negativo sumándose en este caso los argumentos que hemos indicado para la fecundación *in vitro* homóloga, y los indicados para la inseminación heteróloga en los dos puntos anteriores.

En cuanto a la figura de la “madre sustituta”, que es la que lleva a término por encargo de terceros la gestación de uno o más embriones fecundados *in vitro* con óvulo y espermatozoides de personas que lo encargan, hay que decir que quiebra una vez más la unidad matrimonial, y crea entre el gestado y la gestante (a partir de la relación biológica durante su desarrollo) una relación particular que luego es cortada en el momento del nacimiento. Se determina así la manipulación de la corporeidad del hijo que recibe el patrimonio genético de dos personas, mientras recibe la sangre, la nutrición y la comunicación vital intrauterina (con consecuencias en el nivel psíquico) de otra persona²⁰³.

²⁰³ Cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, II, 3.

III. ALTERNATIVAS RESPETUOSAS DE LA PERSONA EN LA LUCHA CONTRA LA ESTERILIDAD

1. Terapias contra la esterilidad femenina y masculina y problemas morales

Sólo daremos aquí una presentación somera del tema y de algunos problemas morales que se relacionan con él.

(a) La infertilidad femenina²⁰⁴

Las causas de la infertilidad femenina son muy variadas, y en muchos casos desconocidas. En un 35% se deben a problemas de la trompa; un 33% por fallos en la maduración de los folículos; un 6% a endometriosis; pero hasta un 40% se reconoce como “causa desconocida”.

La terapia actual apela al uso de sustancias químicas que inducen la ovulación; a través de algunas sustancias, como la gonadotropina coriónica humana (GCH) se ha obtenido una superovulación, la cual realizada durante el tiempo en que el matrimonio tiene relaciones sexuales normales, ha obtenido un índice de embarazos superior a las mismas técnicas de fecundación *in vitro*. Igualmente se apela a otras técnicas que apuntan a la reparación de la trompa, ciertas cirugías reparadoras, etc., según sea el problema.

Digamos en general, que en este caso los métodos para diagnosticar el problema no presentan objeciones morales, como tampoco los intentos de reparación, sea de las tubas o de la funcionalidad de los órganos implicados. El único reparo puede venir de la inducción de la ovulación por medio de fármacos, ya que por lo general esto ocasiona una superovulación con el riesgo de un consecuente embarazo múltiple que en muchos casos termina en abortos espontáneos de varios o de todos los embriones concebidos. Aún cuando se considerase un caso ideal en el que un matrimonio bien constituido estuviese dispuesto a aceptar todos los niños que pudiesen ser concebidos simultáneamente por este método (a veces han sido hasta ocho), sin recurrir al aborto de algunos para privilegiar a otros, queda en duda la licitud de enfrentar tales riesgos tanto para la madre como para los mismos hijos concebidos. No me expido más sobre el problema.

²⁰⁴ Tomo los datos de N. BLÁZQUEZ, *Bioética fundamental*, BAC, Madrid 1996, 37ss.

(b) Infertilidad masculina y problemas relacionados con el espermiograma²⁰⁵

Las causas de la infertilidad masculina pueden darse en diversos niveles del aparato reproductor, tanto en los ligados a la producción y calidad de las células germinales (espermatozoos) como en la capacidad de realización del acto sexual. Esto plantea la posibilidad de analizar el semen masculino en orden a tratar los diversos problemas. El método de análisis del semen se denomina espermiograma; suele recomendarse para ver la posibilidad de tratar la esterilidad masculina, o bien para descartar que en el problema de la esterilidad la causa esté ligada al varón, dedicando así todos los esfuerzos al tratamiento de la esposa. En sí mismo el análisis del semen masculino con el fin de determinar su capacidad fecundante es lícito.

Las objeciones morales están ligadas, en cambio, al modo de la obtención del espermatozoos. Los métodos de obtención deben respetar el fin de la sexualidad humana y la exclusividad del acto conyugal como el “único lugar” donde puede buscarse el orgasmo o placer pleno. De ahí que haya métodos ilícitos por su naturaleza (como la obtención del mismo por masturbación o en una relación sexual con preservativo –porque no respeta el doble significado del acto conyugal–); otros lícitos por estar ligados a la relación sexual conyugal abierta a la vida (por ejemplo, recogiendo el semen en el fondo de la vagina, o también, recogiendo el semen residual en la uretra masculina); otros que lo obtienen de modo independiente de la relación conyugal, pero lícitamente (por ejemplo, recogiendo el semen en la uretra tras polución involuntaria nocturna; o con electroeyaculación, o exprimiendo la próstata y vesículas seminales; o con puntura del epidídimo y del conducto deferente; o mediante una biopsia testicular); algunos proponen también como posible método la recolección del semen después de un acto conyugal realizado con un preservativo perforado especial, pero discuten los moralistas sobre la licitud del mismo (A. Peinador piensa que no es lícito porque pervertiría el acto conyugal²⁰⁶; mientras que Mons. E. Sgreccia sostiene que en sí mismo no es objetable mientras se respete integralmente el acto conyugal²⁰⁷).

²⁰⁵ Sobre el problema del espermiograma, los problemas éticos que suscita y las posibilidades morales lícitas, véase M. FUENTES, *El Teólogo Responde*, Ed. Verbo Encarnado, San Rafael 2001, I, 89-92, caso n. 22.

²⁰⁶ Cf. A. PEINADOR, *Moral Profesional*, n. 629.

²⁰⁷ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 299.

De todos modos, me parece sumamente importante las observaciones del Dr. Antonio Spagnolo, del Instituto de Bioética de la Facultad de Medicina y Cirugía “A. Gemelli”, de la Universidad Católica del Sacro Cuore, de Roma, el cual hace referencia al importante trabajo del Dr. H. P. Dunn²⁰⁸ quien prevé la posibilidad de usar útilmente el esperma uretral que queda como residuo *post-coital*. “El marido –escribe Spagnolo resumiendo a Dunn–, después de una relación conyugal en su propia casa, deposita sobre un vidrio de microscopio pocas gotas de *effluvium seminis* que drena de la uretra cubriéndolo inmediatamente con otro vidrio. En estas condiciones el esperma permanece fluido durante unas tres horas, tiempo suficiente para llevarlo al laboratorio que lo examinará”. Para los fines de diagnóstico, la diferencia entre esta muestra y una más abundante es irrelevante.

Por tanto, como señala el mismo Dunn, apelar a cualquier otro método (especialmente a la masturbación) es una exigencia totalmente caprichosa e inútil proveniente de médicos no sólo poco escrupulosos sino incluso irrespetuosos de la sensibilidad de las personas implicadas que se ven, por lo general, humilladas ante estas demandas.

2. Los métodos naturales

Como ha determinado el Congreso Internacional sobre la Regulación Natural de la Fertilidad reunido en Milán (junio de 2000), los métodos naturales son una alternativa segura a la fecundación asistida, pues de hecho pueden resolver una tercera parte de los casos de esterilidad. Éstas son las conclusiones a las que llega un estudio realizado por un grupo de investigadores de Alemania, Holanda e Italia, que fue presentado en el referido Congreso²⁰⁹.

El éxito en la lucha contra la esterilidad de algunos métodos naturales (como el “Billings” o el “Sintotérmico”) se debe precisamente a su razón de ser: son naturales. Es decir, normalizan y mejoran el entendimiento físico y las relaciones psicológicas de la pareja. Los métodos naturales, de este modo, permiten la posibilidad de respetar profundamente los dinamismos fisiológicos del hombre y de la mujer, pero también su libertad y su dignidad como personas. Al permitir la recuperación de este equilibrio psicofísico de los cónyuges, se ponen las bases para resolver buena parte de los casos de esterilidad.

²⁰⁸ H. DUNN, “Semen examination”, *Linacre Quarterly* 54/1 (1987) 88-91; citado en A. SPAGNOLO, *Bioetica nella ricerca...*, 442-445.

²⁰⁹ Organizado por el Instituto Europeo de Educación Familiar y el Centro Ambrosiano de Métodos Naturales, y la Universidad Católica de Milán. Las noticias las tomo de Zenit, 3 de julio de 2000.

“Este conocimiento ayuda a las parejas a lograr el embarazo o a evitarlo”²¹⁰. Cuando los esposos realizan su acto conyugal después de haber reconocido las indicaciones de posible fertilidad, están usando los métodos naturales para lograr el embarazo y no hacen otra cosa que ejercer el derecho que tienen a procrear.

Escribe el Dr. Billings al exponer el método de la ovulación: “Cuando una pareja ha tenido dificultades para lograr el embarazo, lo primero y más importante es enseñarles a comprender el método de la ovulación. La causa más común de su aparente infertilidad puede ser que no se haya producido el coito en un día en que la concepción era posible, hecho muy simple que a menudo es pasado por alto, y cuyo conocimiento podría evitar, casi siempre, investigaciones innecesarias.

Para que una mujer conciba, la ovulación debe ir acompañada por un tipo especial de flujo cervical. Por razones que no siempre comprendemos, hay muchas mujeres que tienen este flujo necesario únicamente en ciclos ocasionales, y quizás sólo un día o parte de un día en ese ciclo particular. Si el coito no coincide con la presencia de este flujo, la mujer tendrá menos probabilidades de quedar embarazada. En otras palabras, para esa determinada pareja, puede haber sólo un día de fertilidad a lo largo de varios meses.

Ha sido sugerido a veces que, para superar este problema, la pareja realice el acto sexual diariamente durante varios ciclos menstruales consecutivos. Sin embargo, la mayoría de las parejas no aceptarían esa sugerencia de buen grado y, además, existe evidencia que indica que una frecuencia excesiva en el coito disminuye la fertilidad del varón. El método correcto consiste en identificar el día de mayor fertilidad en la mujer, mediante la observación del patrón mucoso, y ayudar al mismo tiempo al marido a llegar a su punto máximo de fertilidad, lo que se consigue espaciando los coitos cada dos o tres días en la primera parte del ciclo...”²¹¹.

3. La adopción

El segundo medio es la adopción, que es una obra eminente de caridad y una solución para grandes dramas humanos.

La adopción tiene sus orígenes en el derecho romano (aunque el ejemplo más antiguo de que se tiene noción se encuentra en el Código de Hamurabi)

²¹⁰ JUAN PABLO II, “A un grupo de estudio organizado por la Academia pontificia de las ciencias”, en *L'Osservatore...*, 9 de diciembre de 1994, 8, n. 2.

²¹¹ J. BILLINGS, *Fundamento del método...*, 48-49.

y consiste en que una persona tome a un extraño en condiciones análogas a las de su hijo. El derecho antiguo pensaba la adopción como una institución en orden al bien de la *familia adoptante*; su intención, pues, es asegurar la consolación de un hijo a quien no lo tiene. O también, asegurar herederos para que no se extinguiese el culto a los dioses tutelares de la familia (el centro de interés eran los adoptantes y no el adoptado).

Más modernamente se mira como un hecho establecido no para ofrecer consuelo filial a los cónyuges sin hijos, sino para dar padres educadores a hijos sin familia. Entendida en este sentido se puede colocar entre las obras de misericordia (a la vez material y espiritual) que tienen por sujeto a la familia entera. Obra de misericordia, por supuesto, eminente: *el que recibiere en mi nombre a un niño como éste, a mí me recibe* (Mt 18,5). La estructura se modela en base a la filiación legítima pues “*adoptio naturam imitatur*”, la adopción imita la naturaleza.

Es cierto que la esterilidad es una prueba muy dura para un matrimonio, “sin embargo, dice Juan Pablo II en la *Familiaris consortio*, no se debe olvidar que, incluso cuando la procreación no es posible, no por esto pierde su valor la vida conyugal. La esterilidad física, en efecto, puede dar ocasión a los esposos para otros servicios importantes a la vida de la persona humana, como por ejemplo la adopción, la diversas formas de obras educativas, la ayuda a otras familias, a los niños pobres o minusválidos”²¹².

Pío XII, en su intervención en el VII Congreso de Hematología, quiso tocar expresamente el tema, al hablar de las alternativas para los esposos a quienes, por razones eugenésicas (transmisión de enfermedades genéticas) se les aconsejaba no tener hijos: “queremos expresar nuestra opinión... [sobre] la adopción. Cuando es necesario desaconsejar la procreación natural, a causa del peligro de una herencia tarada, a esposos que querrían a lo menos tener un niño, se les sugiere el sistema de la adopción. Y consta, además, que este consejo es, en general, seguido de resultados felices, y da a los padres la felicidad, la paz, la serenidad. Desde el punto de vista religioso y moral, la adopción no suscita objeción alguna; es una institución reconocida en casi todos los Estados civilizados. Si ciertas leyes contienen disposiciones inaceptables en moral,

²¹² JUAN PABLO II, *FC*, 14. En otro lugar dice: “Las familias cristianas se abran con mayor disponibilidad a la adopción y acogida de aquellos hijos que están privados de sus padres o abandonados por éstos. Mientras esos niños, encontrando el calor afectivo de una familia, pueden experimentar la cariñosa y solícita paternidad de Dios, atestiguada por los padres cristianos, y así crecer con serenidad y confianza en la vida, la familia entera se enriquecerá con los valores espirituales de una fraternidad más amplia” (JUAN PABLO II, *FC*, 41).

esto no sucede con la institución de la adopción, como tal. Desde el punto de vista religioso, es necesario pedir que los hijos de católicos sean tomados, en adopción, por padres adoptivos católicos; en la mayor parte de los casos, en efecto, los padres impondrán a su hijo adoptivo su propia religión”²¹³.

Más tarde el Concilio Vaticano II, en el documento que habla del apostolado de los laicos menciona la adopción entre las formas de apostolado familiar: “Entre las varias obras de apostolado familiar pueden recordarse las siguientes: adoptar como hijos a niños abandonados, recibir con gusto a los forasteros, prestar ayuda en el régimen de las escuelas, ayudar a los jóvenes con su consejo y medios económicos, ayudar a los novios a prepararse mejor para el matrimonio, prestar ayuda a la catequesis, sostener a los cónyuges y familias que están en peligro material o moral, proveer a los ancianos no sólo de lo indispensable, sino procurarles los medios justos del progreso económico”²¹⁴.

En la *Evangelium vitae* el Papa Juan Pablo II volvió sobre el mismo tema: “La Iglesia... agradece a todas las familias que, por medio de la adopción, amparan a quienes han sido abandonados por sus padres, debido a formas de minusvalidez o enfermedades”²¹⁵.

Y más adelante la presenta como una manera de solidaridad, es decir, como obra de misericordia: “Una expresión particularmente significativa de solidaridad entre las familias es la disponibilidad a la adopción o a la acogida temporal de niños abandonados por sus padres o en situaciones de grave dificultad. El verdadero amor paterno y materno va más allá de los vínculos de carne y sangre acogiendo incluso a niños de otras familias, ofreciéndoles todo lo necesario para su vida y pleno desarrollo”²¹⁶.

Incluso indica el Papa una forma particular de adopción, la “adopción a distancia”: “Entre las formas de adopción, merece ser considerada también la adopción a distancia, preferible en los casos en los que el abandono tiene como único motivo las condiciones de grave pobreza de una familia. En efecto, con esta forma de adopción se ofrecen a los padres las ayudas necesarias para mantener y educar a los propios hijos, sin tener que desarraigarlos de su ambiente natural”²¹⁷.

²¹³ Pío XII, Discurso “Le septième Congrès”, al VII Congreso Internacional de Hematología, 12 de setiembre de 1958, n. 16.

²¹⁴ CONCILIO VATICANO II, *Apostolicam actuositatem*, 11.

²¹⁵ JUAN PABLO II, *EV*, 63.

²¹⁶ JUAN PABLO II, *EV*, 93.

²¹⁷ JUAN PABLO II, *Ibid.*

Más adelante el mismo Papa, hablando del “legítimo deseo del hijo”, dijo: “El legítimo deseo de un hijo no puede ser interpretado como una especie de derecho al hijo que habría que satisfacer a cualquier costo. ¡Eso significaría tratarlo al nivel de una cosa! En cuanto a la ciencia, ésta tiene el deber de sostener los procesos naturales generativos, y no la tarea de sustituirlos artificialmente. Tanto más que el deseo de los hijos puede ser satisfecho también a través del instituto jurídico de la adopción, que merece ser siempre mejor organizado y promovido, y en otras formas de servicio y dedicación social, como las expresiones de acogida hacia tantos niños, privados de diversos modos del calor de una familia”²¹⁸.

²¹⁸ JUAN PABLO II, “Angelus”, 31 de julio de 1994.

CAPÍTULO TERCERO

BIOÉTICA DE LA MANIPULACIÓN EMBRIONAL

Este tema se relaciona con el capítulo precedente, pues la fecundación *in vitro* es causa o consecuencia de numerosas manipulaciones embrionales y genéticas. Sobre este tema todo escrito queda rápidamente atrasado, pues el mundo científico ha perdido en gran medida el norte de su función y ha incurrido en el terreno potencial (y actualmente) destructivo del hombre. Sin compartir las tesis generales de Lee S. Silver, no podemos negar que se ha expresado apropiadamente al titular uno de sus libros “Remaking Eden” (*Remedando el Edén*). El mismo autor define lo que está ocurriendo en el campo de la reproducción artificial y de la genética con el término “reprogenética”²¹⁹. O sea, jugando a ser dioses.

Veamos a continuación las diferentes acciones que la ciencia ha emprendido en nuestros días sobre el embrión humano, y el juicio moral que cada una de ellas merece²²⁰.

²¹⁹ Cf. L.M. SILVER, *Il paradiso clonato*, Sperling & Kupfer, Milán 1998.

²²⁰ Una introducción general a los problemas que aquí se plantearán puede verse en A. SANTOS RUÍZ, *Instrumentación genética*, Palabra (MC), Madrid 1987.

I. EXPERIMENTOS SOBRE EL COMIENZO DE LA VIDA HUMANA

Además de la fecundación *in vitro* y de la inseminación artificial, que ya hemos analizado en el capítulo anterior, hay muchos otros experimentos sobre el origen de la vida humana.

1. Algunos intentos experimentales

(a) **La ectogénesis.** Se denomina así a los intentos de fecundación y gestación completa fuera del útero materno; es decir, la “gestación artificial” (los “úteros de vidrio” que fantaseó Huxley)²²¹. El italiano Pier Giorgio Data consiguió en 1981 mantener vivos durante semanas fetos humanos procedentes de abortos, algunos de los cuales podrían haber seguido viviendo y se los dejó morir conscientemente, experimentando justamente la fabricación de una máquina que actúe como “madre artificial”²²².

(b) **Clonación.** Algunos autores la definen como “embriogénesis sin espermatozoides”²²³, y la Pontificia Academia para la Vida, como “reproducción asexual y agámica”. O sea, el intento de producir un ser humano sin la aportación de los dos gametos.

(1) *La fecundación de un óvulo por otro óvulo:* técnicamente se procede a romper la membrana celular de cada uno de ellos, se unen en forma mecánica y se produce la fecundación. El embrión pertenece al sexo femenino. De este modo una pareja de lesbianas podría tener una hija proveniente de ambas.

(2) *Autoprocreación femenina:* se intentó ya en 1977 con ratones; no se ha logrado todavía con la especie humana. En este experimento participan los dos gametos pero el masculino sólo sirve para activar el óvulo, pues su núcleo es manipulado y retirado del cigoto inmediatamente después de la fecundación; luego, mediante sustancias químicas se impide la primera división restaurándose el número inicial de 46 células. Da por resultado una hija

²²¹ B. HÄRING, *Ética de la manipulación*, Herder, Barcelona 1978, 262.

²²² Cf. en *Periódico ABC*, Madrid, 21 de marzo de 1981, 36. Cf. al respecto los experimentos realizados por Kwatschatiran en 1960, referidos por D.M. BASSO, *Nacer y morir...*, 284-285, nota 263.

²²³ Cf. Cf. D. BASSO – J. BURONI – H. MOSSO – F. MERCHANT – C. MOSSO – J. HECHT, *Problemas éticos...*, 216-219.

similar a la madre (no genéticamente idéntica). Similar resultado puede obtenerse fecundando un óvulo con otro óvulo de la misma mujer.

(3) *Fecundación del óvulo con células no germinales (clonación o parthenogénesis)*: consiste en la multiplicación biológica sin intervención de la sexualidad, en orden a conseguir individuos biológicamente idénticos. Da por resultado una copia genética, como si fuera una reproducción fotográfica. El método se realiza retirando el núcleo del óvulo ya fecundado y sustituyéndolo por el núcleo de una célula somática no sexual (que contiene todo el patrimonio genético). El óvulo en esta condición se comporta como si estuviera fecundado, dando lugar a un individuo idéntico al que aportó el óvulo (salvo alteraciones genéticas que puedan aparecer luego en el proceso). También se realiza mediante microcirugía: procurando la división del embrión dando lugar (como en el caso de los gemelos monocigóticos) a individuos exactamente iguales²²⁴.

(c) Las células madre embrionales. También se ha empezado a experimentar (buscando su aprobación legal) sobre las llamadas células madre o estaminales, extraídas de embriones humanos²²⁵. Estas células tienen dos características: la primera es la capacidad de autorrenovación ilimitada o prolongada, esto es, de reproducirse muchas veces sin diferenciarse; la segunda es la capacidad de dar origen a células generadoras de transición, con capacidad limitada de proliferar, de las cuales descienden gamas de células altamente diferenciadas (nerviosas, musculares, hemáticas, etc.). La preparación de células estaminales embrionales humanas (*Embryo Stem cells*) implica hoy: 1º la producción de embriones humanos y/o la utilización de los sobrantes de fecundaciones *in vitro*; 2º su desarrollo hasta la fase de blastocisto inicial; 3º la extracción del embrioblasto o masa celular interna, operación que implica la *destrucción del embrión*; 4º el cultivo de dichas células en un estrato de fibroblastos de ratón irradiados y en un terreno adecuado, donde se multiplican y confluyen hasta la formación de colonias llamadas embrioides (*embryoid bodies*); 5º repetidos cultivos de las células de las colonias obtenidas, que llevan a la formación de líneas celulares capaces de multiplicarse

²²⁴ Jerry Hall, investigador del centro médico de la Universidad de Washington, logró multiplicar experimentalmente células humanas por clonación en 1993 (en *La Nación*, 25 de octubre de 1993, 5; y 26 de octubre de 1993, 4).

²²⁵ Cf. PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *Declaración sobre el uso de células estaminales*, 24 de agosto de 2000.

indefinidamente conservando las características de células estaminales durante meses y años. Éstas, no obstante, constituyen solamente el punto de partida para la preparación de las líneas celulares diferenciadas, o sea, células que poseen las características peculiares de aquellas que forman los diversos tejidos (musculares, nerviosas, epiteliales, hemáticas, germinales, etc.). Los métodos para obtenerlas están todavía en estudio.

También se experimenta hoy con las células estaminales del adulto (*Adult Stem Cells*). En los últimos años se descubrieron también en varios tejidos humanos células estaminales pluripotenciales –en la médula ósea, en el cerebro, en el mesenquima de varios órganos–, esto es, capaces de dar origen a diversos tipos de células, la mayoría hemáticas, musculares y nerviosas. Se ha descubierto cómo reconocerlas, seleccionarlás, mantener su desarrollo y llevarlas a formar diversos tipos de células maduras mediante factores de crecimiento y otras proteínas reguladoras. Esto presenta una alternativa menos problemática a las células embrionales. Veremos luego el juicio sobre las primeras.

(d) Reproducción en mosaico: es la técnica para fusionar embriones obtenidos *in vitro*. Se provoca la fusión de dos cigotos consiguiendo un resultado inverso al gemelaje. El individuo adquiere las características genéticas de sus cuatro progenitores. Se ha experimentado con ratones, conejos y ovejas. Se cree que en un futuro será posible en el campo humano.

(e) Hibridización y otras quimeras: aunque el campo de lo experimentable no coincide –gracias a Dios– con el de lo experimentado, la experimentación puede orientarse (y en algunos casos ya lo ha hecho) hacia fronteras grotescas. Jean de Brueil mencionaba hace algunos años la experimentación en torno al embarazo masculino: combinación entre fecundación *in vitro* e implantación del embrión en el peritoneo masculino²²⁶. Joseph Fletcher hablaba de “hibridización” o fecundación artificial interespecífica, pretendiendo que se rigiera, ética, legal y técnicamente, por la misma regla que la implantación de un riñón artificial o un marcapasos: “Las combinaciones entre hombres y animales se hallan en la misma categoría ética, por ejemplo si se inserta un riñón en el muslo de un paciente para que contribuya a purificar su sangre, puesto que el paciente carece de función renal... Y ¿con res-

²²⁶ J. DE BRUEIL (médico psiquiatra), *Cahiers*, n. 38 (Faculté libre de Philosophie comparée) 13 de mayo de 1988, 107-109. Cf. D. BASSO – J. BURONI – H. MOSSO – F. MERCHANT – C. MOSSO – J. HECHT, *Problemas éticos...*, 218.

pecto a la hibridización sin que existan razones médicas? Se podrían idear quimeras o seres parahumanos a fin de que realicen tareas peligrosas o serviles. En la actualidad, las tareas de poca importancia quedan en manos de los individuos más atrasados o con deficiencia mental, los cuales son la víctima de la reproducción no controlada. ¿No deberíamos ‘programar’ reflexivamente este tipo de trabajadores por medio de la hibridización, en lugar de permitir que surjan en forma accidental? La fusión celular es posible así como también colocar núcleos celulares humanos en tejido animal... Los híbridos también podrían obtenerse mediante la reproducción sexual, por ejemplo entre simios y humanos. Si el coito entre las especies resultara muy desagradable, se lo podría sustituir mediante la fecundación e implantación realizadas en el laboratorio. Asimismo si las mujeres se rehúsan a gestar híbridos, las hembras animales podrían hacerlo, dado que lo que importa es el bienestar humano y la satisfacción de sus necesidades, las quimeras y los cyborgs estarán justificados moralmente si se los crea con el fin de proteger a los seres humanos del peligro –motivo de orden social– y de las enfermedades –motivo de orden médico”²²⁷. Este razonamiento delirante se encuentra en el libro de Fletcher que lleva prólogo del genetista Premio Nóbel, Joshua Lederberg, quien no sólo consideraba valiente el pensamiento del autor sino incluso sustentado en principios morales.

No se trata, sin embargo, de pura ficción, puesto que la Asociación Europea de Investigación Médica aprobó en marzo de 1984 los experimentos que se estaban efectuando en Suecia sobre fertilización de óvulos de mono hembra con espermatozoides humanos. En algunos casos se consiguieron divisiones celulares del embrión. El único límite que se puso en ese entonces fue que no debía ser transferido al claustro materno humano o animal. También científicos japoneses trabajaban sobre el tema²²⁸.

A fines de la década del noventa, el sociólogo Alvin Toffler trazaba este cuadro: “Con una información sobre genética que se duplica cada dos años, con la mecánica genética trabajando a marchas forzadas, la revista *New Scientist* revela que ‘la ingeniería genética ha recorrido una fase esencial de adquisición de instrumentos; ahora se encuentra ya en condiciones de entrar en materia’. Científicos totalmente serios y respetables están hablando de posibilidades que hacen vacilar la imaginación. ¿Debemos criar personas con estómagos como los de las vacas para que puedan digerir hierba y heno, ali-

²²⁷ J. FLETCHER, *Ética del control genético*, La Aurora, Buenos Aires 1978, 231-233.

²²⁸ Cf. *Iglesia-Mundo*, 14 (marzo-abril 1986) 316-317.

viando con ello el problema de la alimentación al modificarnos para comer en escalones más bajos de la cadena alimenticia? ¿Debemos alterar biológicamente a los trabajadores para adaptarlos a las exigencias de su labor, creando, por ejemplo, pilotos dotados de reflejos rapidísimos, u obreros de cadena de montaje neurológicamente diseñados para que hagan por nosotros nuestro trabajo monótono? ¿Debemos intentar eliminar a la gente ‘inferior’ y criar una ‘superraza’? (Hitler lo intentó, pero sin la panoplia genética que tal vez no tarde en salir de nuestros laboratorios). ¿Debemos crear soldados clónicos para que luchen por nosotros? ¿Debemos utilizar la predicción genética para eliminar previamente a los niños ‘ineptos’? ¿Debemos producir órganos de reserva para nuestro uso, teniendo cada uno de nosotros una ‘caja de ahorros’, como si dijéramos, llena de riñones, hígado o pulmones de repuesto? Por disparatadas que puedan parecer estas ideas, cada una de ellas, al igual que sus sorprendentes aplicaciones, tiene sus defensores (y detractores) en la comunidad científica. Como dicen en su libro *Who should Play God?* dos críticos de ingeniería genética, Jeremy Rifin y Ted Howard: ‘La ingeniería genética a gran escala será probablemente introducida en América de forma muy semejante a las cadenas de producción, los automóviles, las vacunas, las computadoras, y todas las demás tecnologías. A medida que nuestro avance genético se hace comercialmente práctico, una nueva necesidad de consumo... será explotada y se creará un mercado para la nueva tecnología’. Son innumerables las aplicaciones potenciales”²²⁹.

2. Observaciones morales

(a) Sobre la clonación

Señalo someramente las críticas que hace el documento de la Pontificia Academia para la Vida sobre la clonación²³⁰:

1º La clonación humana se incluye en el proyecto del *eugenismo* y, por tanto, está expuesta a todas las observaciones éticas y jurídicas que lo han condenado ampliamente²³¹.

²²⁹ A. TOFFLER, “La industria genética”, en *La tercera ola*, Plaza & Janes editores, 1989⁵; 176.

²³⁰ Cf. PONTIFICA ACADEMIA PARA LA VIDA, *Reflexiones sobre la clonación*, 1997, n. 3.

²³¹ Como ha escrito Hans Jonas, es “en el método la forma más despótica y, a la vez, en el fin, la forma más esclavizante de manipulación genética; su objetivo no es una modificación arbitraria de la sustancia hereditaria, sino precisamente su arbitraria fijación en oposición a la estrategia dominante en la naturaleza” (cf. H. JONAS, “Cloniamo un uomo: dall’eugenetica all’ingegneria genetica”, en *Tecnica, medicina ed etica*, Einaudi, Turín 1997, 122-154, esp. 136).

2° Es una *manipulación radical de la relacionalidad y complementariedad constitutivas*, que están en la base de la procreación humana, tanto en su aspecto biológico como en el propiamente personal. En efecto, tiende a considerar la bisexualidad como un mero residuo funcional, puesto que se requiere un óvulo, privado de su núcleo, para dar lugar al embrión-clon y, por ahora, es necesario un útero femenino para que su desarrollo pueda llegar hasta el final. De este modo se aplican todas las técnicas que se han experimentado en la zootecnia, reduciendo el significado específico de la reproducción humana.

3° Se adopta la *lógica de la producción industrial*: se deberá analizar y favorecer la búsqueda de mercados, perfeccionar la experimentación y producir siempre modelos nuevos. Y en particular, se produce una instrumentalización radical de la mujer, reducida a algunas de sus funciones puramente biológicas (prestadora de óvulos y de útero), a la vez que se abre la perspectiva de una investigación sobre la posibilidad de crear úteros artificiales, último paso para la producción “en laboratorio” del ser humano.

4° Se *pervierten las relaciones fundamentales de la persona humana*: la filiación, la consanguinidad, el parentesco y la paternidad o maternidad. Una mujer puede ser hermana gemela de su madre, carecer de padre biológico y ser hija de su abuelo. Ya con la FIVET se produjo una confusión en el parentesco, pero con la clonación se llega a la ruptura total de estos vínculos.

5° Como en toda actividad artificial se “emula” e “imita” lo que acontece en la naturaleza, pero *a costa de olvidar que el hombre no se reduce a su componente biológico*, sobre todo cuando éste se limita a las modalidades reproductivas que han caracterizado sólo a los organismos más simples y menos evolucionados desde el punto de vista biológico.

6° Se alimenta la idea de que *algunos hombres pueden tener un dominio total sobre la existencia de los demás*, hasta el punto de programar su identidad biológica –seleccionada sobre la base de criterios arbitrarios o puramente instrumentales–, la cual, aunque no agota la identidad personal del hombre, caracterizada por el espíritu, es parte constitutiva de la misma.

7° Esta concepción selectiva del hombre tendrá, entre otros efectos, un *influjo negativo en la cultura*, incluso fuera de la práctica –numéricamente reducida– de la clonación, puesto que favorecerá la convicción de que el valor del hombre y de la mujer no depende de su identidad personal, sino sólo de las cualidades biológicas que pueden apreciarse y, por tanto, ser seleccionadas.

8° La clonación humana merece un juicio negativo también en *relación a la dignidad de la persona clonada, que vendrá al mundo como "copia"* (aunque sea sólo copia biológica) de otro ser. En efecto, esta práctica propicia un íntimo malestar en el clonado, cuya identidad psíquica corre serio peligro por la presencia real o incluso sólo virtual de su "otro". Tampoco es imaginable que pueda valer un pacto de silencio, el cual –como ya notaba Jonas– sería imposible y también inmoral, dado que el clonado fue engendrado para que se asemejara a alguien que "valía la pena" clonar y, por tanto, recaerán sobre él atenciones y expectativas no menos nefastas, que constituirán un verdadero atentado contra su subjetividad personal.

9° Si el proyecto de clonación humana pretende detenerse "antes" de la implantación en el útero, tratando de evitar al menos algunas de las consecuencias que acabamos de señalar, resulta también injusto desde un punto de vista moral. Sería, de hecho, un *aborto*.

10° Limitar la prohibición de la clonación al hecho de impedir el nacimiento de un niño clonado permitiría de todos modos la clonación del embrión-feto, implicando así la *experimentación sobre embriones y fetos*, y exigiendo su supresión antes del nacimiento, lo cual manifiesta un proceso instrumental y cruel respecto al ser humano. En todo caso, dicha experimentación es inmoral por la arbitraria concepción del cuerpo humano (considerado definitivamente como una máquina compuesta de piezas), reducido a simple instrumento de investigación. El cuerpo humano es elemento integrante de la dignidad y de la identidad personal de cada uno, y no es lícito usar a la mujer para que proporcione óvulos con los cuales realizar experimentos de clonación. Es inmoral porque también el ser clonado es un "hombre", aunque sea en estado embrional.

11° En contra de la clonación humana se pueden aducir, además, todas las razones morales que han llevado a la condena de la fecundación *in vitro* en cuanto tal o al rechazo radical de la fecundación *in vitro* destinada sólo a la experimentación.

(b) Sobre la experimentación con células madre embrionales

Al respecto surgen tres problemas éticos principales: sobre la producción de embriones humanos para preparar células estaminales, sobre la clonación terapéutica a través de producción de embriones y su posterior uso como

células embrionales (destruyendo el embrión), y sobre el uso de células embrionales obtenidas de otros investigadores (o del comercio)²³²:

1º *¿Es moralmente lícito producir y/o utilizar embriones humanos vivientes para la preparación de células estaminales?* Hay que decir que no, porque, como ya hemos dicho, el embrión humano viviente es, a partir de la fusión de los gametos, una persona humana, no un simple conglomerado de células. Como consecuencia, tiene derecho a su propia vida y cualquier intervención que no sea en favor del embrión mismo, se transforma en un acto que atenta contra dicho derecho. Por tanto, la ablación de la masa celular interna del blastocisto, que lesiona grave e irreparablemente el embrión humano truncando su desarrollo, es un acto gravemente inmoral y, por tanto, gravemente ilícito. De ahí que ningún fin considerado bueno, como la utilización de las células estaminales que podrían obtenerse para la preparación de otras células diferenciadas con vistas a procedimientos terapéuticos de grandes expectativas, puede justificar una tal intervención. Un fin bueno no hace buena una acción en sí misma mala.

2º *¿Es moralmente lícito realizar la llamada “clonación terapéutica” a través de la producción de embriones humanos y su sucesiva destrucción para la producción de células estaminales?* La respuesta es también “no”, por la siguiente razón: todo tipo de clonación terapéutica, al menos por ahora, parece implicar necesariamente la producción de embriones humanos y la subsiguiente destrucción de los embriones producidos, con el fin de obtener células estaminales. Se cae de nuevo, pues, en el problema ético precedentemente expuesto, el cual no puede tener sino una respuesta negativa.

3º *¿Es moralmente lícito utilizar las células estaminales, y las células diferenciadas de ellas obtenidas, proporcionadas eventualmente por otros investigadores o disponibles en comercio?* También aquí la respuesta es “no”, cuando se comparte la *intencionalidad* moralmente ilícita del agente principal (cooperación formal); participación que, en el caso que nos ocupa, se podría concretizar en pedir la producción de las mencionadas células o en adquirirlas a conocidos productores y proveedores. Pero incluso cuando no hay complicidad alguna en la destrucción voluntaria de los embriones que ya se ha producido, la *utilización* de tales células derivadas de ello comportaría la *manifestación*, o el *riesgo de manifestación*, de una *aprobación implícita*

²³² Cf. PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *Declaración sobre el uso...*, 24 de agosto de 2000.

y/o una incitación indirecta a proseguir tal procedimiento, que es gravemente ilícito, o sea, sería motivo de grave escándalo.

Por eso, dice la *Declaración* de la Pontificia Academia para la Vida, que “es evidente la seriedad y la gravedad del problema abierto por la voluntad de extender al campo humano la producción y/o el uso de embriones humanos incluso en una perspectiva humanitaria. El dato, ya constatado, de la posibilidad de utilizar células estaminales adultas para lograr los mismos fines que se pretendieran alcanzar con las células estaminales embrionales (incluso cuando hacen falta aún para ambas muchos pasos posteriores antes de obtener resultados claros y definitivos), indica que la primera es el camino más razonable y humano que se ha de recorrer para un correcto y válido progreso en este nuevo campo que se abre a la investigación y a prometedoras aplicaciones terapéuticas. Éstas representan, sin duda alguna, una gran esperanza para una parte notable de personas enfermas”.

(c) Sobre los demás experimentos

La *Donum vitae*, al responder a la pregunta: “¿Qué juicio merecen los otros procedimientos de manipulación de embriones ligados a las ‘técnicas de reproducción humana’?”, responde: “Las técnicas de fecundación *in vitro* pueden hacer posibles otras formas de manipulación biológica o genética de embriones humanos, como son: los intentos y proyectos de fecundación entre gametos humanos y animales y la gestación de embriones humanos en útero de animales; y la hipótesis y el proyecto de construcción de úteros artificiales para el embrión humano. *Estos procedimientos son contrarios a la dignidad de ser humano propia del embrión y, al mismo tiempo, lesionan el derecho de la persona a ser concebida y a nacer en el matrimonio y del matrimonio. También los intentos y las hipótesis de obtener un ser humano sin conexión alguna con la sexualidad mediante ‘fisión gemelar’, clonación, patenogénesis, deben ser considerados contrarios a la moral en cuanto que están en contraste con la dignidad tanto de la procreación humana como de la unión conyugal (...)*

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. Cada persona

merece respeto por sí misma: en esto consiste la dignidad y el derecho del ser humano desde su inicio”²³³.

II. EL ALMACENAMIENTO DE EMBRIONES

A los experimentos de clonación y otros, siguen lógicamente los intentos de “almacenamiento” de los embriones producidos en laboratorio; a diferencia de los óvulos no fecundados, que no pueden almacenarse por su particular debilidad, éstos, una vez fecundados, sí pueden ser congelados a altas temperaturas y conservados cierto tiempo (crioconservación).

Los objetivos que se buscan con esta técnica son varios, en particular la investigación sobre la misma *crioconservación*, el contar con material embrional para experimentar sobre seres humanos²³⁴, el contar con un *banco de embriones para futuras gestaciones* o *gestaciones alternativas* (por ejemplo, cuando se pierde un hijo, cuando fallece el esposo y todavía se quiere tener un hijo de él, o incluso si muere la esposa –apelando a un útero alquilado–, o cuando en los embriones implantados se descubre alguna anomalía, para la cual se “indica” el aborto y la implantación de un nuevo embrión, etc.), como *depósitos de órganos* para obtener órganos o tejidos con idéntico patrimonio genético con fines medicinales o industriales (las células jóvenes son propicias para injertos en tejidos viejos por su capacidad acelerada de reproducción; en 1984, el comité francés de ética para las ciencias humanas y la salud autorizaba la utilización de tejidos de fetos humanos con fines terapéuticos y de investigación, siempre y cuando –aclaraba– tengan menos de veinte semanas y cuando se trata de embriones cuya muerte ha sido comprobada y se tenga la certeza de que no son viables²³⁵).

²³³ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, I, 6; cf. JUAN PABLO II, *EV*, 63; PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 12-14.

²³⁴ Muchos científicos justifican la “necesidad” de experimentar directamente sobre embriones humanos y consideran una restricción discriminatoria todo intento de regular esta área. Por ejemplo, afirmaba J. Fletcher: “la doctrina que subyace en esta postura prohíbe los test y la investigación en los abortos vivos, a pesar de que el feto no tiene posibilidad de sobrevivir y a pesar de que del conocimiento obtenidos de ellos, por obstetras y pediatras, podría salvar la vida o mejorar la salud de muchos niños. Ésta es una consecuencia destructiva y triste provocada por una ética absoluta y basada en la santidad de una vida” (J. FLETCHER, *Ética del control...*, 187-188).

²³⁵ Periódico *YA*, Madrid, 24 de mayo de 1984. “Congelar un gemelo idéntico que serviría en el futuro, como fuente de órganos para su hermano. La gran ‘ventaja’ médica sería que,

No deberían asombrarnos estas actitudes del mundo científico, si se tiene en cuenta la mentalidad que late detrás. Si se considera que el premio Nobel de medicina y fisiología James Watson, descubridor junto a Francis Crick de la estructura ADN, sostenía que “muchas malformaciones y una serie de defectos sólo se ven después de nacida la criatura, con frecuencia por que no toda gestante puede someterse a un diagnóstico prenatal. Por ello estoy de acuerdo con mi colega y amigo Francis Crick, partidario de no declarar ‘vivos’ a los recién nacidos hasta los tres días después de su venida al mundo, dando a los padres, durante este plazo, la posibilidad de evitar una vida llena de sufrimientos a un niño incurable”²³⁶; ¿qué puede sorprendernos después de esta defensa del infanticidio por parte de lo más *encumbrado* del ambiente científico?

Veamos el juicio moral sobre estas técnicas.

1. La investigación médica

El *juicio moral* general sobre todo este tipo de acciones lo ha expresado el Magisterio en reiteradas oportunidades. Así, la *Donum vitae* dice: “La investigación médica debe *renunciar* a intervenir sobre embriones vivos, a no ser que exista la certeza moral de que no se causará daño alguno a su vida y a su integridad ni a la de la madre, y sólo en el caso de que los padres hayan otorgado su consentimiento, libre e informado, a la intervención sobre el embrión. Se desprende de esto que toda investigación, aunque se limite a la simple observación del embrión, será ilícita cuando, a causa de los métodos empleados o de los efectos inducidos, implicase un riesgo para la integridad física o la vida del embrión. Por lo que respecta a la experimentación... la no directamente terapéutica sobre embriones es ilícita. Ninguna finalidad, aunque fuese en sí misma noble, como la previsión de una utilidad para la ciencia, para otros seres humanos o para la sociedad, puede justificar de algún

como los gemelos, a diferencia de los mellizos, provienen de un mismo óvulo y espermatozoide, son idénticos, lo que los hace totalmente compatibles en la situación de un trasplante de órganos. Se cuenta con la garantía absoluta de que el órgano trasplantado no provocará rechazo... Para lograr el ‘*banco de órganos propio*’ habría, según sostiene Hall, que descongelar el embrión, implantarlo en un útero y esperar a que nazca. Después se verificaría si el tamaño de los órganos y su madurez son los correctos para el trasplante. Si no, el chico deberá ser criado ‘*hasta el momento adecuado*’” (en *Noticias*, 31 de octubre de 1993, 150. Se refiere a los intentos de clonación de Jerry Hall, mencionados más arriba).

²³⁶ E.R. KOCH – W. KESSLER, *¿Al fin un hombre nuevo?*, Plaza y Janés, Barcelona 1979, 95.

modo las experiencias sobre embriones o fetos humanos vivos, viables o no, dentro del seno materno o fuera de él... Usar el embrión humano o el feto, como objeto o instrumento de experimentación, es un delito contra su dignidad de ser humano, que tiene derecho al mismo respeto debido al niño ya nacido y a toda persona humana... La praxis de mantener en vida embriones humanos, *in vivo* o *in vitro*, para fines experimentales o comerciales, es completamente contraria a la dignidad humana”²³⁷. Y en cuanto a los embriones obtenidos mediante fecundación *in vitro* añade: “En la práctica habitual de la fecundación *in vitro* no se transfieren todos los embriones al cuerpo de la mujer; algunos son destruidos. La Iglesia, del mismo modo que condena el aborto provocado, prohíbe también atentar contra la vida de estos seres humanos. Resulta obligado denunciar la particular gravedad de la destrucción voluntaria de los embriones humanos obtenidos *in vitro* con el solo objeto de investigar, ya se obtengan mediante la fecundación artificial o mediante la fisión gemelar. Comportándose de tal modo, el investigador usurpa el lugar de Dios y, aunque no sea consciente de ello, se hace señor del destino ajeno, ya que determina arbitrariamente a quién permitirá vivir y a quién mandará a la muerte, eliminando seres humanos indefensos”²³⁸.

Juan Pablo II, en la *Evangelium vitae* ha añadido: “... se producen con frecuencia embriones en número superior al necesario para su implantación en el seno de la mujer, y estos así llamados ‘embriones supernumerarios’ son posteriormente suprimidos o utilizados para investigaciones que, bajo el pretexto del progreso científico o médico, reducen en realidad la vida humana a simple ‘material biológico’, del que se puede disponer libremente”²³⁹.

2. Sobre la crioconservación

En concreto *sobre la crioconservación*, dice la *Donum vitae*, “aunque se realice para mantener en vida al embrión *constituye una ofensa al respeto debido a los seres humanos*, por cuanto les expone a graves riesgos de muerte o de daño a la integridad física, les priva al menos temporalmente de la acogida y de la gestación materna y les pone en una situación susceptible de nuevas lesiones y manipulaciones.

Algunos intentos de intervenir sobre el patrimonio cromosómico y genético no son terapéuticos, sino que miran a la producción de seres humanos

²³⁷ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, II, 4.

²³⁸ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, II, 5.

²³⁹ JUAN PABLO II, *EV*, 14.

*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. Cada persona merece respeto por sí misma: en esto consiste la dignidad y el derecho del ser humano desde su inicio”*²⁴⁰.

3. El “rescate” de los embriones congelados

Se plantea, indudablemente, el gran problema ético sobre la actitud que hay que tener respecto de los embriones que ya han sido congelados injustamente: ¿qué se debe hacer con ellos?

Lo primero que debe intentarse es implantar esos embriones en su propia madre. Sostiene al respecto Maurizio Faggioni que “una vez que los embriones son concebidos *in vitro*, existe la obligación de transferirlos a la madre y solamente ante la imposibilidad de una transferencia inmediata se podrían congelar, siempre con la intención de transferirlos apenas se hayan presentado las condiciones. En efecto, el seno materno es el único *lugar* digno de la persona, donde el embrión puede tener alguna esperanza de sobrevivir, reanudando espontáneamente los procesos evolutivos artificialmente interrumpidos”²⁴¹. Esto, sin embargo, no carece de dilemas éticos derivados como es el caso de las parejas (que sólo en el mejor de los casos son matrimonios) que han hecho congelar numerosos embriones.

Pero sucede a menudo que o bien no se puede encontrar a la madre, o bien sus padres ya no están interesados en el hijo que han dejado congelado. Surge así la cuestión sobre la licitud de lo que algunos llaman el “rescate de embriones”.

Algunos autores están en contra, como Mons. William Smith y Mary Geach. Smith se basa en textos de la Instrucción *Donum vitae* (donde se condena la “maternidad sustitutiva” o “útero de alquiler”, y porque el documento dice expresamente que estos embriones “están expuestos a una suerte absurda, sin que sea posible ofrecerles vías de supervivencia seguras y lícitas”.

²⁴⁰ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, I, 6; cf. JUAN PABLO II, *EV*, 63; PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 12-14.

²⁴¹ Cf. M. FAGGIONI, O.F.M., “La cuestión de los embriones congelados”, en *L'Osservatore...*, 30 de agosto de 1996, 9 y 11.

mente perseguibles”²⁴²). Geach considera que la implantación de un embrión en una mujer equivale a un acto contra la castidad²⁴³.

Otros aceptan la licitud, como Grisez, Surtees y Watt²⁴⁴ y May²⁴⁵. Éstos critican a Smith que saca de contexto el pasaje de *Donum vitae* y que la “maternidad sustitutiva” del documento no incluye la “adopción”; y contra Geach distinguen entre pervertir el acto conyugal y la decisión de rescatar un ser humano *ya concebido*. En el fondo sostienen que hay que distinguir entre: (a) separar los dos significados del acto conyugal en un acto de procreación (como la fecundación artificial *in vitro*) y (b) separarlos en un acto *no pro-creativo* sino de aceptación de una prole *ya existente*. Algunos, como Grisez y May, aceptan incluso la posibilidad de que pueda darse lícitamente el “rescate” de embriones por parte de mujeres no casadas (mientras puedan garantizarles la futura educación moral y afectiva; por tanto, no en el caso de las lesbianas o mujeres de mala vida, etc.).

Otros aceptan la implantación del embrión congelado como “extrema ratio”; por ejemplo el citado Faggioni²⁴⁶. Transcribo parte de su solución: “Las actividades de manipulación de embriones y las aberrantes disposiciones legislativas que las consienten se inscriben en la mentalidad distorsionada que preside muchas prácticas de reproducción artificial. En particular, la fertilización *in vitro*, violando la inseparable conexión entre los gestos del amor encarnado de los esposos y la transmisión de la vida, oscurece el significado profundo del generar humano. No es, por tanto, lícito producir embriones *in vitro* y mucho menos producirlos voluntariamente en número excesivo, de modo que sea necesaria la crioconservación. Ésta parece ser la única respuesta razonable a la cuestión de la congelación embrional y en tal sentido el Santo Padre ha interpelado a los hombres de ciencia. Sin embargo, el modo

²⁴² SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, II, 3; y I, 5. Cf. W. SMITH, “Rescue the Frozen?”, *Homiletic and Pastoral Review* 96, 1 (octubre 1995) 72-74.

²⁴³ M. GEACH, “Are there any circumstances in which it would be morally admirable for a woman to seek to have an orphan embryo implanted in her womb?”, *Issues for a Catholic Bioethic: Proceedings of the International Conference to Celebrate the Twentieth Anniversary of the Foundation of The Linacre Centre* (28-31 de julio de 1997) ed. L. Gormalli, Londres 1999, 341-346.

²⁴⁴ Cf. G. GRISEZ, *The Way of the Lord Jesus*, III, *Difficult Moral Questions*, Franciscan Press, Quincy Illinois 1997, 242; G. SURTEES, “Adoption of a Frozen Embryo”, *Homiletic and Pastoral Review* 96 (agosto-setiembre 1996) 7-17; H. WATT, *Issues for a Catholic Bioethic...*, 349-350.

²⁴⁵ Cf. W. MAY, *Catholic Bioethics...*, 94-118.

²⁴⁶ Cf. Cf. M. FAGGIONI, O.F.M., “La cuestión de los embriones congelados”, en *L'Osservatore...*, 30 de agosto de 1996, 9 y 11.

antinatural en que estos embriones han sido concebidos y las antinaturales condiciones en que se encuentran, no pueden hacernos olvidar que se trata de criaturas humanas, dones vivientes de la Bondad divina, creados a imagen del mismo Hijo de Dios. Se nos pide entonces cómo intervenir para salvar estas criaturas, resolviendo de modo éticamente aceptable el desagradable dilema.

Una vez que los embriones son concebidos *in vitro*, existe por cierto la obligación de transferirlos a la madre y solamente ante la imposibilidad de una transferencia inmediata se podrían congelar, siempre con la intención de transferirlos apenas se hayan presentado las condiciones. En efecto, el seno materno es el único *lugar* digno de la persona, donde el embrión puede tener alguna esperanza de sobrevivir, reanudando espontáneamente los procesos evolutivos artificialmente interrumpidos. También aquellos que —en contraste con la moral católica— considerasen justo recurrir a métodos extra-corpóreos no podrían eximirse de respetar ese *mínimo ético* que está constituido por la tutela de la vida inocente. Ni siquiera en caso de divorcio el marido podría oponerse a la petición de la esposa de recibir los embriones ya concebidos pues, una vez que la vida humana ha comenzado, el progenitor no tiene ningún derecho de oponerse a su existencia y desarrollo. El embrión, de hecho, no obtiene su derecho a existir de la común acogida de sus progenitores, de la aceptación de la madre o de una determinación legal, sino de su condición de ser humano. Hay que poner de relieve, por otra parte, que en un embarazo diferido, el significado de la procreación, en su compleja dinámica antropológica, es ulteriormente turbado y trastornado: la escisión artificiosa entre unión sexual (cuando ha tenido lugar) y concepción, ya drástica e inaceptable en las técnicas extra-corpóreas, se hace máxima en el caso de la implantación de un embrión crioconservado.

Si no se puede encontrar a la madre, o ésta rechaza la *transfer*, algunos autores, incluso católicos, han considerado la posibilidad de transferir los embriones a otra mujer. Se trataría de una *adopción prenatal* diferente de la maternidad sucedánea y de la fecundación heteróloga con donación de ovocitos: aquí no se daría una lesión de la unidad matrimonial ni un desequilibrio de las relaciones de parentesco pues el embrión se encontraría, desde el punto de vista genético, en una misma relación con ambos padres adoptivos. Los vínculos más intensos y profundos establecidos entre quien es adoptado antes de nacer y los padres adoptivos, tendrían que atenuar algunos problemas psicológicos que se observan en las adopciones tradicionales, mientras se exaltaría el sentido de la adopción como expresión de la fecundidad del amor conyugal y fruto de una generosa apertura a la vida, que lleva a la aco-

gida en el seno de una familia de hijos privados de padres o abandonados, y sobre todo de los abandonados a causa de minusvalía o enfermedad.

La solución, sugerida como *extrema ratio* para salvar los embriones abandonados a una muerte segura, tiene el mérito de tomar en serio el valor de la vida, si bien frágil, de los embriones y de aceptar con valentía el desafío de la crioconservación buscando limitar los nefastos efectos de una situación desordenada. Sin embargo, el desorden dentro del cual discurre la razón ética marca profundamente las tentativas mismas de solución. En efecto, no se pueden silenciar los graves interrogantes que provoca esta solución y, de modo particular, el temor a que esta singular adopción no logre substraerse a los criterios eficientistas y deshumanizantes que regulan la técnica de la reproducción artificial: ¿será posible excluir toda forma de selección, o evitar que se produzcan embriones en vista de la adopción? ¿Es imaginable una relación transparente entre los Centros que producen ilícitamente embriones y los Centros donde éstos serían lícitamente transferidos a madres adoptivas? ¿No se corre el riesgo de legitimar e incluso promover, inconsciente y paradójicamente, una nueva forma de cosificación y manipulación del embrión y, más en general, de la persona humana?

En el caso de los embriones congelados tenemos un ejemplo impresionante de los inextricables laberintos en los que se aprisiona una ciencia cuando se pone al servicio de intereses particulares y no del bien auténtico del hombre, únicamente al servicio del deseo y no de la razón. Por ello, frente al alcance de las cuestiones en juego –cuestiones de vida o de muerte– el pueblo cristiano siente con más fuerza que nunca la misión, que el Señor le confió, de anunciar el *evangelio de la vida* y se compromete, junto con todos los hombres de buena voluntad, a responder a las problemáticas emergentes con soluciones incluso audaces, pero siempre respetuosas de los valores de las personas y de sus derechos nativos, sobre todo cuando se trata de los derechos de los débiles y de los últimos”²⁴⁷.

III. EL CONOCIMIENTO DEL MATERIAL GENÉTICO HUMANO

Las aplicaciones de los avances genéticos en el campo de la vida humana son también recientes, pero cada vez más numerosas. Uno de los proyectos

²⁴⁷ Sobre este tema se puede ver también M. VALENT, “Más sobre la cuestión de los embriones congelados”, en *Bioeticaweb*, www.bioeticaweb.com; N. LÓPEZ MORATALLA, “Congelación de Embriones”, en *Bioeticaweb*, www.bioeticaweb.com.

más ambiciosos de las últimas décadas es la descodificación del *genoma humano*; su objetivo es conocer con el máximo de detalle todos y cada uno de los genes humanos (unos 100.000 en el ADN). La primera fase del proyecto es *cartografiar* esos genes determinando su localización exacta. La segunda fase será *secuenciar*, es decir, identificar el orden preciso. Esto permitirá conocer desde el estado embrional todas las características genéticas del sujeto (sexo, tendencias psicológicas, tendencias patológicas, etc.). El proyecto fue ideado en 1985 por Robert Sinsheimer, y en 1989 el Instituto Nacional de Salud (N.I.H.) de Estados Unidos lo puso en marcha como *Proyecto Genoma Humano*, nombrando director a James Watson, el descubridor con Crick de la estructura del ADN²⁴⁸.

Veamos a continuación, los posibles usos de la manipulación genética humana y el juicio moral al respecto.

1. Aplicaciones del conocimiento genético humano

Pueden distinguirse a este respecto varias aplicaciones diversas (lo que comportará también diferentes juicios morales).

(a) **Aplicaciones de diagnóstico**²⁴⁹. El primer uso –y el más inmediato– de este conocimiento tal vez sea el *diagnóstico*. Pero aún en este campo se pueden especular con varias finalidades:

1º El test de identidad. Viene propuesto, en analogía con los test psicoaptitudinarios, para conocer el eventual riesgo genético conexo con un comportamiento del sujeto que ha de ser empleado en profesiones de particular delicadeza y alta responsabilidad. Parece que algunas anomalías cromosómicas o genéticas pueden determinar comportamientos que hagan no idóneos a los sujetos que las padecen para trabajos de altísima responsabilidad (como, por ejemplo, pilotos espaciales o de aviones). Estas pruebas, que son dudosas en su valor científico, podrían justificarse éticamente para la selección de sujetos destinados a tareas de altísima responsabilidad. Crean, en cambio, serias objeciones para cualquier otro uso, como puede ser la selección de trabajadores en otros empleos o para condicionar las pólizas de seguros. Asimismo, crea dificultad el problema del secreto del resultado de tales exámenes respecto del sujeto y de sus descendientes.

²⁴⁸ Se puede ver al respecto el interesante artículo de V. FRANCH MENEU, “Proyecto Genoma Humano: descubrir los secretos de los Genes”, en *Bioeticaweb*, www.bioeticaweb.com.

²⁴⁹ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 173ss.

2° *La diagnosis prematrimonial y preconcepcional.* Está dirigida a conocer la eventual existencia en sujetos adultos de contraindicaciones para el matrimonio o para la posterior paternidad; puede ser algo importante antes de tomar la decisión de casarse o de tener hijos. Cuando hay razones seriamente fundadas para hacerlo no ofrece problemas éticos (por ejemplo, cuando se supone, con razones de peso, que pueda haber riesgos de engendrar hijos malformados).

3° *La diagnosis prenatal.* Ésta puede tener varias finalidades diversas suscitando en algunos casos serios problemas de conciencia; por la importancia y actualidad de este tema lo desarrollaremos más ampliamente en el punto siguiente.

(b) Aplicaciones terapéuticas. En segundo lugar puede usarse este conocimiento para bien del mismo individuo. Las aplicaciones son muy variadas. Se ha logrado, por ejemplo, introducir en una bacteria el material genético que codifica la insulina²⁵⁰. Así mismo, en 1979, se introdujo el material genético que codifica la hormona del crecimiento humano, permitiendo combatir de este modo los retrasos en el crecimiento inyectándola a los pacientes afectados; anteriormente, la única fuente de obtención era la hipófisis de personas fallecidas, lo que hacía que cuatro de cada cinco enfermos permanecían sin tratamiento. La problemática radica no en la finalidad, sino en la posibilidad de *experimentar* sobre embriones o fetos hasta descubrir un método adecuado.

(c) Aplicaciones eugenésicas. Muy relacionadas con las de diagnóstico, pues éste es usado con mucha frecuencia en la actualidad para seleccionar los individuos en función de la información genética, dejando sobrevivir solamente a los individuos genéticamente sanos (o incluso sanos y *genéticamente deseados* según sus rasgos, grupo sanguíneo, etc.) condenando al aborto a los enfermos e indeseados.

(d) Aplicaciones alterativas. Pero lamentablemente no pueden descartarse también otras finalidades de muy dudosa moralidad, como es el afán (hipotético aún) de “producir” sujetos “alterados” (ya sea hiperdotados o hipodotados, es decir, domesticados). Consiste en el intento de introducir nuevo material hereditario en un sujeto en estado embrionario de modo tal de

²⁵⁰ En 1978 unos investigadores de Duarte, California.

alterarlo física y psicológicamente. Es tal vez el significado que primariamente nos sugiere el término mismo de “ingeniería genética”. Como se expresa Häring: “el término ‘ingeniería genética’ puede emplearse en sentido lato y en sentido estricto. Aquí tengo intención de usarlo en sentido estricto, como una *tentativa directa de cambiar los genes del embrión*, no sólo para eliminar desórdenes genéticos, sino también con el objeto de añadir nuevos rasgos y construir un ser humano más deseable y más deseado. Algunos científicos piensan que es posible reconstruir genéticamente un ser humano más perfecto que el que ha resultado de millones de años de evolución. ‘Es quizá posible que la mayor apertura del futuro sea el cambio mediante la manipulación genética’”²⁵¹. Algunos autores consideran innecesario plantear el problema, por resultar totalmente hipotético; así, por ejemplo Moretti-Dinechin: “Una perspectiva hipotética: los superhombres. Queda en pie la cuestión, teóricamente la más radical... ¿Se crearán nuevos seres, a modo de ‘extrahumanos’? La seriedad nos obliga a decir que no se planteará hasta dentro de mucho tiempo. Es totalmente hipotético, y si el moralista posee un sentido de realidad está obligado a evadirla. En tal caso, otras cuestiones urgentes nos reclaman”²⁵². No estoy de acuerdo con este juicio tan plácido; si somos conscientes del rumbo que ha tomado la ciencia en nuestro tiempo, debemos formular con urgencia el juicio moral respectivo.

2. Apreciaciones morales

(a) Sobre el proyecto *Genoma humano* y las aplicaciones de diagnóstico

El proyecto en sí no presenta objeciones morales, salvo las que pueden derivarse de su uso. En concreto debe condenarse moralmente todo intento alterativo de la especie humana, el reducir la persona a su patrimonio genético, el “registrar” como patentes los datos del genoma, la utilización de los datos con fines eugenésicos y el manipular por cualquier otro fin los defectos secretos que puedan resultar de estas investigaciones.

Al respecto ha dicho Juan Pablo II a la Pontificia Academia para las ciencias: “Toda intervención en el genoma debe realizarse con un *respeto absoluto del carácter específico de la especie humana, de la vocación trascendental de todo ser humano y de su dignidad incomparable*. El genoma constituye

²⁵¹ B. HÄRING, *Medicina e manipolazione*, Ed. Paoline, Roma 1976, 262.

²⁵² J.-M. MORETTI – O. DE DINECHIN, *El desafío genético*, Herder, Barcelona 1985, 57.

la identidad biológica de cada persona. Más aún, expresa una parte de la condición humana de la persona, a quien Dios amó por sí misma, gracias a la misión confiada a sus padres.

El hecho de poder establecer el mapa genético *no debe llevar a reducir la persona a su patrimonio génico y a las alteraciones que pueden estar inscritas en él*. En su misterio, el hombre sobrepasa el conjunto de sus características biológicas. Es una unidad fundamental, en la que el aspecto biológico no se puede separar de la dimensión espiritual, familiar y social, sin correr el riesgo grave de suprimir lo que constituye la naturaleza misma de la persona y de convertirla en un simple objeto de análisis. La persona humana, por su naturaleza y su singularidad, es la norma de toda investigación científica (...)

A este propósito nos alegra que numerosos investigadores *se nieguen a admitir* que los descubrimientos hechos sobre el genoma se consideren como *patentes que puedan registrarse*. Puesto que el cuerpo humano no es un objeto del que se pueda disponer, los resultados de las investigaciones han de difundirse en el conjunto de la comunidad científica, y no pueden ser propiedad de un pequeño grupo.

La reflexión ética debe ocuparse también de la *utilización de los datos médicos que atañen a las personas*, especialmente los que contiene el genoma, que la sociedad puede usar en perjuicio de las personas, por ejemplo eliminando los embriones que presentan anomalías cromosómicas o marginando las personas afectadas por determinadas enfermedades genéticas. No se puede violar los secretos biológicos de la persona, ni investigarlos sin su consentimiento explícito, ni tampoco divulgarlos para usos que no sean estrictamente de orden médico y no tengan una finalidad terapéutica para la persona en cuestión. Independientemente de las diferencias biológicas, culturales, sociales o religiosas que distinguen a los hombres, cada uno tiene efectivamente el derecho natural a ser lo que es y a ser el único responsable de su patrimonio genético”²⁵³.

(b) Sobre las demás aplicaciones

De la dignidad del embrión humano se desprenden los demás juicios. Son lícitas todas las aplicaciones que tengan como finalidad el beneficio de la persona en cuestión (o sea, todo lo que se haga con finalidad *terapéutica*, teniendo en cuenta, sin embargo, que la persona es una totalidad unificada donde no se

²⁵³ JUAN PABLO II, “A los miembros de la Academia Pontificia de Ciencias”, en *L'Osservatore...*, 4 de noviembre de 1994, 20, nn. 3-4.

puede privilegiar la salud del cuerpo por encima del bien de su alma)²⁵⁴; y esto descarta toda finalidad eugenésica, y toda finalidad alterativa de la estructura específica de la naturaleza humana. Como dice Juan Pablo II, toda intervención sobre la naturaleza humana debe orientarse “a ayudarla a desarrollarse según su esencia, aquella de la creación, aquella querida por Dios”²⁵⁵. Por tanto, debe: 1º respetar la individualidad, aun a nivel biológico; 2º impedir cualquier daño para la salud; 3º no intentar modificar la dotación genética del individuo y de la especie (“son contrarias a la dignidad personal”²⁵⁶).

²⁵⁴ “La intervención curativa, llamada también ‘cirugía genética’, es considerada en principio permisible, porque tiende a la verdadera promoción del bienestar personal del hombre, sin menoscabar su integridad o deteriorar sus condiciones de vida” (PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de salud*, 12).

²⁵⁵ “La manipulación genética se hace arbitraria e injusta cuando reduce la vida a un objeto, cuando se olvida que tiene que tratar con un sujeto humano, capaz de inteligencia y de libertad, que debe ser respetado, sean cuales sean sus límites; o cuando lo trata en función de criterios que no se fundan sobre la realidad integral de la persona humana, con el riesgo de poner en peligro su dignidad. En este caso, expone al hombre al capricho de los demás, privándolo de su autonomía. El progreso científico y técnico, sea el que sea, debe siempre mantener el más grande respeto de los valores humanos que constituyen la salvaguardia de la dignidad de la persona humana. Y porque en el orden de los valores médicos, la vida es el bien supremo y el más radical del hombre, es necesario un principio fundamental: ante todo impedir cualquier daño, y luego buscar y perseguir el bien. Para decir la verdad, la expresión *manipulación genética* es ambigua y debe ser objeto de un verdadero discernimiento moral, porque esconde por un lado tentativos aventureros que tienden a promover una especie de superhombre y, por otra parte, tentativos positivos dirigidos a la corrección de anomalías, como algunas enfermedades hereditarias, sin hablar de las aplicaciones benéficas en los campos de la biología animal y vegetal útiles para la producción alimenticia. Para estos últimos casos, algunos comienzan a hablar de *cirugía genética*, como para mostrar que el médico interviene no para modificar la naturaleza, sino *para ayudarla a desarrollarse según su esencia, aquella de la creación, aquella querida por Dios*. Trabajando en este campo, evidentemente delicado, el investigador se adhiere al designio de Dios. Dios ha querido que el hombre fuese el rey de la creación. A vosotros, quirurgos, especialistas de las investigaciones de laboratorio y médicos generales, Dios ofrece el honor de cooperar con todas las fuerzas de vuestra inteligencia en la obra de la creación, iniciada en el primer día del mundo” (JUAN PABLO II, “A la XXXV Asamblea General...”, 29 de octubre de 1983, en *L’Osservatore...*, 26 de febrero de 1984, 23).

²⁵⁶ “Las intervenciones... que alteren la dotación genética del individuo y de la especie humana, son contrarias a la dignidad personal del ser humano, a su integridad y a su identidad” (PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 13).

IV. EL DIAGNÓSTICO PRENATAL²⁵⁷

El problema principal es su conexión con el aborto selectivo, es decir, la decisión de interrumpir el embarazo ya sea por detectar mediante el diagnóstico anomalías en el feto o bien que el mismo posee el sexo no deseado. Para poder dar luego un juicio moral es necesario tener en cuenta: si existen “indicaciones” médicas para hacerlo; cuáles son los métodos; cuáles son los fines.

1. Indicaciones médicas

“Indicación médica” quiere decir que existen fundadas motivaciones para proceder a un diagnóstico prenatal. Se dicen motivaciones fundadas algunas de las siguientes: edad de la madre superior a los 36 años; presencia de un hijo ya nacido con trisomía 21 (mongolismo); presencia en uno de los progenitores de una aberración cromosómica balanceada (es decir, que en él no se manifiesta pero que puede serlo en sus descendientes); presencia de un hijo afectado por un desorden metabólico, o si uno de los padres es portador del gen responsable de tal desorden; presencia de un hijo afectado por hemoglobinopatía grave o si uno de los padres es portador del gen responsable; presencia de un hijo ya afectado de enfermedades asociadas al cromosoma X o cuando la madre es portadora del gen interesado; etc.

2. Los procedimientos

Los más comunes son:

(a) Ecografía por ultrasonido, que no es una técnica traumática; no revela anomalías genéticas o cromosómicas sino sólo malformaciones somáticas estructurales. Sirve para disponerse a una terapia en fase neonatal, y en futuro tal vez algunas intervenciones quirúrgicas intrauterinas. Es la técnica que más raramente se relaciona con el aborto.

(b) La fetoscopia, que es una técnica invasora (por la introducción del fetoscopio en el interior del útero), que se usa cuando no resulta suficiente la ecografía, o bien para tomar muestras de sangre o de tejido del feto para analizarlo. Comporta muchos riesgos de interrumpir el embarazo o producir partos prematuros.

(c) La placentocentesis, que es también una técnica invasora para tomar sangre fetal en orden a análisis genéticos. Comporta un riesgo alto de interrupciones del embarazo. Está en desuso y es sustituida por la fetoscopia.

²⁵⁷ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 181ss.

(d) Y la amniocéntesis, que es la más empleada para la diagnosis genética y se procede por extracción de una porción del líquido amniótico. Tiene un índice de riesgo bastante aceptable.

3. Finalidades o posibilidades

En cuanto a las posibilidades hay que decir que las detecciones de malformaciones somáticas (por ecografía) pueden servir para intervenir con cirugía neonatal. Pero los exámenes genéticos, en el caso de detectar enfermedades no abren, por el momento, ninguna posibilidad terapéutica (salvo algún caso de malformación somática debida a defectos genéticos que podían tratarse quirúrgicamente en los primeros días de vida, como el caso de espina bífida o hidrocefalia); esto quiere decir, que las hipótesis que se abren son: raramente (pero puede darse) la hipótesis de realizar una terapia inmediatamente después del nacimiento, y –lo más común– elegir entre la aceptación del feto o el aborto. Es por este motivo que normalmente la diagnosis genética prenatal tiene finalidades abortivas. En este caso el diagnóstico tiene *finalidades selectivas*²⁵⁸. En algunos ambientes se habla de “*biopsia de embrión*”²⁵⁹.

²⁵⁸ Fletcher afirma citando a otro autor: “el mundo ya no necesita todos los individuos que somos capaces de traer a él, en especial, los que no pueden competir y los que constituyen un peso lamentable para los demás. Si debemos limitar el tamaño de las familias, seguramente tendremos el derecho de tener los niños que sean sanos y no los defectuosos” (J. FLETCHER, *Ética del control...*, 126-127). A este respecto constataba ya B. Häring que “cuando la amniocéntesis se usa en el marco del asesoramiento genético, el objetivo corriente (por lo menos en los Estados Unidos) es el de descubrir si el feto tiene algún grave defecto genético, con la intención implícita o explícita de provocar el aborto si se da este caso” (B. HÄRING, *Medicina e manipolazione*, Paoline, Roma 1976, 275). Así tenemos, por ejemplo, que el Dr. Jacobson, pionero de la amniocéntesis, aconsejaba el aborto para aquellos casos en que previera un cáncer a la edad de 40 o 50 años. El premio Nobel W. Sockley proponía esterilizar a los individuos con cociente intelectual bajo. B. Glass (ex presidente de la sociedad americana para el avance de la ciencia) sugería el aborto para los individuos XYY por su tendencia a la agresividad (cf. *Palabra* 354, junio 1994, 71).

²⁵⁹ “Un grupo de investigadores ha conseguido detectar defectos en embriones tan sólo unos días después de su concepción, según un informe publicado recientemente por la revista especializada *The New England Journal of Medicine*. Las pruebas, que se realizan ya en diversos centros de Estados Unidos y Gran Bretaña, son llevadas a cabo mediante una técnica de análisis microscópico llamada ‘biopsia de embrión’; permite extraer una célula del embrión concebido por fecundación *in vitro*, antes de que sea implantado. Los científicos precisan que la extracción de la célula no perjudica el desarrollo del futuro ser. La prueba permite averiguar si los genes acarrearán fibrosis quística y rechazar a los que están afectados por el mal. El profesor Alan Handyside, del hospital Hammersmith de Londres, destaca que ya ha nacido el primer bebé que fue sometido a este tipo de prueba. Se trata de una niña que, como se pudo averiguar en los análisis, no sufre de fibrosis quística. Esta técnica es una más de las que permiti-

4. El juicio moral²⁶⁰

Son dos los problemas que se plantean: la licitud de esta intervención y el problema de la cooperación del personal sanitario.

(a) Sobre la licitud o ilicitud se han dado diversas soluciones morales. Es inmoral la postura de quienes sostienen que la diagnosis genética prenatal es *inútil*, incluso en vistas al aborto, porque la solución más práctica es directamente la *eutanasia neonatal*, absteniéndose de alimentar al neonato malformado o con problemas genéticos (así, por ejemplo, H.D. Aiken).

Asimismo es inmoral la posición de los que afirman que es *útil en vista a una selección abortiva*. Éstos sostienen que, si bien el aborto es una solución poco feliz, “es la mejor entre dos posibilidades infelices” (el aborto o un hijo deforme). Así sostuvo, por ejemplo, N.N. McIntyre, genetista de fama mundial.

Igualmente inmoral es la de quienes defienden que es útil en vista a practicar el aborto en base al *principio de que el derecho a la vida del feto está subordinado al derecho de los padres sobre la cualidad de vida del hijo* (derecho a tener hijos sanos). Ésta es la posición de las Iglesias Protestantes expresada por el Consejo Ecuménico de las Iglesias en 1981, mitigada dos años más tarde cuando se suplantó el principio del derecho de los padres por el de la libertad de conciencia.

Y es también equivocado –aunque en el otro extremo– el rechazo total a todo tipo de diagnosis prenatal por su posible uso abortivo (así, por ejemplo, algunos movimientos pro vida, especialmente en Estados Unidos).

La posición de la moral católica es que el diagnóstico prenatal es lícito en determinadas condiciones: 1º cuando se respeta absolutamente la vida del embrión (aceptación del mismo, independientemente de sus condiciones genéticas); 2º cuando existen indicaciones médicas. A su vez, hay que decir, que cuando se cumplen estas dos condiciones, también hay que considerar las técnicas: menos problemas plantea la ecografía (técnica no invasora) que la amniocentesis y semejantes.

rán, en lo inmediato ‘elegir’ el embrión ‘más conveniente’. Para muchos, es un poco la frontera donde puede comenzar la ‘fabricación de gente a medida’, según convenga. Las mujeres embarazadas tienen hoy la opción de someterse a pruebas indoloras y casi sin riesgo, que permiten saber características de su futuro hijo... La opción crea polémicas en todo el mundo, porque ante un diagnóstico positivo muchas parejas deciden detener el embarazo” (en *La Prensa*, 29 de octubre de 1992, tercera sección, 6).

²⁶⁰ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 191ss.

(b) En cuanto al problema de la *cooperación* al aborto por medio del diagnóstico prenatal, (suponiendo que el diagnóstico mismo está justificado por cuanto dijimos más arriba) las situaciones que se plantean son tres:

1º Cuando el médico *conoce la intención explícita de la mujer de abortar en caso de problemas en el feto*. En tal caso: si comparte la intención tenemos cooperación formal subjetiva; si no la comparte y lo practica igualmente, tenemos cooperación material absolutamente ilícita por su conexión directa y, por tanto, no puede prestarse al diagnóstico.

2º Cuando el médico ignora las intenciones y que él no quiere el aborto, pero la *estructura sanitaria (hospital, clínica, etc.) tiene ya el programa prefijado del aborto selectivo*. En este caso tenemos cooperación material directa ilícita con el programa y, consecuentemente, tampoco puede prestarse.

3º Cuando el médico –antiabortista– no puede establecer con certeza cuál será el comportamiento que tomará la mujer al obtener los resultados del diagnóstico. Según Sgreccia no tiene sentido preguntar anticipadamente a la mujer porque o bien ocultará la verdad, o bien será imposible prever el verdadero estado de ánimo (y sus reacciones) hasta que no se dé la situación real. Por tanto, el especialista puede realizar un diagnóstico “indicado médicamente” (con razones fundadas), aun teniendo en cuenta la posibilidad de una reacción abortista por parte de la mujer, pero con la *obligación* de expresar a la mujer, en caso de resultados negativos, la *verdad integral* sobre la vida del feto, derechos del mismo, etc.

V. MANIPULACIÓN SOBRE EL MATERIAL GENÉTICO NO HUMANO²⁶¹

Mientras se respete el señorío ministerial y no absoluto que tiene el hombre sobre la naturaleza infrahumana, con gran respeto por la ecología, pero un respeto que no obsta la subordinación al hombre de todo lo que es inferior a él, no surgen grandes objeciones morales de las aplicaciones de las técnicas de clonación y manipulación genética en este orden, *en sí mismas consideradas*.

Las objeciones surgen, desde otros órdenes, especialmente de las consecuencias que una manipulación imprudente o desordenada o abusiva, puede acarrear para el biosistema y, en última instancia, la repercusión negativa para el mismo hombre.

²⁶¹ Cf. al respecto ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Biotechnologie animali e vegetali, nuove frontiere e nuove responsabilità*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1999.

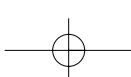
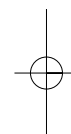
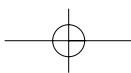
No se debe olvidar que éste es un terreno donde se desconoce mucho todavía. Hay que entrar con mucho respeto y prudencia.

En este sentido se han señalado tres posibles riesgos inmediatos:

(1) Riesgos ambientales: se debe recordar que la introducción de especies vegetales y animales en algunas regiones ha tenido, en algunos casos, impactos negativos sobre ese biosistema, influyendo en la extinción de especies autóctonas; por eso no es infundado el temor que pueda tener sobre todo el biosistema la alteración genética o creación de nuevas especies cuyos comportamientos son imprevisibles.

(2) Riesgos higiénicos y alimenticios: se discute mucho todavía sobre el valor que tienen los alimentos transgénicos, algunos de los cuales se suponen que pueden ser nocivos, al menos a largo plazo, para el hombre o para otras especies vivas. Si bien no se puede por eso descartar el uso de estos productos, también surgen las inquietudes al respecto.

(3) Riesgos militares: no se puede tampoco descartar (por el contrario, es de temer) la posible experimentación y utilización de las mutaciones genéticas y otros tipos de pruebas con fines bélicos (guerra bacteriológica).



CAPÍTULO CUARTO

BIOÉTICA Y ABORTO

El problema del aborto es uno de los más debatidos en nuestro tiempo en razón de las políticas abortistas mundiales que quieren imponer legislativamente este fenómeno macabro como medio de control de la natalidad. Veremos a continuación los aspectos bioéticos implicados y algunos casos discutidos en particular.

I. ASPECTOS GENERALES²⁶²

1. La naturaleza del aborto

Por aborto se entiende “la interrupción del embarazo en el seno materno”. La *Evangelium vitae* define el aborto provocado como “la eliminación deliberada y directa de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va de la concepción al nacimiento”²⁶³.

Desde el punto de vista médico se distingue entre aborto *inducido o provocado* (es el causado intencional y artificialmente, sin importar el método al que se recurra), y aborto *espontáneo* (es el que sucede de manera natural y por accidente no querido).

²⁶² Cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre el aborto provocado*; entre otros N. BLASQUEZ, *El aborto. No matarás*, BAC, Madrid 1977; J.C. WILLKE, *Manual sobre el aborto*, Hiltz Publishing Co. Cincinnati, Ohio, 1972.

²⁶³ JUAN PABLO II, *EV*, 58.

Desde el punto de vista jurídico se distingue entre el aborto *criminal* (en el que la única intención es la muerte del niño) y el aborto *terapéutico* (que designa al aborto indicado médicamente para procurar la vida de la madre, el cual, generalmente la ley civil permite o al menos lo tolera sin penarlo; es claro que el uso del término “terapéutico” es abusivo y falso y esconde un simple aborto directo o inducido).

Desde el punto de vista moral se distingue por un lado entre aborto *directo* (buscado en sí mismo), el cual se subdivide en *realizado* (o *effectu secuto*) y *solamente intentado* (cuando se ha intentado pero no se logró producirlo); y por otro lado el aborto *indirecto* o permitido (es el aborto que no es buscado en sí mismo pero es efecto indirecto de otras acciones sobre la madre).

Debemos decir que el aborto *espontáneo* no reviste interés moral puesto que es un accidente de la naturaleza, por lo que no hablaremos de él en este capítulo.

2. Los métodos abortivos

Sólo a título informativo general, digamos que los métodos empleados hoy día son muy variados, desde los caseros hasta los sofisticados empleados en las clínicas abortistas. Se pueden distinguir entre sí según los momentos del desarrollo embrional en que actúan.

(a) Métodos que actúan antes de la anidación del embrión

Todo método que impida la anidación del embrión en el endometrio, su lugar natural de implantación, debe ser considerado abortivo. En este sentido hay que decir que la mayoría de los anticonceptivos que hoy en día circulan en el comercio tienen efectos abortivos (al menos como segunda instancia, después de haber fallado en el impedir la ovulación o al menos la fecundación). Incluso muchos de ellos lo reconocen al menos veladamente en sus *prospectos*, como cuando se dice que: “el endometrio se afecta de tal manera que la anidación es impedida”, o “se evita que el endometrio alcance el desarrollo adecuado para la implantación”, o “los estrógenos y los progestágenos exógenos provocan un desequilibrio en el endometrio, impidiendo la implantación”, o “ciertos cambios en el endometrio disminuyen la posibilidad de implantación”, etc.²⁶⁴.

²⁶⁴ Tomo estas expresiones de un informe farmacológico realizado a comienzos de 2005 por la “Fundación 25 de marzo”, sobre diversos anticonceptivos comercializados en Argentina. Los nombres de los anticonceptivos o las drogas empleados en ellos, pueden haber variado con el tiempo. En ese momento, el informe indicaba que al menos ocho anticonceptivos reconocían,

La misma acción antinidatoria realizan los dispositivos intrauterinos (DIU) de los que ya hemos hablado en el primer capítulo, aunque no se descarta que, por el material empleado o los productos hormonales presentes, *también* tengan otras acciones sobre la ovulación o sobre la capacidad fecundante del espermatozoides; pero su efecto primero es la modificación del endometrio (siendo así principalmente abortivos).

A todo esto hoy en día se lo denomina *micro-aborto* (como máxima concesión a las acusaciones fundadas de los grupos pro-vida), intentando descargar la gravedad que encierra esta expresión. En realidad entre un micro-aborto y un aborto no existe ninguna diferencia moral; en todo caso se nece-

de una manera u otra, su efecto abortivo (sin usar este término). Eran "Exluton" (droga Linestrenol 0,5 mg, de Laboratorios Organon: "Características:...el endometrio se afecta de tal manera que la anidación es impedida"), "Norgestrel Plus" (drogas Levonorgestrel 0,15 mg y Etinilestradiol 0,03 mg, de Laboratorios Biotenk: "Acción Farmacológica:...Se evita que el endometrio alcance el desarrollo adecuado para la implantación"); "Cilest" (drogas Norgestimat 0,250 mg y Etinilestradiol 0,035 mg, de Laboratorios Janssen-Cilag; el prospecto viene en tres idiomas, de los cuales, en español dice "no está aclarada la influencia que ejercen los estrógenos y progestágenos exógenos sobre el balance (equilibrio) endometrial y en el fallo del implante"; pero en francés se reconoce: "los estrógenos y los progestágenos exógenos provocan un desequilibrio en el endometrio, impidiendo la implantación"; y en inglés también: "ambos exógenos estrógenos y progestágenos dañan el equilibrio endometrial y desalientan la implantación"); "Trinordiol" (drogas Levonorgestrel y Etinilestradiol en distintas dosis distribuidas en tres fases, de Laboratorios Wyeth: "Acción farmacológica:...Además, ciertos cambios en el endometrio disminuyen la posibilidad de implantación"); "Harmonet" (drogas Gestodeno 75 mcg y Etinilestradiol 20 mcg, de Laboratorios Wyeth: "Acción terapéutica:...se producen cambios en el endometrio que reducen la posibilidad de que se produzca el implante"); "Minulet" (drogas Gestodeno 0,075 mg y Etinilestradiol 0,030 mg, de Laboratorios Wyeth: "Acción terapéutica:...cambios en el endometrio (que reducen la posibilidad de implantación)"); "Minesse" (drogas Gestodeno 0,060 mg y Etinilestradiol 0,015 mg, de Laboratorios Wyeth: "Acción farmacológica:...otras acciones incluyen cambios... en el endometrio reduciendo la posibilidad de implantación"); "Loette" (drogas Levonorgestrel y Etinilestradiol, Laboratorios Wyeth: "Acción farmacológica: Su acción se basa... en el endometrio reduciendo la capacidad de implantación"). El mismo informe presenta también una lista comparativa de todas las drogas anticonceptivas vendidas en ese momento en Argentina, mostrando cómo las drogas usadas como base de estos anticonceptivos son abortivas (sea directamente o como una de sus posibles acciones). Así los que se componen a base de levonorgestrel solo, o combinado con etinilestradiol, norgestimat combinado con etinilestradiol, drospirenona combinada por etinilestradiol, gestodeno combinado con etinilestradiol, noretindrona combinado con etinilestradiol, desogestrel combinado con etinilestradiol, etinodiol combinado con quinestrol, medroxiprogesterona sola o combinada con estradiol, dihidroxiprogesterona combinada con estradiol, linestrenol. También este informe muestra cómo mientras los laboratorios en Argentina (Schering, Gador, Janssen-Cilag, Wyeth, Elea, Parke-Davis, etc.), informan de modo ambiguo los mecanismos de acción, los mismos laboratorios u otros, en Suiza y USA, reconocen la acción antiimplantatoria en el endometrio, es decir, su acción abortiva.

sita una distinta actitud psicológica y sangre fría para realizarlo, pero esto es una diferencia meramente accidental.

(b) Métodos que actúan después de la anidación del embrión

Las técnicas utilizadas para el aborto, posteriores a la anidación del embrión son diversas. Algunos de los métodos caseros empleados en la antigüedad consistían en golpes en el abdomen, introducción de objetos agudos en la vagina y en el útero, e incluso ingestión de sustancias tóxicas. Todo esto con graves consecuencias para la madre y terribles malformaciones en el feto cuando resultan ineficaces para producir la muerte. Entre las técnicas más usadas en la actualidad, menciono los siguientes métodos:

Dilatación y raspado (empleado durante los tres primeros meses de gestación): se dilata el cuello uterino y se introduce el *raspador* con el que se separa el feto y la placenta de la pared uterina.

Succión (usado durante los tres primeros meses): consiste en la introducción en el útero de un tubo conectado a un potente aparato de succión, el cual destroza al bebé y la placenta, los absorbe y los deposita en una botella.

Histerectomía o minicesárea (para fetos de más de tres meses): equivale prácticamente a una cesárea. El 100% de los fetos nacen vivos y se los deja morir ulteriormente. Generalmente el método incluye como corolario la ligadura de trompas.

Inyección salina (de dos meses y medio en adelante): consiste en reemplazar el líquido amniótico por una solución salina o azucarada. Esto provoca la muerte del feto por quemaduras y posteriores contracciones que determinan su expulsión del útero en menos de 24 horas.

Aborto de parto parcial: esta clase de aborto se realiza en niños a término, es decir, en aquellos que han completado su desarrollo en el seno materno. Guiado por ultrasonido, el abortista toma las piernas del niño, tira de ellas hacia el canal del parto y saca del seno materno la totalidad del cuerpo, excepto la cabeza que se deja dentro. Entonces el médico hace una incisión en la parte posterior del cuello del niño y con un catéter de succión aspira el cerebro del niño provocando el colapso de la bóveda craneal y la muerte. Luego se extrae el resto del cuerpo ya muerto. El motivo de esta brutal técnica es de orden legal: hecho en estas condiciones, la ley considera que se trata de un aborto y por tanto, si está “legalmente permitido” no incurre en sanciones; en cambio la misma acción realizada fuera del seno materno es delito de infanticidio.

Píldoras abortivas post-implantación: se usan por lo general durante los primeros 30 días del embarazo; consiste en la administración de medicamentos como la mefiprestona (RU 486), el metrotexate y las prostaglandinas; produce efecto directamente sobre el embrión y la placenta provocando contracciones uterinas, la muerte del embrión y su posterior expulsión del útero.

II. ASPECTOS ÉTICOS Y CANÓNICOS

1. El aborto ante la luz de la fe

Sentada la realidad de que el embrión es un ser humano actual (lo cual no toca demostrarlo a la fe sino a la ciencia), el aborto queda encuadrado en el mandamiento divino que prohíbe la muerte del inocente: *No matarás* (Ex 20,13). Sobre la vida del feto en el seno de su madre también hay que indicar numerosos textos que atribuyen una acción particular de Dios sobre el feto ya en el vientre materno: de Dios se dice que crea y forma el ser humano, modelándolo con sus manos (cf. Sal 118,73); en el caso de Jeremías afirma claramente: *Antes que te formara en el vientre te reconocí y antes que salieras del seno materno te consagré* (Jer 1,5; cf. también: Is 49,13; Job 10,8-12; Sal 22,10; 71,6; 139, 13). En el Nuevo Testamento recordemos el episodio de la Visitación: *Apenas sonó la voz de tu salutación en mis oídos ha saltado de gozo el niño (Juan el Bautista) en mi seno* (Lc 1,44).

Por su parte la Tradición católica ha sostenido desde siempre que la vida humana debe ser protegida y favorecida desde su comienzo. Dice la *Evangelium vitae*: “La Tradición cristiana... es clara y unánime, desde los orígenes hasta nuestros días, en considerar el aborto como desorden moral particularmente grave. Desde que entró en contacto con el mundo greco-romano, en el que estaba difundida la práctica del aborto y del infanticidio, la primera comunidad cristiana se opuso radicalmente, con su doctrina y praxis, a las costumbres difundidas en aquella sociedad, como bien demuestra la ya citada Didaché. Entre los escritores eclesiásticos del área griega, Atenágoras recuerda que los cristianos consideran homicidas a las mujeres que recurren a medicinas abortivas, porque los niños, aun estando en el seno de la madre, son ya ‘objeto, por ende, de la providencia de Dios’. Entre los latinos, Tertuliano afirma: ‘Es un homicidio anticipado impedir el nacimiento; poco importa que se suprima el alma ya nacida o que se la haga desaparecer en el nacimiento. Es ya un hombre aquel que lo será’”²⁶⁵.

²⁶⁵ JUAN PABLO II, *EV*, 61.

El texto de la Didaché aludido por el Papa afirma: “No matarás con el aborto el fruto del seno y no harás perecer al niño ya nacido”²⁶⁶.

En cuanto al Magisterio de la Iglesia, se pueden señalar algunos textos para ver la unanimidad de los testimonios. El *Concilio de Elvira*, en el año 305, afirma en su canon 63: “si alguna mujer en ausencia de su marido cometiére adulterio, y de sus resultas concibiére, y después de esto matase a su hijo, no recibirá la comunión ni aun al fin de la vida, por haber duplicado la maldad”. Canon 68: la catecúmena que concibió en adulterio y mató el feto será bautizada al fin de su vida. El *Concilio de Ancira*, año 314, reduce la pena a 10 años. El *Concilio de Lérida*, año 546, canon 2: “Aquellos que procuran matar a los hijos concebidos malamente en adulterio o a los ya nacidos o trataren por medio de algunas hierbas de ahogarlos en el útero materno, déseles la comunión a los adúlteros de ambos sexos después de siete años de penitencia; pero con tal que todo el tiempo de su vida lo pasen llorando humildemente su crimen...”. El *Concilio de Braga*, año 572, canon 77: “La mujer que fornicare y después matare a su hijo y aquella que intentare el aborto, matando el feto, o la que trabaja para no concebir, bien sea cuando comete adulterio, bien cuando cohabita con su consorte legítimo, según los cánones antiguos ni aun en la muerte recibía la comunión. Pero nosotros usando de misericordia, ordenamos que tanto las mujeres como las que saben estas maldades, debe hacer penitencia 10 años”. El *Iº Concilio de Maguncia*, año 847, determina que sea impuesta la penitencia más rigurosa “a las mujeres que provoquen la eliminación del fruto concebido en su seno” (canon 21).

En cuanto a los Papas tenemos declaraciones de Esteban V, Sixto V, Inocencio XI, Pío XI, Pío XII, Juan XXIII, Pablo VI y Juan Pablo II²⁶⁷. También se ha expedido al respecto el Concilio Vaticano II²⁶⁸, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe con su documento *Declaración sobre el aborto provocado* (del año 1974) y el Catecismo de la Iglesia Católica²⁶⁹.

2. El aborto ante la luz de la razón

La argumentación filosófica está resumida en la Declaración sobre el aborto y en la *Donum vitae*²⁷⁰. Los elementos principales ya los hemos indi-

²⁶⁶ *Didaché*, V, 12.

²⁶⁷ Cf. los testimonios de los primeros en SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre el aborto provocado*, n. 7.

²⁶⁸ Cf. GS, 27; 51.

²⁶⁹ Cf. *Catecismo...*, 2270-2275.

²⁷⁰ Cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre el aborto provocado*, 8-13; y SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, DV, I, 1.

cados en la primera parte de nuestro estudio, al hablar de las tesis antropológicas que guían la bioética y se pueden resumir en los siguientes elementos: 1º no podemos constatar por experimentación el momento de la animación; 2º pero tenemos todos los elementos para indicar en qué momento ya hay un nuevo ser autónomo en su proceso de formación y este momento es la sigamia; 3º de todos modos, quien no acepte la certeza de este dato, quedaría en estado de duda ante la realidad que tiene delante (es decir, jamás podrá decir con certeza absoluta que ese ser *no es persona humana*) por tanto debe guiarse por lo que dice la *Declaración sobre el aborto procurado*: “aunque hubiese duda sobre la cuestión de si el fruto de la concepción es ya una persona humana, es objetivamente un pecado grave el atreverse a afrontar el riesgo de un homicidio. *Es ya un hombre aquel que está en camino de serlo* (Tertuliano)”; 4º por tanto, cualquier intento por determinar un momento para la *personalización* (o sea, el comienzo de ese ser como persona) posterior a la sigamia es una discriminación cronológica arbitraria.

Dice al respecto Juan Pablo II en la *Evangelium vitae*: “desde el momento en que el óvulo es fecundado, se inaugura una nueva vida que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. Jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde entonces. A esta evidencia de siempre... la genética moderna otorga una preciosa confirmación. Muestra que desde el primer instante se encuentra fijado el programa de lo que será ese viviente: una persona, un individuo con sus características ya bien determinadas. Con la fecundación inicia la aventura de una vida humana, cuyas principales capacidades requieren un tiempo para desarrollarse y poder actuar. Aunque la presencia de un alma espiritual no puede deducirse de la observación de ningún dato experimental, las mismas conclusiones de la ciencia sobre el embrión humano 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?”²⁷¹.

3. Juicio moral y canónico sobre el aborto²⁷²

(a) Moralidad objetiva del aborto

Afirma el Papa Juan Pablo II en la *Evangelium vitae*: “con la autoridad que Cristo confirió a Pedro y a sus sucesores, en comunión con todos los

²⁷¹ JUAN PABLO II, *EV*, 60.

²⁷² Cf. L. CICCONE, *Non uccidere*, Ares, Milán 1988, 170-179.

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 directo, es decir, querido como fin o como medio, es siempre un desorden moral grave, en cuanto eliminación deliberada de un ser humano inocente. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal. Ninguna circunstancia, ninguna finalidad, ninguna ley del mundo podrá jamás hacer lícito un acto que es intrínsecamente ilícito, por ser contrario a la ley de Dios, escrita en el corazón de cada hombre, reconocible por la misma razón, y proclamada por la Iglesia”²⁷³.

De aquí se sigue el *principio fundamental del respeto absoluto* por la vida en el vientre materno: “está en juego algo tan importante que, desde el punto de vista de la obligación moral, bastaría la sola probabilidad de encontrarse ante una persona para justificar la más rotunda prohibición de cualquier intervención destinada a eliminar un embrión humano. Precisamente por esto, 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 garantizar el respeto incondicional que moralmente se le debe al ser humano en su totalidad y unidad corporal y espiritual: el ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida”²⁷⁴.

En consecuencia el aborto es una forma particular de homicidio, agravado por numerosas circunstancias: 1º Por parte del sujeto asesinado: la condición indefensa del nascituro y por la privación de los bienes sobrenaturales del Bautismo. 2º Por parte del responsable principal: es la misma madre, lo cual lo constituye en delito de filicidio. 3º Por el ejecutor principal y sus colaboradores: se trata de personas que tienen por profesión la defensa de la vida y por tanto estamos ante un delito cualificado²⁷⁵.

²⁷³ JUAN PABLO II, *EV*, 62.

²⁷⁴ JUAN PABLO II, *EV*, 60.

²⁷⁵ La misericordia de Dios es infinita y su sabiduría tiene “camino” que el hombre no conoce, pero en cuanto depende de quienes realizaron el aborto, se priva al niño de la vida de gracia, de la posibilidad de la felicidad eterna (visión de Dios cara a cara [cf. 1Cor 13,12]), de

Por todas estas razones el Concilio Vaticano II lo calificó de *delito abominable* (GS, 51); le son claramente aplicables las calificaciones que le dio una conferencia Episcopal²⁷⁶: “Entre los varios asesinatos, el de la vida naciente es en sumo grado *repugnante... una barbarie... una crueldad... una impiedad*”. El Papa Juan Pablo II ha hablado de “el crimen abominable del aborto, vergüenza de la humanidad... condena a los niños concebidos a la más injusta de las ejecuciones: la de los seres humanos más inocentes”²⁷⁷.

(b) Moralidad y culpabilidad subjetiva

Manteniendo en pie lo dicho sobre la moralidad objetiva, a veces puede resultar difícil constatar en qué grado la moralidad subjetiva se amolda a ella. Puede haber varias causas que atenúen (difícilmente excusen) la responsabilidad del sujeto. Generalmente los atenuantes subjetivos recaen sobre la madre y no sobre los médicos (que están en condiciones óptimas para saber lo que hacen al respecto).

Entre las causas que pueden influir para atenuar la responsabilidad podemos enumerar: la ignorancia sobre la realidad del aborto, especialmente a causa de las campañas que distorsionan la realidad del mismo; y también la violencia moral que ejercen sobre la madre aquellos que la rodean e impulsan a que dé tal paso. Por eso afirma la *Evangelium vitae*: “En ocasiones la mujer está sometida a presiones tan fuertes que se siente psicológicamente obligada a ceder al aborto: no hay duda de que en este caso la responsabilidad moral afecta particularmente a quienes directa o indirectamente la han forzado a abortar”²⁷⁸.

(c) La pena canónica del aborto

El Código de derecho canónico prevé la pena de excomunión *latae sententiae* (de modo automático) para el aborto (c. 1398) cuando se reúnen las siguientes condiciones: mayoría de edad (18 años cumplidos); conocimiento que se trata de un pecado grave; conocimiento de que existe tal pena eclesiástica; realizado el acto con la plenitud propia de un acto humano; cuando el

la resurrección gloriosa (cf. Flp 3,21) y de la participación gozosa con los santos y ángeles en el banquete eterno (cf. Ap 5,11; 7,9-10).

²⁷⁶ Conferencia Episcopal de Reggio-Emilia Guastalla (Italia), 18 de febrero de 1977.

²⁷⁷ JUAN PABLO II, “Discurso durante el Encuentro con las familias en el estadio Maracanã”, Río de Janeiro (Brasil), en *L'Osservatore...*, 10 de octubre de 1997, 6, n. 3.

²⁷⁸ JUAN PABLO II, *EV*, 59.

aborto no sólo ha sido intentado sino que de hecho se ha seguido (*effectu secuto*). También pueden ser excomulgados quienes han realizado un aborto teniendo más de 16 años cumplidos y menos de 18, pero en este caso, tal excomunión no es *latae sententiae*.

Son sujetos pasibles de estas penas: quienes lo procuran (madre, médico, partera); quienes cooperan induciendo (esposo, novio, consejeros); los que cooperan en la intervención quirúrgica; y todos aquellos “sin cuya obra el delito no habría sido cometido” (c. 1329, § 2): aquí entrarían los directivos del Hospital que prestan las instalaciones (con toda la conciencia que hemos requerido arriba).

4. Problemas psicológicos²⁷⁹

Entre los médicos, psicólogos, psiquiatras e incluso sacerdotes, es bien conocido el llamado “Síndrome post-aborto” (“P.A.S”: “Post-Abortion-Syndrom”). Designa el cuadro patológico que comprende un complejo de síntomas fisiológicos, psicológicos y espirituales, desencadenados tras la realización de un aborto procurado (voluntario). Afecta fundamentalmente a las mujeres que han abortado, pero también se verifica (en distintos grados) en todos los demás que han intervenido en el hecho: el padre de la criatura, los médicos y el personal abortista. Los síntomas que se manifiestan están en relación directa con las razones por las cuales se abortó, el tiempo del embarazo, la relación entre los padres de la criatura, los pasos que se dieron en la decisión y las influencias que se padecieron durante el período traumático de la decisión. Normalmente todos los pasos que llevan a la decisión abortista son altamente traumáticos para las personas involucradas, especialmente para la madre: se trata de presiones externas, remordimientos de conciencia, conflictos interiores entre las convicciones religiosas o naturales y la intención de abortar, la necesidad de lograr un endurecimiento interior para poder tomar la decisión, etc. Todo esto puede desembocar (y ordinariamente así sucede) en el mencionado síndrome; los síntomas más comunes de éste son:

(a) *Síntomas de pesar y dolor*: aparecen sufrimientos interiores que cuando no se superan conducen a la *depresión*; ha ocurrido que personas que han caído en estados depresivos agudos, se han transformado luego en personalidades psicóticas.

²⁷⁹ Cf. M. FUENTES, “¿Existe un ‘síndrome post-aborto’?”, *Diálogo* 20 (1998) 135-145. A. SPAGNOLO, “La sindrome da trauma post-abortivo”, en *Bioética nella ricerca...*, 19-21.

(b) *Sentimiento de culpabilidad*: el mismo sentimiento de culpabilidad mal llevado espiritualmente (sin confesión) suele empujar a estados depresivos, que se manifiestan en grandes tristezas, llantos, visión negativa y pesimista del mundo circundante. Cuando el sentimiento de culpa es muy grande lleva a sentimientos de pánico y autodestrucción.

(c) *Agresividad*: un efecto del conflicto desatado por el aborto es la agresividad de la mujer hacia los que han intervenido en el aborto: el médico, el novio o esposo, los parientes o amigos que la empujaron al acto e incluso contra sí misma.

(d) *Incertidumbre afectiva*: el mismo sentimiento de desamor y desamparo que la mujer supone que ha padecido su hijo por parte de ella, comienza a atormentarla a ella misma: se siente no querida, rechazada y abandonada afectivamente por los demás.

(e) *Interrupción abrupta del ciclo hormonal*: cuando se interrumpe el proceso de modo abrupto, como ocurre en el aborto, tiene lugar en la mujer un trastorno notable con efectos en todos esos órdenes: físico, afectivo, psicológico y relacional; estas perturbaciones pueden ir desde las depresiones en el orden emotivo, hasta la constatación médica de mayores tendencias a adquirir cáncer de mama, pasando por problemas de integración social y familiar.

(f) *Conciencia "biológica"*. Es un fenómeno verificado por muchos psiquiatras. Cito el testimonio del psiquiatra Karl Stern: "No pocas veces vemos que en los casos en que una mujer comete un aborto artificial, digamos en el tercer mes de la gestación, este acto parece no tener consecuencias psicológicas. Sin embargo, seis meses después, precisamente cuando el bebé habría debido venir al mundo, el sujeto cae víctima de grave depresión o incluso de psicosis. Ahora bien, acerca de esto se observan dos circunstancias curiosas. La depresión se produce aun sin que la mujer se dé cuenta conscientemente de que 'ahora es el momento en que habría debido nacer mi bebé'. Además, la filosofía de la paciente no es necesariamente tal que ella desaprobe el acto de interrupción del embarazo. Sin embargo, su profunda *reacción de pérdida* (que no va necesariamente unida con una preocupación consciente por el parto fallido) coincide con el tiempo en que éste hubiera tenido lugar... La mujer, en su íntimo ser, está profundamente vinculada al *bios*, a la *naturaleza misma*"²⁸⁰.

(g) El *sentimiento de fracaso como madre y problemas relacionados*. A veces, para llenar el vacío, tiene lugar un deseo vehemente de querer reem-

²⁸⁰ Citado por B. HÄRING, *Shalom: Paz*, Herder, Barcelona 1975, 213.

plazar al niño perdido; pero este deseo se mezcla con la sospecha y el temor de no saber desempeñarse como madre, o de no poder relacionarse con el bebé de manera correcta o de no saber criarlo. También ocasiona miedo respecto de los hijos futuros, por ejemplo: miedo a maltratarlos; a veces esto ocasiona la decisión de no tener más hijos. Algunos estudios muestran también que algunas mujeres que han abortado tienen problemas reales para llevar adelante posteriores maternidades.

(h) *Otros problemas.* Los estudios a los que hacemos referencia indican también otros síntomas propios de este “síndrome”, como por ejemplo: alteraciones de diversa índole en el sueño (pesadillas persistentes), crisis de identidad, desconfianza, sentimiento de cinismo (conciencia de la inocencia perdida), e incluso enfermedades psicosomáticas como anorexia y bulimia.

III. ALGUNAS CUESTIONES PARTICULARES

1. El llamado “aborto indirecto”

El llamado aborto indirecto, es en realidad una aplicación de los principios de doble efecto y del voluntario indirecto. El término “aborto indirecto” es una expresión muy poco feliz, porque en realidad no se trata de una acción en la cual el aborto sea buscado como un fin, ni aun como un medio para alcanzar algo (por ejemplo, la salud de la paciente o la regulación de la natalidad), sino de una acción en la cual el aborto es “efecto tolerado y no querido”.

La cuestión se plantea de la siguiente manera: ¿es lícito poner una acción terapéutica (causa) de la que, además de seguirse la salud de la paciente (efecto bueno), se sigue también el aborto (efecto malo)? En realidad, las condiciones exigidas para una recta aplicación del principio de doble efecto se dan sólo en muy pocos casos en los cuales el feto “no viable” (“viable” significa que puede vivir fuera del útero materno; “no viable”: cuando no puede vivir fuera del mismo) está ya muerto o irremediablemente condenado a morir por la misma naturaleza; allí la acción no apunta directamente a la extirpación del feto, pero ésta se sigue con bastante probabilidad, y el hecho de que haya casi certeza de su muerte inminente e inevitable dan la “causa proporcionada”. Sobre este tipo de acciones dice la *Carta a los agentes de la salud*: “Cuando el aborto viene como consecuencia prevista pero no intencionada ni querida, simplemente tolerada, de un acto terapéutico inevitable para

la salud de la madre, éste es moralmente legítimo. El aborto es consecuencia indirecta de un acto en sí no abortivo”²⁸¹.

Los casos en los que a veces tiene aplicación este principio son los siguientes²⁸²: la “abruptio placentae”, o desprendimiento parcial o total de la placenta de la cavidad uterina; la polihidramnios, o exceso anormal (o malformación) del líquido amniótico; el recurso a ciertos fármacos (como la ocitocina) para cohibir hemorragias eventuales; los *embarazos ectópicos*.

Dediquemos un par de palabras a este caso de los embarazos ectópicos (ectópico significa “fuera del lugar natural”) que puede presentarse con cierta frecuencia (hasta 1 de cada 200 embarazos y con notable aumento en los últimos años²⁸³). En más del 95% de los casos estos embarazos son tubáricos (o sea el embrión queda implantado en las tubas de Falopio). Sobre esto escribía Peinador²⁸⁴: “En cuanto a los fetos ectópicos... nunca es lícito extraer el óvulo vivo ni realizar ninguna incisión que vaya directamente contra el feto... Dice Scremin sobre este tema: En cuanto a la moralidad de los tratamientos comunes de la gravidez ectópica cuando el feto no es vital, se puede decir que, si la ruptura ha tenido ya lugar y la hemorragia, aunque pequeña, está en marcha, es lícito intervenir para contener la hemorragia, aunque el feto esté vivo y conserve su unión con la placenta. La muerte del feto por una intervención cuyo fin terapéutico es poner fin a la hemorragia es consecuencia indirecta, y no ha sido intentada ni como fin ni como medio. Lo mismo se ha de decir de la gravidez ovárica o en el extremo del útero rudimentario, atresico. En cualquier caso se impone una conducta expectante, que dé la posibilidad de una actuación inmediata, cuando lo indiquen el curso del embarazo y las posibles complicaciones”. También Royo Marín: “En caso de gestación ectópica o extrauterina, el feto humano posee los mismos derechos naturales que si estuviera colocado en su sitio natural. Por lo tanto, no es lícito jamás, bajo ningún pretexto, matarle directamente. Lo único que puede hacerse es la llamada operación Wallace (consiste esta operación en trasladar el feto ectópico del sitio anormal en que se encuentra anidado a su sitio normal en el útero o matriz para que alcance allí su normal desarrollo. Modernamente ha comenzado a hacerse con éxito, y con ella se atiende muy

²⁸¹ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 142; el documento cita a Pío XII, 27 de noviembre 1951, en AAS 43 (1951) 859.

²⁸² Confrontarlos D.M. BASSO, *Nacer y morir...*, 384-390.

²⁸³ Cf. A. SPAGNOLO, *Bioetica nella ricerca...*, 251.

²⁸⁴ A. PEINADOR, *Moral Profesional*, n. 652.

bien a la vida de la madre y del hijo), si la pericia del médico permite esperar buenos resultados para la vida del hijo y de la madre; o la llamada expectación armada (preferentemente en una clínica o sanatorio quirúrgico donde puedan utilizarse en seguida los medios apropiados), consistente en la intervención inmediata del médico al producirse la rotura del saco fetal (que pone en grave peligro la vida de la madre), porque el feto se separa entonces de sus conexiones vitales (extráigasele y bautícesele inmediatamente); o la laparotomía, si el feto es ya viable y hay grave peligro para la madre si prosigue la gestación hasta el fin, porque se trata, en este caso, de una simple aceleración del parto, que es lícita con causa justificada. Únicamente sería lícita la extirpación del feto ectópico cuando se tuviera plena certeza de su muerte (cosa bastante difícil en la práctica), porque entonces es claro que no se le mata”²⁸⁵. Spagnolo recensiona un trabajo de Pearce y otros, en que se manifiestan nuevos avances en la transformación de un embarazo tubárico (ectópico) en uterino, con serias posibilidades de éxito²⁸⁶.

2. El aborto terapéutico

El llamado aborto “terapéutico” es aquel que es indicado médicamente como medio para sanar o tratar ciertas anomalías del embarazo. Gran parte de los médicos indican directamente aborto, en contra de los principios morales y generalmente en contra de los mismos principios científicos que pueden controlar técnicamente la mayoría de estos problemas. Suelen indicarlo para los casos de²⁸⁷:

(a) **Anomalías patológicas del embarazo:** 1º *Eclampsia*: alteración tóxica cuyos síntomas son muchos e intermitentes convulsiones más o menos fuertes, seguidas de coma; tiene graves consecuencias sobre varios órganos como: riñones, hígado, cerebro, pulmones, corazón, bazo. En realidad no debería presentar problemas éticos porque aparece en estados avanzados de embarazo cuando el feto es ya viable. Hoy día, además, no hay eclampsia ni pre-eclampsia que no responda al tratamiento. 2º *Hiperemesis gravídica*: excesiva frecuencia de vómitos, con efectos perniciosos, durante el emba-

²⁸⁵ A. ROYO MARÍN, *Teología Moral para Seglares*, BAC, Madrid 1986, I, n. 565.

²⁸⁶ Cf. A. SPAGNOLO, *Bioetica nella ricerca...*, 251-254; el artículo es de J.M. PEARCE – I.T. MANYONDA – G.V.P. CHAMBERLAIN, “Term delivery after intrauterine relocation of an ectopic pregnancy”, en *Br. J. Obstet Gynaecol* 1994, 101, 716-717.

²⁸⁷ Cf. D.M. BASSO, *Nacer y morir...*, 371-379.

razo. Aparece en los primeros meses de embarazo. En realidad está hoy muy controlada. 3º *Placenta previa*: se trata de la implantación de la placenta en el sector más bajo de la pared uterina, dentro de la zona de dilatación o cerca de ella. En realidad cuando el cuadro se torna severo, el feto es ya viable, lo cual disminuye el problema ético. 4º *Mola hidatídica*: conglomerado de vesículas como lesión del tejido; es un tumor benigno. En caso de que el embrión se haya desarrollado, generalmente muere. Debería utilizarse una actitud expectante hasta el momento de la viabilidad, mientras la vida de la madre no esté en inminente peligro por la presencia de la mola.

(b) **Enfermedades cardíacas**: ni en los casos generales ni en los particulares el aborto soluciona nada. En algunos tipos de enfermedades puede ser controlada en un 95%; en otros realizando cirugía el riesgo de mortalidad materna es similar al que se expone sin aborto. Además, hay que ver si el aborto en estos casos no es más peligroso que el embarazo. El aborto es *técnicamente* contraindicado en estos casos. Y los que lo indican apelan a datos ya antiguos en la ciencia médica.

(c) **Enfermedades tumorales**: el que los tumores de ovario, de mama o cuello uterino obliguen a indicar el aborto terapéutico es fantasía. Puede afirmarse, según estadísticas minuciosas de los Estados Unidos que se ha demostrado que durante el embarazo estos tumores suspenden su desarrollo. En todo caso, hay otras posibilidades quirúrgicas a las que apelar sin pensar en el aborto.

Por tanto, el aborto por indicación terapéutica constituye un asesinato directo.

3. El aborto eugenésico

Se conoce como indicación eugenésica o *selectiva*, a aquella que considera lícito aniquilar en el seno de la madre la vida de una criatura que ha de venir al mundo como una carga hereditaria de taras y enfermedades. La legislación vigente en muchos países protege y hasta aconseja en casos concretos el aborto eugenésico. A esto apunta, en muchos casos, el diagnóstico prenatal²⁸⁸.

4. Obligaciones hacia los fetos abortados

La cuestión ha sido explícitamente tocada por el Pontificio Consejo para los Agentes de la Salud afirmando: “Hacia los fetos abortados los agentes de la

²⁸⁸ Cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*, I, 2.

salud tienen obligaciones particulares. El feto abortado, si está aún vivo, en los límites de lo posible, debe ser bautizado (CDC, c. 871). Al feto abortado, y ya muerto se le debe el respeto propio del cadáver humano. Esto implica que de él no se puede deshacer como si fuera cualquier deshecho. En la medida de lo posible debe dársele adecuada sepultura. Igualmente el feto no puede convertirse en objeto de experimentaciones y de resección de órganos, si se ha hecho abortar voluntariamente. Sería una indigna instrumentalización de una vida humana”²⁸⁹.

5. La legislación abortista

Ante todo, las leyes pro abortistas no tienen valor vinculante: “Las leyes que, como el aborto y la eutanasia, legitiman la eliminación directa de seres humanos inocentes están en total e insuperable contradicción con el derecho inviolable a la vida inherente a todos los hombres, y niegan, por tanto, la igualdad de todos ante la ley... Por tanto, las leyes que autorizan y favorecen el aborto y la eutanasia se oponen radicalmente no sólo al bien del individuo, sino también al bien común y, por consiguiente, están privadas totalmente de auténtica validez jurídica. En efecto, la negación del derecho a la vida, precisamente porque lleva a eliminar la persona en cuyo servicio tiene la sociedad su razón de existir, es lo que se contrapone más directa e irreparablemente a la posibilidad de realizar el bien común. De esto se sigue que, cuando una ley civil legitima el aborto o la eutanasia, deja de ser, por ello mismo, una verdadera ley civil moralmente vinculante. Así pues, el aborto y la eutanasia son crímenes que ninguna ley humana puede pretender legitimar. Leyes de este tipo no sólo no crean ninguna obligación de conciencia, sino que, por el contrario, establecen una grave y precisa obligación de oponerse a ellas mediante la objeción de conciencia”²⁹⁰.

En cuanto a la participación legislativa (proposición o votación de leyes abortistas): “En el caso, pues, de una ley intrínsecamente injusta, como es la que admite el aborto o la eutanasia, nunca es lícito someterse a ella, ni participar en una campaña de opinión a favor de una ley semejante, ni darle el sufragio del propio voto”²⁹¹.

²⁸⁹ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, n. 146.

²⁹⁰ JUAN PABLO II, *EV*, 72-73.

²⁹¹ JUAN PABLO II, *EV*, 73.

El Magisterio contempla, sin embargo, un caso singular como es el de la votación de una ley abortista “más restrictiva que la ley vigente o que la ley que está en curso de votación”: “Un problema concreto de conciencia podría darse en los casos en que un voto parlamentario resultase determinante para favorecer una ley más restrictiva, es decir, dirigida a restringir el número de abortos autorizados, como alternativa a otra ley más permisiva ya en vigor o en fase de votación. No son raros semejantes casos. En efecto, se constata el dato de que, mientras en algunas partes del mundo continúan las campañas para la introducción de leyes a favor del aborto, apoyadas no pocas veces por poderosos organismos internacionales, en otras naciones –particularmente aquellas que han tenido ya la experiencia amarga de tales legislaciones permisivas– van apareciendo señales de revisión. En el caso expuesto, cuando no sea posible evitar o abrogar completamente una ley abortista, un parlamentario, cuya absoluta oposición personal al aborto sea clara y notoria a todos, puede lícitamente ofrecer su apoyo a propuestas encaminadas a limitar los daños de esa ley y disminuir así los efectos negativos en el ámbito de la cultura y de la moralidad pública. En efecto, obrando de este modo no se presta una colaboración ilícita a una ley injusta; antes bien, se realiza un intento legítimo y obligado de limitar sus aspectos inicuos”²⁹².

El problema se encuadra en un caso muy específico: 1º la existencia actual de leyes injustas o que están en cauce de votación; 2º la imposibilidad por parte de un legislador concreto de cambiarla o anularla totalmente; y 3º la posibilidad de cooperar al encauzamiento al menos de una ley más restrictiva.

Según la *Evangelium vitae*, cuando se cumplen tales condiciones estaría permitido cooperar al encauzamiento de una ley más restrictiva. El documento juzga que se trata de una cooperación material, pues más adelante dirá que “jamás es lícito cooperar formalmente al mal”²⁹³, y este documento entiende por “cooperación formal” no sólo cuando se comparte la intención del agente principal sino también cuando se realiza un acto que en sí mismo es intrínsecamente injusto. Ahora bien, la cooperación material se rige, en definitiva, por el principio de doble efecto; en este caso, el parlamentario vota concretamente “la restricción” que contiene la ley que él propulsa, es decir, “la limitación de los aspectos inicuos” de la otra ley.

²⁹² JUAN PABLO II, *Ibid.*

²⁹³ Cf. JUAN PABLO II, *EV*, 74.

6. Inducción del parto de los anencefálicos

Un caso que se ha discutido sobre su encuadramiento o no con el tema del aborto es la “inducción” o adelantamiento del parto del feto anencefálico (por cesárea u otra técnica)²⁹⁴. El problema se plantea porque el bebé anencefálico no puede vivir fuera del seno materno, por tanto, su nacimiento anticipado equivale también a una muerte anticipada.

Los defensores de la licitud de la inducción del parto de bebés anencefálicos apelan a los derechos de la madre a adelantar el parto a un tiempo que no comprometa de por sí la vida de la criatura; se aduce que en estos casos la muerte del feto anencefálico no sería directamente querida, puesto que se adelanta el parto a un tiempo en el que un bebé normal ya podría vivir autónomamente fuera del útero materno, por tanto su muerte es solamente efecto secundario (la muerte se produce por su enfermedad); en términos morales, se intenta decir que aquí se aplica el principio de doble efecto.

¿Qué podemos decir desde el punto de vista moral?

(a) Es claro que la intención de inducir el parto a un momento en que el feto no es viable equivale lisa y llanamente a un aborto. Pedirlo y concederlo es pecado de aborto. Sobre esto no gira la discusión.

(b) Inducir un parto cuando el feto es viable no equivale a un aborto y es compatible con las leyes morales *siempre y cuando* haya motivos médicos que lo prescriban y se respete tanto la vida del feto como la de la madre. En esto me parece acertado tener en cuenta algunos principios recordados por el Dr. A. Spagnolo²⁹⁵:

1º El feto anencefálico tiene los mismos derechos que cualquier feto sano y para estos la orientación actual en obstetricia es llevar siempre a término la gestación (hasta la semana 40ª) en la medida que sea posible, porque el ambiente que mejor puede asegurar el desarrollo y la maduración del *nascituro* es el útero materno.

2º Además, para el feto anencefálico la expectativa de vida en el útero materno es mayor que la que tiene en ambiente extrauterino: inducir el parto antes del término equivale por tanto a reducir, de modo consciente, la duración de la existencia de este individuo anticipando deliberadamente la muerte.

²⁹⁴ “Anencefálico” indica la ausencia de una gran porción del cerebro, cráneo y cabellera, con su génesis en el primer mes de gestación.

²⁹⁵ A. SPAGNOLO, *Bioetica nella ricerca...*, 63-66.

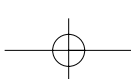
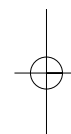
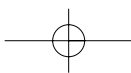
3º Interrogarse sobre la viabilidad o no viabilidad del feto tiene sentido siempre que nos encontremos en presencia de graves patologías fetales o maternas que hacen imposible la prosecución de la gestación hasta el término y pongan en peligro la supervivencia del mismo feto y se haga necesario anticipar el parto antes del término. En el caso del feto anencefálico nos encontramos frente a la situación de que la permanencia en el útero representa la mejor entre las diversas posibilidades porque apenas nace está destinado a morir.

4º Por tanto no es éticamente aceptable determinar condiciones que puedan poner en peligro la vida del feto con el sólo objetivo de la salud psíquica de la madre.

(c) Teniendo en cuenta esto considero que no hay motivos suficientes para inducir el parto del bebé anencefálico. Y en caso de que esta gestación causase grandes prejuicios a la salud psíquica de una madre, hay que tener en cuenta que prevalecen los derechos del niño concebido por encima de la madre que lo ha concebido, la cual tiene la obligación para con su hijo de llevar a término la vida que le ha dado.

Carlos Abel Rey cataloga, por eso, la inducción del parto del bebé anencefálico como una “forma atípica de eutanasia”: “Provocar el parto inducido prematuro del niño con anencefalia es someter a la madre y al niño a un riesgo mayor, y es sobre todo *adelantar o acelerar en semanas o meses, la muerte del niño*. Si bien técnicamente es posible hacer un parto inducido, uno a cuatro meses antes de la fecha calculada del parto, en estos casos se sabe con certeza que el niño va a morir a las pocas horas o días después del nacimiento. No estamos autorizados a acelerar la muerte de ninguna persona. Aunque esta muerte tenga características propias, pues no se mata directamente al niño, sino que se lo hace nacer prematuramente, lo que acelerará la muerte. La razón de esta negativa es que, de esta manera, la muerte se produce antes de lo programado por la naturaleza (para los agnósticos) o por el plan de Dios (para los creyentes). En realidad, es una forma atípica de eutanasia. No es concretamente eutanasia directa, porque al inducir el parto prematuramente sin causa grave, no se hace una acción o una omisión que mate al niño directamente. Pero la inducción adelantada del parto, acelera su nacimiento y ello le ocasiona la muerte poco después. Y no está en nuestra potestad acelerar o adelantar la muerte de ningún ser humano”²⁹⁶.

²⁹⁶ Cf. AICA, n. 2306, 28 de febrero de 2001.



CAPÍTULO QUINTO

BIÓETICA DE LA ESTERILIZACIÓN

La esterilización es el acto mediante el cual una persona se priva o es privada o al menos consiente en ser privada de su capacidad procreativa temporal o permanentemente, mediante una mutilación orgánica o simplemente funcional²⁹⁷. Definida de este modo, comprende también la contracepción. Sin embargo, hoy se prefiere distinguir entre una y otra según los criterios siguientes: 1º la contracepción es siempre temporánea y por tanto reversible; la esterilización es normalmente irreversible o al menos difícilmente reversible; 2º la contracepción no comporta ninguna mutilación; la esterilización siempre comporta mutilación orgánica.

En cuanto a la situación mundial, hay que decir que la Organización Mundial de la Salud ha afirmado que la esterilización se ha convertido en uno de los métodos principales para el control de la natalidad. En muchos países la campaña de esterilización masiva ha sido llevada a cabo sin el conocimiento cabal o contra la explícita voluntad de muchas mujeres esterilizadas (en su mayoría pobres o discapacitadas). La Santa Sede ha denunciado las campañas llevadas a cabo en la India (en 1956 y 1976), en Perú, en Brasil

²⁹⁷ Por “mutilación orgánica” se entiende la intervención mutilante sobre un órgano humano. Por “mutilación funcional” se entiende la intervención que sólo actúa sobre la función de los órganos sin alterar los mismos.

(entre las mujeres que han utilizado algún medio de control de la natalidad, alrededor del 40% han sido esterilizadas)²⁹⁸.

La escalada es también impresionante: en USA en 1970 se contaban 942.000 casos de esterilización voluntaria y en 1975 ya había 8 millones (cuatro y medio de varones y tres y medio de mujeres). En 1980 se indicaba que en el mundo había 102,5 millones de personas esterilizadas: 42 en China, 27 en India, 12,5 en USA, 7 en Europa, 2 en América, 1 en África.

I. ASPECTOS TÉCNICOS Y GENERALES

1. Especies de esterilización

Se distinguen diversas especies de esterilización según los diversos puntos de vista con que puede ser considerada:

(a) Desde el punto de vista de la *eficacia* de la intervención, se distingue entre esterilización temporal *reversible* y esterilización permanente *irreversible*.

(b) Desde el punto de vista del *fin* de la esterilización se distingue entre: esterilización *eugenésica* (realizada en orden a evitar la concepción de personas con riesgo de enfermedades genéticas; también hay que colocar aquí la esterilización *racial* empleada, por ejemplo, por el nazismo); esterilización *penal* (infligida por un legítimo tribunal como pena de particulares delitos, hoy prácticamente ha desaparecido, aunque en muchos lugares piden una “esterilización química” para los violadores o psicóticos sexuales)²⁹⁹; esterilización *contraceptiva* (realizada exclusivamente para impedir la concepción de una nueva vida humana) y esterilización *terapéutica* (realizada en cuanto es necesariamente requerida para la salud del sujeto esterilizado).

(c) Desde el punto de vista ético, se distingue clásicamente entre esterilización *directa* y esterilización *indirecta*. Esta distinción es la que más interesa a la teología moral. Por eso nos detendremos un poco más a presentar bien la problemática que entraña.

²⁹⁸ Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, “Declaración sobre la disminución de la fecundidad en el mundo”, en *L'Osservatore...*, 27 de marzo de 1998, 10.

²⁹⁹ No trataré aquí del tema; lo he desarrollado en M. FUENTES, *El Teólogo Responde*, Ed. Verbo Encarnado, San Rafael 2001, I, 83-87.

2. Esterilización directa e indirecta: conceptos y crítica de la terminología

(a) Directo e indirecto

El Magisterio no sólo se sirve sino que, contrariamente a su proceder habitual, formula esta distinción.

1º La esterilización *directa*. El primero en definirla fue Pío XII en 1951, puntualizándola como “aquella que tiende como medio o como objetivo a volver imposible la procreación”³⁰⁰.

Tiempo más tarde, en 1958, propuso una fórmula más elaborada: “por esterilización directa nosotros designamos la acción que se *propone* como fin o como medio el hacer imposible la procreación; pero no aplicamos este término a toda acción que hace, de hecho, imposible la procreación: el hombre no tiene siempre intención de hacer aquello que resulta de su acción aun si lo prevé”³⁰¹.

En 1975, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, del 15 de marzo de 1975, en su Carta a la Conferencia Episcopal de la Estados Unidos sobre la esterilización en los Hospitales Católicos, afirma con claridad: “cualquier esterilización que por sí misma, es decir, por su naturaleza y procedimiento propio, inmediatamente produce que la facultad generativa se vuelva incapaz de procrear, debe ser retenida como esterilización directa, tal como ésta es entendida en el Magisterio Pontificio, especialmente de Pío XII”³⁰².

De estos documentos se recaba que se debe entender como esterilización directa: *toda intervención sobre el sistema reproductivo humano cuyo objeto propio sea el hacer imposible la concepción de una nueva vida ya sea que este objeto sea querido como “voluntad finalizada” (fin) o como “voluntad que elige” (como medio para otro fin)*. Por tanto, la *finalidad intrínseca* es privar a una persona humana de su capacidad procreativa.

2º La esterilización *indirecta*, a la luz de lo dicho, se debe entender como: *toda acción sobre el sistema reproductivo humano que no se propone como su objeto propio el hacer imposible la procreación, ni como fin ni como medio, sino que se propone un efecto terapéutico alcanzable sólo mediante una intervención que tiene como consecuencia la esterilización*.

³⁰⁰ Pío XII, “Discurso a las obstetricias”, 29 de octubre de 1951, AAS 43 (1951) 843-844; C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 102ss. (esp. 108-109).

³⁰¹ Pío XII, “Discurso al Congreso Internacional de Hematología”, 12 de diciembre de 1958, AAS 50 (1958) 734-735; C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 352.354-355.

³⁰² AAS 68 (1976) 738.

Según estas definiciones se puede afirmar que el Magisterio retiene que se trata de esterilización directa los casos de: esterilización eugenésica y esterilización contraceptiva; mientras que se trata de esterilización indirecta sólo la esterilización terapéutica.

(b) ¿El principio del voluntario indirecto o distinción por su objeto?

Si leemos atentamente los documentos citados notaremos que, en el fondo, la esterilización directa viene planteada como un caso de voluntario directo y la esterilización indirecta como un caso de voluntario indirecto. Pero esta distinción entre “voluntario directo” y “voluntario indirecto” parece estar ausente de la teología moral católica hasta el siglo XVI; anteriormente —como, por ejemplo, en la teología de Santo Tomás— el mismo problema se encaraba a la luz de la doctrina del objeto moral del acto humano.

Debemos reconocer que la formulación de este principio adolece de cierta ambigüedad y, por tanto, puede ser bien usado —como en los documentos magisteriales— o mal usado —como lo hace el *consecuencialismo teológico*. La ambigüedad se pone de manifiesto en la formulación comúnmente admitida que afirma que la “esterilización terapéutica” es lícita, mientras la “esterilización contraceptiva” es ilícita. Esta formulación puede empujar a que se piense que la “acción esterilizante” es un acto moralmente indiferente, que se divide en buena o mala por su fin o por sus efectos (curar un tumor, o no querer tener hijos). En este razonamiento el concepto de “esterilización” es concebido como éticamente neutro, y por eso se puede dividir en terapéutico y contraceptivo; además, la razón por la cual se recurre a la esterilización se concibe o como suficiente (y sería lícita) o insuficiente (y en tal caso es ilícita); finalmente, la suficiencia o insuficiencia de esta razón se toma de la *proporción* entre el mal óntico o físico de la esterilidad y “otros bienes” que se siguen de ella.

Ahora bien, este análisis, propio de la moral proporcionalista, es erróneo. Debemos decir, por el contrario, que la esterilización no es un género que se especifica en dos especies (terapéutica y contraceptiva), sino que estamos ante dos actos *esencialmente diversos aunque externa y físicamente semejantes*. La distinción entre ambos casos no radica en sus efectos ni en sus intenciones sino en sus *objetos morales*, los cuales son esencialmente diversos, pues:

1º El *objeto* de la *esterilización contraceptiva* es el hacer imposible una nueva concepción. Este objeto la voluntad puede quererlo ya sea en sí y por sí (el que quiere la esterilidad como un fin en sí, para ejercer la sexualidad sin

compromisos ni problemas posteriores) o bien en orden a otro fin (como en el caso de que un nuevo embarazo sea peligroso para la salud física o psicológica de la mujer o para la economía de la familia). Por eso es siempre *ilícita*, porque niega un bien, el bien de la concepción de una persona humana.

2º El *objeto* de la (incorrectamente llamada) *esterilización terapéutica* no es el volver imposible una concepción sino el quitar un órgano o bloquear una función fisiológica en cuanto este acto de mutilación es el único modo para alcanzar la salud de tal o cual persona.

Por tanto, si bien nos acomodamos al uso corrientemente admitido de “esterilización directa” e “indirecta o terapéutica”, no los entendemos exclusivamente según la teoría del voluntario directo e indirecto (que en este caso se vuelve ambiguo) sino como actos esencialmente diversos desde el punto de vista moral, aunque revistan ciertas semejanzas externas desde el punto de vista físico.

3. Las técnicas de esterilización³⁰³

Respecto de la *mujer* las técnicas más corrientes para la esterilización contraceptiva son el bloqueo de las tubas, sea con ligadura, sea mediante electrocauterización, sea mediante constrictores (clips) mecánicos. Se experimentan hoy día técnicas que puedan ser más rápidas y que garanticen la total reversibilidad. Las técnicas más *radicales e irreversibles* (como la ovariectomía –ablación de ovarios– y la histerectomía –ablación del útero–) son practicadas normalmente sólo en el caso de intervenciones terapéuticas (tumores, hemorragias, etc.).

En el *hombre* las técnicas se reducen en gran parte a la vasectomía. Respecto a la *reversibilidad* es actualmente más difícil en el varón (20-30% de recuperación de la fecundidad) que en la mujer (50% de embarazos tras procedimientos de recanalización). En cuanto a las posibles *complicaciones* parecen más relevantes los riesgos de complicación en los varones, en forma de riesgos físicos (granulomas, hematomas, infecciones); sin embargo, las complicaciones físicas más serias consisten en la instauración de una reacción inmunitaria que lleva a la producción de anticuerpos capaces de inducir infertilidad incluso tras la recanalización.

También existen serios riesgos –tanto para el varón como para la mujer– de complicaciones psicológicas y psicosexuales, sobre todo teniendo en cuenta que ya la misma opción de la esterilización (como indica Sgreccia) es síntoma

³⁰³ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 350ss.

o causa de un dinamismo de carácter destructivo; entre estos efectos psicológicos pueden indicarse problemas de incertidumbre en la pareja, sensación de fracaso en la virilidad o femineidad, en la paternidad o en la maternidad, y profundas depresiones, etc.

4. El “arrepentimiento” de quienes se esterilizan

Como el fenómeno “masivo” de la esterilización es un fenómeno en cierto sentido “reciente” (de la segunda mitad del siglo XX), todavía no se tienen datos fehacientes de las consecuencias psicológicas que produce; sin embargo, se sabe que el número de mujeres que se arrepiente de haber recurrido a la esterilización es bastante elevado. El estudio más amplio e importante ha sido realizado en Estados Unidos por un grupo de investigadores³⁰⁴. En este país la ligadura de trompas es el método anticonceptivo de mayor difusión (600.000 mujeres recurren a él cada año). Para realizar dicho estudio se interrogó a 11.232 mujeres de 18 a 44 años, que se habían sometido a la ligadura de trompas entre 1978 y 1987, en su mayoría no por razones médicas sino como método anticonceptivo. Se trataba de evaluar la probabilidad de que al cabo de catorce años de la esterilización lamentaran la decisión tomada.

En conjunto, el 12,7% desearía no haberse esterilizado. El porcentaje es sorprendentemente alto en el caso de las mujeres que fueron esterilizadas con menos de treinta años (20,3%), y entre las solteras (20,4%). El arrepentimiento es menor (5,9%) entre aquellas que se esterilizaron después de cumplir los treinta. Los motivos de arrepentimiento más alegados por las mujeres que se esterilizaron con menos de 30 años son el deseo de tener más hijos (33,1%) y el divorcio o nuevo matrimonio (23,9%). Entre las de más de 30 años, el motivo más invocado son los subsecuentes problemas ginecológicos o de menstruación (28,8%), si bien no hay explicación biológica para ello, y el deseo de tener más hijos (26,1%).

Los autores del estudio, concluyen que aunque la mayoría de las mujeres esterilizadas no se arrepienten, “un porcentaje sorprendentemente alto de mujeres esterilizadas a una edad joven lamentarán su decisión en algún momento”.

³⁰⁴ Fue publicado en *Obstetrics & Gynecology* (junio 1999).

II. ASPECTOS MORALES

1. Juicio moral sobre la esterilización contraceptiva

(a) Argumentos del Magisterio

El Magisterio ha afirmado siempre que la esterilización contraceptiva es en sí y por sí gravemente injusta y que no puede ser legitimada por ninguna circunstancia ni por ningún fin bueno. La doctrina del Magisterio ha sido constante al respecto³⁰⁵.

Antes del Concilio Vaticano II se pueden citar a Pío XI (Encíclica *Casti conubii*, sobre el matrimonio cristiano), al Santo Oficio bajo Pío XI³⁰⁶; a Pío XII³⁰⁷; el Santo Oficio bajo Pío XII³⁰⁸. En el *Concilio Vaticano II* no aparece nombrada, pero se alude a ella en *Gaudium et spes*, en el n. 27 donde se condena todo lo que viola la integridad de la persona humana, y en el n. 87, al hablar del problema demográfico exhortando a abstenerse de soluciones contrarias a la ley moral. Después del Concilio hay que mencionar a Pablo VI en la *Humanae vitae*³⁰⁹, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe en su *Respuesta a la Conferencia Episcopal americana sobre la esterilización en los hospitales católicos* (13 de marzo de 1975), y a Juan Pablo II, *Familiaris consortio* y *Evangelium vitae*³¹⁰.

A la luz de lo que se dice en todos estos documentos, debemos señalar que la esterilización directa es un acto injusto “*ratione obiecti*”. En estos documentos se apela al menos a dos razones específicas para hacer este juicio sobre la esterilización contraceptiva:

³⁰⁵ Cf. L. CICCONE, *Non uccidere*, 326ss.

³⁰⁶ SANTO OFICIO bajo Pío XI, “Decreto del 21 de marzo de 1931 donde se condena la llamada teoría eugénica” (AAS 23 [1931] 118ss.); “Decreto del 11 de octubre de 1936 donde se condena la esterilización contraceptiva en general y la eugénica en particular” (DS 3760-3765).

³⁰⁷ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “Discurso al Congreso Internacional de Cirugía”, 22 de mayo de 1948, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 78; “Discurso a las Obstétricas católicas”, 29 de octubre de 1951, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 108-109; “Discurso a la Iª Reunión Internacional de Genética médica”, 8 de setiembre de 1953, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 162-163; “Discurso al VII Congreso Internacional de Hematología”, 12 de setiembre de 1958, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 354-355.

³⁰⁸ SANTO OFICIO, “Decreto del 24 de marzo de 1940”, AAS 32 (1940), 73.

³⁰⁹ PABLO VI, *HV*, 11-12, 16, 14.

³¹⁰ Cf. JUAN PABLO II, *FC*, 6 y 30; *Id.*, *EV*, 91.

1º A partir de la moral de la vida física: la esterilización contraceptiva, en cuanto lesión de la integridad física de la persona, constituye un atentado parcial contra la vida de la persona porque suprime una función integrante de la vida física (función de singular importancia porque se orienta al don de la vida). Esto atenta contra el principio del “*primum non nocere*”. Es irracional la destrucción de un órgano en cuanto se prevé que *usando libremente* de él se podría causar un daño al organismo. Lo racional en estos casos es el *abstenerse del uso*³¹¹. El único límite que coloca el Magisterio y la moral a este principio es el principio de *totalidad*. Por tanto, si en algún caso existen motivos proporcionadamente graves para un ejercicio sexual biológicamente infecundo, la única vía lícita es regular inteligente y responsablemente la actividad sexual (abstención o uso de los períodos infecundos). Es más, debemos añadir que la esterilización es igualmente una solución ilógica para quien no acepte la doctrina católica sobre la anticoncepción, ya que si aceptara la licitud de la anticoncepción (y difícilmente acepte la licitud de la esterilización y no la de la contracepción en general), iría contra el principio (discutible, por otro lado) del mal menor, pues en este caso elige un mal mayor (la esterilización) pudiendo recurrir a un mal menor (contraceptivos).

2º A partir de la moral sexual: al igual que en el caso de la anticoncepción en general, también aquí se ve que la esterilización no respeta la *inseparabilidad de las dos dimensiones* de la conyugalidad (unión y procreación); se quiere la esterilización precisamente para poder tener actos sexuales sin la posibilidad de procrear. Pero esta separación entre la unión sexual y la procreación, intentada voluntariamente, es siempre ilícita, como hemos visto más arriba. La esterilización, como la contracepción manifiesta una voluntad antiprocreativa.

(b) Algunas posiciones inaceptables en moral³¹²

En contra de lo que acabamos de mencionar algunos moralistas han tratado de justificar el recurso a la esterilización por diversas vías argumentativas.

³¹¹ Así por ejemplo, en el caso de un apasionado futbolista que se enferma del corazón y por tal razón le viene prohibido cualquier esfuerzo físico, sería irracional amputarle las piernas para evitar caer en la tentación de jugar arriesgando la vida. El mismo caso vale para la pareja en la cual un nuevo embarazo puede poner en peligro la vida de la mujer. En esta circunstancia, dependiendo el posible embarazo del ejercicio de un acto libre, lo racional es la abstención de dicho acto.

³¹² Cf. L. CICCONE, *Non uccidere*, 339ss.

Así, por ejemplo, *Bernard Häring*, consideraba que la distinción entre esterilización directa e indirecta es “demasiado banal”³¹³, “no es suficiente para un discernimiento cabal”³¹⁴, “insuficiente y no nos hace creíbles a los hombres de hoy”³¹⁵. Propone, por tanto, distinguir las varias formas de esterilización en base a la “intención directa” y “el significado interno”³¹⁶; añade: “lo que cuenta no es sólo la intención de la persona sino también la finalidad de la acción en cuanto tal”. Sin embargo, en la realidad este segundo elemento de carácter objetivo termina casi siempre por desaparecer y la *intención* o motivo se vuelve el *elemento determinante* para la moralidad de la esterilización.

Por eso, para Häring son ilícitas las formas de esterilización que se basan en motivos moralmente reprobables o insuficientes, como el rechazo de los hijos por motivos puramente egoístas o el buscarla para ejercer libertinamente la sexualidad. Sería lícita, en cambio, dentro de las exigencias legítimas de la pareja, para ejercer una sexualidad realmente *responsable* o cuando la esterilización puede decirse “terapéutica”. Häring usa el concepto de terapia como lo que tiende a la “salud global de la persona”, o la “salud del matrimonio” o la salud “de las relaciones conyugales”, para cuyos casos “la esterilización puede ser parte indispensable de la terapia”³¹⁷; en el mismo sentido usa el término para justificar, en otros lugares, otros medios de anticoncepción.

Creo que a la posición de Häring se le pueden hacer varias *críticas*: 1º Ante todo Häring se cuida mucho de decir que su posición es contraria a la doctrina de la Iglesia; incluso dedicando un parágrafo a la esterilización en los hospitales católicos ni siquiera hace conocer al lector que existe un Documento de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe (13 de marzo de 1975) sobre el tema. 2º Su doctrina se encuadra evidentemente en la moral de intenciones y no tiene en cuenta que la principal fuente de la moralidad viene a todo acto por el objeto moral al que tiende³¹⁸. 3º Su con-

³¹³ B. HÄRING, *Etica medica*, Paoline, Roma 1972, 153.

³¹⁴ B. HÄRING, *Libertad y fidelidad...*, III, 38.

³¹⁵ B. HÄRING, *Ibid.*

³¹⁶ B. HÄRING, *Libertad y fidelidad...*, III, 37.

³¹⁷ Cf. Entrevista a Padre Häring, “Sterilizzazione anno zero”. *Problemi morali, Rivista di sessuologia* 1 (1977) 94.

³¹⁸ “El objeto de la elección puede por sí solo viciar el conjunto de todo el acto” (*Catecismo...*, n. 1755). “La razón por la que no basta la buena intención, sino que es necesaria también la recta elección de las obras, reside en el hecho de que el acto humano depende de su objeto, o sea si éste es o no es ‘ordenable’ a Dios, a Aquel que «sólo es bueno», y así realiza la perfección de la persona” (JUAN PABLO II, *VS*, n. 78). “El acto es moralmente bueno cuando supone, al mismo tiempo, la bondad del objeto, del fin y de las circunstancias. El

cepto “global” de terapia es falso y apunta a sostener el valor terapéutico de las mutilaciones graves de la persona. Y lo aplica a la sexualidad en contra de lo que afirma el documento de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe³¹⁹. 4º Plantear la esterilización como una actuación de la paternidad responsable es una contradicción terminológica. En efecto, la procreación responsable postula –por definición– la posibilidad de procrear cuando se lo desee y la posibilidad de no hacerlo cuando hay motivos fundados para no desearlo. Sólo de este modo hay “responsabilidad”. La esterilización supone, en cambio, la imposibilidad de procrear aunque se lo desee.

Por otro lado para E. Chiavacci (y F. Böckle de quien afirma tomar su posición) la esterilización *es lícita como “extrema ratio”*, es decir, cuando: por un lado, subsiste el deber, prácticamente irreversible, de no procrear más; y por otra parte, existe la imposibilidad práctica o psicológica de recurrir a métodos eficaces para hacer infecundo el acto conyugal. En tal caso, afirma, negar la esterilización sería “un contrasentido, algo contrario a la *recta ratio*, que es precisamente la medida de la ley natural”³²⁰. Reconoce que esta tesis vale solamente si “el *precepto operativo* sobre el que está construida la *Humanae vitae*” es considerado no absoluto, sino susceptible de excepciones; y si se tuviera sólo “una interpretación lata de la *Humanae vitae*”.

Debemos criticar esta posición diciendo que, ante todo, minimiza el valor doctrinal de la doctrina de la *Humanae vitae* llamándola dos veces “precepto operativo” (es decir, de valor relativo, como orientador de las acciones); y rechaza la *Humanae vitae* o por lo menos hace una interpretación lata que tergiversa el sentido y espíritu de la misma.

Finalmente, L. Rossi comparte la posición de Häring y sostiene que se puede aplicar (como ya lo había hecho para la contracepción) el principio del *mal menor o de la elección entre valores*³²¹. Afirma: “No ignoramos que la

objeto elegido puede por sí solo viciar una acción, aunque la intención sea buena”. (*Compendio*, n. 368).

³¹⁹ “... No puede ser ni siquiera invocado en este caso el principio de totalidad, en virtud del cual se justifican intervenciones sobre los órganos por motivo de un mayor bien de la persona; la esterilidad por sí misma intentada, en efecto, no está orientada al bien integral de la persona rectamente entendido, en la observancia del recto orden de las cosas y de los bienes, desde el momento en que es contraria al bien moral de la persona, que es el bien más alto, privando a propósito la prevista y libremente elegida actividad sexual de un elemento esencial” (n. 1).

³²⁰ E. CHIAVACCI, *Morale della vita fisica*, EDB, Bologna 1976, 73.

³²¹ L. ROSSI, “Esterilidad (y esterilización)”, en *Diccionario enciclopédico...*, 343-349.

esterilización directa está condenada al igual que la anticoncepción en la encíclica *Humanae vitae* (n. 14). Mas precisamente por esto pensamos que cabe aplicar a la esterilización los principios morales que hoy no pocos teólogos y obispos católicos aplican a la anticoncepción, comenzando por el del mal menor o la elección entre los diversos valores... Citaremos el último documento de la Sagrada Congregación para el Clero que se refiere a la *Humanae vitae*: en él se reconoce sólo que, ‘en el juicio último y conclusivo, la conciencia es inviolable y nadie puede ser forzado a obrar de modo contrario a su conciencia, según atestigua la tradición moral de la Iglesia’; sino que se añade que ‘las particulares circunstancias que intervienen en un *acto humano objetivamente malo*, si es verdad que no pueden transformarlo en objetivamente virtuoso, pueden convertirlo en inculpable o menos culpable, o subjetivamente defendible’. Adviértase que aquí se continúa hablando de malicia objetiva, pero ya no de malicia intrínseca. Esto explica por qué *puede entonces admitirse casos en que la esterilización (hormonal, por ejemplo) esté permitida*. Se comenzó por los casos así llamados *terapéuticos* o aparentemente tales, como la necesidad de regular el ciclo de la mujer, o de aplicar la continencia periódica, o de retrasar la ovulación después del parto, o de ayudar a la mujer deportista a la que se le exigían prestaciones especiales. Se desembocó en casos clarísimamente *no terapéuticos*, tal como el de las hermanas del Congo que tenían que defenderse de las agresiones de los ‘scimbas’ y hasta de las mujeres casadas en la necesidad de defenderse de las agresiones (sic) del marido, en momentos en que no hubieran tenido que procrear. Se comprende que fatalmente había que llegar a ofrecer un concepto no ya biológico, sino ético de la esterilización. *La esterilización que es menester evitar es la que se intenta allí donde subsiste el deber y el derecho de procrear*. Porque el dato ético, según muchos, no puede reducirse al puro dato biológico, sino que ha de releerse de manera atenta, tomando en consideración otros valores. Consideremos, por ejemplo, el nexo entre esterilización, anticoncepción y aborto. Si no parece posible consentir fácilmente el recurso a la esterilización, sobre todo perpetua, cuando en una situación de necesidad cabe salir al paso y poner remedio con un simple anticonceptivo, no es ni siquiera admisible el que se ponga en el mismo plano la esterilización y el aborto, dado el respeto que se debe a la vida humana. En el caso de que la alternativa fuese verdaderamente: o la esterilización hoy o el aborto mañana, o la esterilización por piedad o el aborto eugenésico –pongamos por caso–, no quedarían dudas acerca de la opción a tomar. Es todo el discurso sobre el ‘mal menor’, muy delicado en el campo católico, el que hoy se pre-

cisa entablar, si no se quiere que lo mejor sea enemigo de lo bueno, es decir, que la ambición del ideal lleve a no realizar ni siquiera el pequeño bien que se podría hacer. No hay que denunciar tanto la esterilización libremente aceptada por motivos demográficos cuanto, más bien, la situación mundial presente en que cada uno va a lo suyo y el que está mal se halla destinado a estar todavía peor”³²².

No podemos aceptar esta posición ya que explícitamente la *Humanae vitae* rechazó la aplicación del principio del mal menor a la anticoncepción en general³²³. Cuando se trata de actos intrínsecamente malos, el principio del mal menor autoriza a “tolerar” a veces el mal que hacen otros, pero no acredita para que uno mismo perpetre un mal. Ante la posibilidad de elegir un mal nuestra conciencia debe regirse por un principio supremo de la moral y que es *malum vitandum est*; y sobre los primeros principios no caben excepciones. Aquello que es inmoral por su naturaleza, no se hace bueno moralmente por el hecho de que puedan acaecer males peores; y mientras siga siendo moralmente malo, un acto jamás podrá ser objeto de la elección de una voluntad buena. Por tanto, cuando la alternativa fuese sólo dos males morales, la voluntad debe abstenerse de aceptar cualquiera de los dos; las consecuencias que se sigan de esta abstención no son ya responsabilidad de quien se encuentra en tales circunstancias.

2. La moralidad de la esterilización terapéutica

Dejando aclarado que la expresión “esterilización terapéutica” es poco feliz y se presta a un uso ambiguo, pero que no tenemos más remedio que recurrir a ella por estar presente en la mayoría de los escritos de moral que tratan del tema, la podemos *definir* diciendo que se trata de aquella intervención que tiene como objeto no el hacer al hombre o a la mujer incapaces de procrear, sino la amputación de un órgano o la supresión de la función de un órgano reproductivo, en la medida que tal órgano o tal función constituyen un grave peligro para la vida o para la salud del sujeto.

Así considerada, la esterilización terapéutica debe considerarse lícita *siempre y cuando* se verifiquen simultáneamente tres condiciones:

³²² L. Rossi, “Esterilidad (y esterilización)”, en *Diccionario enciclopédico...*, 346-347.

³²³ “Tampoco se pueden invocar como razones válidas, para justificar los actos conyugales intencionalmente infecundos, el mal menor o el hecho de que tales actos constituirían un todo con los actos fecundos anteriores o que seguirán después, y que por tanto compartirían la única e idéntica bondad moral” (PABLO VI, *HV*, 14).

(a) Que la presencia o el funcionamiento de un órgano particular dentro del organismo provoque un daño serio o constituya una amenaza de daño serio para el mismo. Esto tiene lugar en situaciones como:

1º Cuando los órganos de la procreación están gravemente enfermos (gangrena de testículos, rotura del útero, tumor de ovarios, cáncer de próstata, menstruaciones que perduran demasiados días o que impiden por el dolor cualquier trabajo, infecciones graves, etc.).

2º Cuando los órganos de la generación están sanos y funcionan correctamente, pero provocan de hecho, directa o indirectamente, una acción nociva para la salud de todo el organismo e imposible de eliminar por otros medios diversos a la esterilización (por ejemplo, cuando los ovarios están sanos, pero pueden ser, por motivos razonables, sede de una nueva manifestación cancerígena una vez que han sido extraídos otros órganos enfermos, etc.).

3º Cuando el mal se anida en un órgano no procreador pero que tiene una relación de interdependencia con un órgano directamente procreador, aunque éste esté sano y que funciona (por ejemplo, el cáncer de mama, que está correlacionado con los ovarios).

(b) Que este daño serio no pueda ser evitado o al menos no pueda ser notablemente disminuido sino mediante la mutilación orgánica o funcional (por ejemplo, que no pueda ser evitado por la simple abstención de las relaciones sexuales).

(c) Cuando racional o prudentemente puede presumirse que el efecto negativo (mutilación) en sus consecuencias negativas será compensado por el efecto positivo (supresión o disminución del peligro o disminución del sufrimiento).

El juicio concreto sobre si se verifican o no las tres condiciones no es ya competencia del ético sino del equipo médico y del comité de bioética encargado de analizar los casos que se presentan (y que debería estar presente en todos los centros sanitarios importantes).

La razón que está a la base de este juicio de licitud es el “principio de totalidad” que ya hemos discutido en la primera parte de la bioética.

III. ALGUNOS CASOS DISCUTIDOS DE ESTERILIZACIÓN

1. El llamado “caso límite” o “útero cansado”

El caso es aquél en el cual parece aconsejable evitar un nuevo embarazo por ser éste altamente riesgoso. Se plantea, por ejemplo, cuando hay en la

mujer patologías cardíacas, circulatorias, renales, y especialmente —es el argumento más usado y por eso me referiré especialmente a él aunque lo que diremos es aplicable también a los otros problemas— por *precedentes cesáreas múltiples*. El problema fue afrontado directamente por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe con una respuesta del 31 de julio de 1993: “Cuando el útero —por ejemplo, a causa de precedentes intervenciones— se encuentra en tal estado que, aunque no constituya en sí un riesgo actual para la vida o la salud de la mujer, no está ya previsiblemente en condiciones de llevar a término un futuro embarazo sin peligro para la madre —peligro que en algunos casos puede resultar incluso grave—, ¿es lícito extirparlo (histerotomía) a fin de prevenir tal eventual peligro futuro derivado de la gestación? *Respuesta: No*”.

Es cierto que cuando se han practicado dos o más cesáreas existe la posibilidad real de que el útero se rompa durante un nuevo embarazo, y hoy día este problema es frecuentísimo en cuanto cada vez se recurre más asiduamente al parto cesáreo. Pero, desde el punto de vista moral hay que decir:

(a) No se trata de esterilización terapéutica porque no se verifican las condiciones del principio de totalidad, sino de una verdadera y propia esterilización contraceptiva.

Esto se pone más en evidencia si se tiene en cuenta que:

1º El útero que ha sido sometido a varias cesáreas no constituye *en sí mismo y por sí mismo* ningún peligro grave actual para la salud y para la vida de la mujer. El peligro deriva de la posibilidad de un embarazo, no del útero en sí mismo. El Documento de la Sagrada Congregación sigue: “En realidad, el útero, tal como es descrito en la pregunta 2ª, no constituye *in se y per se* ningún peligro actual para la mujer. Por tanto, los procedimientos arriba descritos no tienen carácter propiamente terapéutico sino que se ponen en práctica para hacer estériles los futuros actos sexuales, de suyo fértiles, libremente realizados. El fin de evitar los riesgos para la madre derivados de una eventual gestación es pues perseguido por medio de una esterilización directa, en sí misma siempre ilícita moralmente, mientras que quedan abiertas a la libre elección otras vías moralmente lícitas”.

2º Por esta misma razón, todo el peligro para la salud depende exclusivamente de un acto libre de los esposos: el acto sexual realizado durante el período fértil. La solución, por tanto, debe ser privarse de este acto en tal período.

3º Los teólogos que sostienen que se trata de una esterilización terapéutica no tienen en su aval ningún texto magisterial.

(b) El plantear la licitud del recurso a la esterilización es contradictorio.

Si fuera lícito recurrir a la esterilización para evitar un nuevo embarazo riesgoso para la madre o para el futuro feto, más lícito todavía sería el recurrir a la píldora anticonceptiva, porque es menos dañoso para el organismo. Ahora bien, ésta es una consecuencia que contradice claramente la enseñanza de la *Humanae vitae*.

2. Esterilización ante peligro grave de violación

El problema planteado encierra varias cuestiones: cuando se da para una mujer un peligro grave e inminente de ser violada ¿es lícito de su parte recurrir a la esterilización para evitar una maternidad que sería consecuencia de la violación?; ¿se puede hablar en este contexto de violación ética dentro de la pareja legítimamente casada?; ¿es lícito esterilizar a una persona deficiente mental que a causa de su deficiencia no está en condiciones de defenderse?

(a) Esterilización o anticoncepción y violación en general

No se puede negar que pueden existir situaciones objetivamente graves en las que la violación se presenta como un peligro real e inminente, en especial en situaciones de guerra (se consultó el problema a raíz de las violaciones de las religiosas del Congo Belga durante la guerra de independencia, y reflató con las violaciones durante la guerra étnica entre los países de la ex-Yugoslavia; la Santa Sede no respondió oficialmente en el primero de los casos, pero encargó un artículo semioficial a dos estrechos colaboradores de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, los PP. Oartz y Palazzini, quienes respondieron afirmativamente que se podía recurrir a la píldora anticonceptiva, estimando que no se trataba de contracepción estrictamente dicha). ¿Cuáles son las razones que se han aducido a favor de esta postura?

Algunos aducen como argumento que la maternidad es un estado que impone *graves deberes morales* hacia la persona engendrada. Ha de tenerse en cuenta que la violación y la injusticia no se limitan en este caso a la unión física sexual contra la voluntad de la persona violada sino que también es una injusticia el estado que se sigue de la violación. Ahora bien, no se puede imponer a una mujer, contra su voluntad, el ingreso en un estado de vida determinado que exija graves deberes morales de por vida. Por tanto, no se puede imponer a una mujer un acto del que puede seguirse la maternidad. Ahora bien, si no se puede imponer tal acto, se sigue que dicha mujer tendría *el deber*

o al menos el derecho de impedir el ser introducida en el estado de maternidad. Por tanto, ella tiene el derecho de defenderse del acto (violación) y de las consecuencias del mismo (embarazo). A decir verdad, con esta argumentación solamente se demuestra que la persona violentada tiene el derecho de oponerse; pero no queda clara la licitud de los métodos a los cuales recurre.

Otros argumentan a la luz del principio de la *Humanae vitae* sobre la *no separabilidad* de las dos dimensiones del acto humano. En efecto, la contracepción es ilícita en cuanto separa los significados unitivo y procreativo del acto conyugal. Pero en el caso en que la voluntad humana sufre violentamente el acto sexual, no separa los dos elementos, y por tanto, su acción no se encuadraría en la definición –y condenación– de la anticoncepción. La mujer violada no separa ambos significados por cuanto ella no elige, ni quiere ninguno de los dos aspectos del acto. Por parte de la víctima, la violación es un acto no-humano, un simple acto biológico que un ser más fuerte impone al más débil. Las medidas que toma la mujer en este caso (lavajes inmediatamente después del acto, o el uso de algún contraceptivo anteriormente al mismo) serían una defensa de la mujer de la acción fecundante del violador. Así puede leerse en Grisez y May³²⁴. En este caso, como señalan estos autores, el objeto moral de la mujer no es prevenir la concepción de un nuevo ser, sino más bien prevenir el acabamiento de una acción sexual injusta.

Ahora bien, estos argumentos pueden tener valor –y creo que los tienen, al menos mientras el Magisterio no se expida en contrario por alguna razón que no haya sido tomada en cuenta– pero siempre debe mantenerse que los actos que hace la persona violada (o que corre riesgo inminente de ser violada) deben ser proporcionados. De aquí que puede ser lícito todo acto que en previsión del acto o después del mismo tienda a impedir la concepción (por tanto, lavajes vaginales posteriores, o el uso de espermicidas, tapones, etc.). Es desproporcionado todo acto que tenga como resultado una mutilación permanente (por tanto, no se justifica la esterilización) o actos que puedan tener como resultado un aborto (por tanto, el uso de anticonceptivos directamente abortivos o que tienen algún efecto abortivo) porque en tal caso está en juego la vida de un inocente, si llegara a ser concebido (siempre y cuando haya anticonceptivos de los que pueda asegurarse una función estrictamente anovulatoria y no antianidatoria). En este sentido, creo adecuada la directiva de la Conferencia Episcopal de los Estados Unidos al respecto: “Una mujer que ha

³²⁴ Cf. W. MAY, *Catholic Bioethics...*, 140-142; G. GRISEZ, *The Way of the Lord Jesus*, Franciscan Press, Quincy, IL, 1993, II, 512.

sido violada debería poder defenderse contra una potencial concepción fruto del asalto sexual. Si, después de un test apropiado, no hay evidencia de que la concepción ya haya ocurrido, podría ser tratada con medicamentos que puedan prevenir la ovulación, la capacitación del esperma o la fertilización. Sin embargo, no es permisible, iniciar ni recomendar tratamientos que tenga como propósito o efecto directo la remoción, destrucción, o interferencia en la implantación de un óvulo fertilizado”³²⁵.

(b) Violación dentro del matrimonio

Algo distinto del caso anterior –aunque relacionado con él– es el caso de la violencia dentro del matrimonio. Se puede hablar de violencia matrimonial en sentido propio cuando nos referimos a maltratos físicos, psicológicos, verbales, etc. Pero al referirnos a violencia sexual, debemos hacer una distinción importante. En efecto, se puede hablar en general de violencia *quoad rem* (“en cuanto a la cosa”, es decir, por obligar a hacer algo a lo que una persona no está obligada), y violencia *quoad modum* (“por su modo”, es decir, cuando se obliga a una persona a realizar algo que *debe* realizar, pero *de un modo indebido*).

El matrimonio concede a ambos cónyuges el derecho-deber de ejercer su sexualidad; pero este derecho (de exigirlo o pedirlo) y el deber (de concederlo) tiene como límite “el modo humano” del acto sexual³²⁶. La expresión “humano modo” indica aquel acto que reúne las condiciones suficientes e indispensables para que sea un acto humano. En el acto sexual matrimonial el modo humano implica: la apertura a la vida, la libertad por ambas partes, la realización del acto de modo *natural*.

En este sentido, cabe la hipótesis de que el acto sexual sea realizado por parte del marido de un modo *no humano*, por ejemplo, en estado de embriaguez, con imposición, contra la voluntad justificada de la esposa, sin querer aceptar los tiempos de fertilidad e infertilidad de la esposa, con riesgos para su salud si ella está enferma y no debería quedar embarazada, etc. En esta

³²⁵ NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOP, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Facilities*, Washington 1995, Directiva 36.

³²⁶ Esto es tan importante, que el Código de Derecho Canónico en su definición de matrimonio, considera a éste rato y consumado (o sea perfeccionado) cuando es realizado precisamente de este modo humano: “El matrimonio válido entre bautizados se llama rato solamente, si no ha sido consumado; rato y consumado, si los cónyuges *han realizado entre sí de modo humano* el acto conyugal apto de por sí para engendrar la prole, al que el matrimonio se ordena por su misma naturaleza, y mediante el cual los cónyuges se hacen una sola carne” (CDC, c. 1061, § 1).

hipótesis también cabe la posibilidad de que la esposa no siempre pueda resistirse o no sea capaz de hacerlo (por amenazas contra ella o los hijos, por timidez o cobardía psicológica, etc.).

Supuesta la realidad de este caso, así como la mujer no está obligada a hacer el acto sexual contra el modo humano (con violencia) le cabe también derecho de defenderse ante todo del acto mismo (no sólo de no prestarse al acto conyugal, sino de defenderse del mismo); y si es doblegada por la fuerza, le asistiría también el derecho de defenderse de un embarazo no querido a través de un acto sexual tampoco querido (nuevamente estamos ante un caso de *no separación* de ambos aspectos de la conyugalidad). Pero nuevamente aquí, se deben cumplir las condiciones dichas más arriba: el acto debe ser realmente de violencia; y los medios empleados no pueden ser permanentes (esterilización) ni con riesgos para un posible embarazo (abortivos).

De todos modos, ésta es la situación teórica. Hay que decir, que en la práctica, este comportamiento puede terminar siendo contraproducente para la mujer. Porque esta conducta libra a la mujer de un embarazo que no quiere ni está en condiciones de llevar adelante; *pero no soluciona el problema gravísimo de la violencia que sufre de modo habitual*. Y no sólo eso, sino que es muy posible que la mujer termine por contentarse con este modo de defensa, tolerando la actitud de su esposo (tranquila al menos porque evita el embarazo) con lo cual, tal vez anule el encuadramiento del caso como acto de violencia (porque ya no se resiste) y aumente la prepotencia y exigencia del esposo. Es pues, una pseudo solución, que no puede considerarse más que como solución en una situación provisoria y extrema.

3. La esterilización de los deficientes mentales

En el caso de las enfermas mentales que pueden estar expuestas a violencia carnal: ¿es lícito recurrir a la esterilización para defenderlas de una maternidad impuesta? Responden afirmativamente Ciccone; también M. Zalba. Ciccone se apoya en un texto de Pío XII: “Otro camino conduce al mismo fin: la ‘prohibición del matrimonio’ o su imposibilidad física por la internación de aquellos cuya herencia está tarada, son igualmente rechazables. El objetivo perseguido es bueno en sí, pero el medio de conseguirlo lesiona el derecho a contraer y a usar del matrimonio. Cuando el portador de una tara hereditaria no es apto para conducirse humanamente ni, por consiguiente, para contraer matrimonio, o cuando más tarde se ha hecho incapaz de reivindicar por un acto libre el derecho adquirido por un matrimonio válido, se le puede impedir de una manera lícita el procrear un nuevo ser. Fuera de estos casos, la prohi-

bición del matrimonio y de las relaciones matrimoniales por motivos biológicos, genéticos y eugenésicos es una injusticia...”³²⁷.

Pero hay que decir que Pío XII habla aquí de impedir contraer matrimonio o impedir tener relaciones sexuales. Ni en éste ni en el párrafo siguiente donde habla de la esterilización parece hacer referencia a impedir procrear *mediante la esterilización*.

Por eso, la respuesta que damos nosotros es negativa. Es decir: no es lícito esterilizar a deficientes mentales. Por el contrario, se debe defender a dichas enfermas a través de una asistencia y guía (muchas veces, quienes ponen este problema son personas que quieren liberarse de sus deberes de asistencia). Además, es un principio que no se debe inferir un daño para producir un efecto que puede ser alcanzado de un modo humano y normal; en nuestro caso el mismo efecto puede lograrse vigilando y acompañando a las personas discapacitadas. Finalmente, debe decirse que una intervención de este tipo significa abandonar a estas personas a un riesgo permanente de violación, porque de hecho, una vez esterilizadas disminuye el sentido de responsabilidad de las personas que las tienen a cargo.

4. La esterilización como terapia psíquica

¿Se puede hablar de esterilización terapéutica cuando se recurre a ella como terapia psíquica? Afirmativamente responde, por ejemplo, Häring³²⁸. Contra su posición hemos de decir que el problema psíquico deriva de la perspectiva o previsión de una posible maternidad por parte de una mujer obsesionada por el miedo de quedar embarazada una vez más. La esterilización, por tanto, no es como tal curativa de la psicosis, sino que tiene como efecto el quitar una eventualidad (la concepción) en consecuencia de la cual se puede luego iniciar un tratamiento psíquico.

El objeto de esta esterilización es la contracepción (ordenada a una psicoterapia). Por eso Häring sostiene la licitud de esta intervención apelando a una visión “global” de la persona, o sea, al principio de totalidad: el bien de la persona como tal exigiría esta intervención porque en dicho caso la función física causa un daño psíquico sobre la mujer: “cuando es patente la necesidad de que los esposos sean estériles y cuando la esterilización tiene un sentido terapéutico dentro de la visión global de la persona humana, de la salud y de la sanidad, el camino estaría expedito para la actuación médica”.

³²⁷ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “Discurso a la I Reunión Internacional de Genética médica”, 8 de setiembre de 1953, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 162.

³²⁸ B. HÄRING, *Libertad y fidelidad...*, III, 40-41.

Debemos hacer dos observaciones al respecto:

(a) El problema ético no radica en el hecho de que se extienda el concepto de salud física al concepto de salud psíquica cuando se aplica el principio de totalidad. Es una extensión legítima.

(b) Pero el principio de totalidad debe ser aplicado entendiéndolo con exactitud: aquello que es suprimido o manipulado debe tener razón de parte en relación al todo. Ahora bien, ¿cuál es aquí la supuesta parte sobre la que se interviene? El autor responderá: su sistema reproductivo. Pero esto es un sofisma porque el problema no es el sistema reproductivo (sano en sí) sino *la actuación de dicho sistema*. No es el órgano el que causa el daño, sino el acto del órgano. Por tanto, esto significa que lo que debe evitarse es el acto de ese sistema, el cual siendo un acto libre, puede evitarse mediante la abstención de dicho acto, como ya hemos dicho para otros casos. En consecuencia, la esterilización por este motivo es un acto estrictamente anticonceptivo y no terapéutico.

IV. ESTERILIZACIÓN E INSTITUCIONES PÚBLICAS

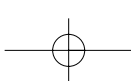
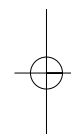
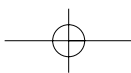
Un último punto afecta de manera particular a la moral católica y es el problema de la cooperación de las Instituciones Sanitarias Católicas en la prestación de esterilizaciones. Este tema es particularmente importante desde el punto de vista católico, en cuanto una gran parte de la gestión de la salud en el mundo es dependiente de la Iglesia.

A este respecto es relevante la Respuesta de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe a los Obispos de Estados Unidos. Allí se afirma la ilicitud por parte de un Hospital católico de permitir o aprobar que se practique la esterilización contraceptiva de modo oficial (como parte de sus prestaciones). Una “aprobación institucional” de este género es “intrínsecamente ilícita”. No sólo eso sino que se declara también ilícito el solo hecho de que sea “admitida”, es decir, sin aprobación institucional, mediante la simple prestación de las dependencias del Hospital católico. En el primer caso tenemos cooperación formal institucional cualificada; en el segundo, cooperación material institucional (también ilícita); y en los dos casos se trata de escándalo teológico o peligro próximo de escándalo teológico. En el fondo, la razón de este juicio ético es que aquello que es intrínsecamente injusto no puede y no debe ser hecho, y por tanto, tampoco aprobado.

La respuesta a la Conferencia Episcopal norteamericana es explícita: “En lo que respecta a la gestión de los hospitales católicos cualquier cooperación

aprobada institucionalmente o permitida a intervenciones que por su naturaleza están orientados a la contracepción... es absolutamente prohibida”³²⁹. Como consecuencia no puede haber razones suficientemente graves para justificar una cooperación institucional aprobada o permitida, ni incluso ante el riesgo de deber cerrar los hospitales.

³²⁹ SAGRADA CONGREGACIÓN DOCTRINA DE LA FE, *Respuesta “Haec Sacra Congregatio”*. *Sobre la esterilización en los hospitales católicos*, 13 marzo 1975, n. 3 (en AAS 68 [1976] 738-740).



CAPÍTULO SEXTO

BIOÉTICA DE LA LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD Y EL DOLOR

I. EL DOLOR Y LA ENFERMEDAD

“La enfermedad y el dolor son fenómenos que, si se profundiza en ellos, siempre plantean interrogantes que trascienden el campo de la medicina y afectan a la esencia de la condición humana en este mundo”³³⁰. “La enfermedad es más que un hecho clínico, médicamente circunscribible. Es siempre la condición de un hombre, el enfermo. Con esta visión integralmente humana de la enfermedad los agentes de la salud deben relacionarse con el paciente. Se trata para ellos de poseer, conjuntamente con la debida competencia técnico-profesional, una conciencia de valores y de significados con los cuales dar sentido a la enfermedad y al propio trabajo y de convertir cada caso clínico en un encuentro humano”³³¹.

“Pero para poder percibir la verdadera respuesta al ‘por qué’ del sufrimiento, tenemos que volver nuestra mirada a la revelación del amor divino, fuente última del sentido de todo lo existente. El amor es también la fuente

³³⁰ JUAN PABLO II, *Dolentium hominum*, 2.

³³¹ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 53.

más rica sobre el sentido del sufrimiento, que es siempre un misterio; somos conscientes de la insuficiencia e inadecuación de nuestras explicaciones. Cristo nos hace entrar en el misterio y nos hace descubrir el ‘por qué’ del sufrimiento, en cuanto somos capaces de comprender la sublimidad del amor divino. Para hallar el sentido profundo del sufrimiento, siguiendo la Palabra revelada de Dios, hay que abrirse ampliamente al sujeto humano en sus múltiples potencialidades, sobre todo, hay que acoger la luz de la Revelación, no sólo en cuanto expresa el orden trascendente de la justicia, sino en cuanto ilumina este orden con el Amor como fuente definitiva de todo lo que existe. El Amor es también la fuente más plena de la respuesta a la pregunta sobre el sentido del sufrimiento. Esta pregunta ha sido dada por Dios al hombre en la cruz de Jesucristo”³³².

II. EL DIAGNÓSTICO³³³

Tarea de los agentes de la salud es efectuar el *diagnóstico* (estado del paciente) y el correspondiente *pronóstico* (previsiones sobre el futuro del paciente). Esto es condición de todo tratamiento. Dos cosas deben evitarse: el abandono y la obstinación en el diagnóstico.

El *abandono* consiste en forzar al paciente a que deambule de un especialista a otro, o de un servicio de salud a otro, no logrando encontrar el médico o el centro de diagnóstico con la capacidad y disposición de hacerse cargo de su enfermedad. Éste es uno de los peligros al que lleva la extrema especialización y parcelación de las competencias y de las divisiones clínicas.

La *obstinación en el diagnóstico* consiste en obstinarse en encontrar una enfermedad a toda costa. Así los agentes de salud pueden estar inducidos a diagnosticar una patología y a medicar problemas que no son de naturaleza médica por pereza, por ganancia y utilidad o por protagonismo.

Excluyendo estos excesos, y respetando la dignidad de la persona y su integridad, el diagnóstico no pone en general problemas de orden ético, ya que en sí mismo se ordena al tratamiento y a la terapia. Sólo ofrece singulares cuestiones el diagnóstico prenatal, del que ya hablamos en otro capítulo.

³³² JUAN PABLO II, *Salvifici doloris*, 13.

³³³ Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 56-58.

III. EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN³³⁴

1. Noción

Después del diagnóstico viene el tratamiento y la rehabilitación. Se define como: la ejecución de intervenciones curativas y sanables por medio de las cuales se obtiene la recuperación de la salud y la reintegración personal y social del paciente.

El tratamiento es una actividad propiamente médica, dirigida a combatir la enfermedad en sus causas, manifestaciones y complicaciones. La rehabilitación, en cambio, es un conjunto de medidas médicas, fisioterapéuticas, psicológicas y de adiestramiento funcional, orientadas a restablecer o mejorar la eficiencia psicofísica de personas que, en diversas formas, tienen disminuidas su capacidad de integración, de relación y de producción laboral. “Tienen como objetivo no solamente el bien y la salud del cuerpo, sino la persona como tal que, en el cuerpo, es golpeada por el mal”³³⁵.

La responsabilidad en el cuidado de la salud impone a cada uno “la obligación de cuidarse y hacerse curar. Los que cuidan a los enfermos tienen la responsabilidad de prestar su servicio con toda diligencia y suministrar los remedios que juzguen necesarios o útiles”³³⁶. No sólo los medicamentos específicos para sanar, sino también los lenitivos del dolor y de alivio de una condición insanable.

Cuando no se puede sanar, el agente de salud jamás debe renunciar al menos a cuidar: “La ciencia, aún cuando no pueda sanar, puede y debe cuidar y asistir al enfermo”³³⁷. Está obligado a practicar todos los cuidados “proporcionados”, pero no está obligado a recurrir a los que son “desproporcionados”.

2. Cuidados ordinarios y cuidados extraordinarios

Se estima –con relación al enfermo– como ordinarios, los tratamientos que presentan una relación de *debida proporción* entre los medios empleados y el fin perseguido. Donde no se observe esta proporción, los tratamientos se consideran extraordinarios. Hay que distinguir entre cuidados o medios ordinarios, extraordinarios y mínimos.

³³⁴ Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 62-74.

³³⁵ JUAN PABLO II, *Dolentium hominum*, 2.

³³⁶ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la eutanasia*, IV.

³³⁷ JUAN PABLO II, “A los participantes de un curso de estudio sobre preleucemia”, 15 de noviembre de 1985.

(a) Ordinario y extraordinario en medicina

Se consideran *medios ordinarios* aquellos que, en un determinado tiempo y lugar, pueden ser usados por la generalidad de las personas, sin gastos financieros excesivos, con buenas esperanzas de eficacia terapéutica y sin tener que superar dolores atroces y una repugnancia profunda.

Medios extraordinarios son los que comportan características opuestas.

Medios *mínimos* (o normales) son los que normalmente y en las condiciones habituales están destinados a mantener la vida (alimentación, transfusiones de sangre, inyecciones, etc.): “La alimentación y la hidratación, aun artificialmente administradas, son parte de los tratamientos normales que siempre se le han de proporcionar al enfermo cuando no resultan gravosos para él: su indebida suspensión significa una verdadera y propia eutanasia”³³⁸.

Esto muestra que los términos “ordinario” y “extraordinario” (o los que indica la *Declaración sobre la eutanasia* como “proporcionados y desproporcionados”) tienen algo de *relativos*, es decir, deben establecerse según criterios cambiantes: el tiempo, el adelanto de la técnica en el lugar de tratamiento, los gastos para la persona en cuestión, la repugnancia subjetiva para el paciente, etc.

Antiguamente se tomaban tres parámetros para determinar lo extraordinario de un medio: 1º los gastos; 2º las molestias; 3º el horror que causa y la incertidumbre del éxito. Hoy los mismos parámetros se presentan desde otro punto de vista:

1º El primero mira a la intervención en sí: ¿qué esperanza de buen éxito se puede atribuir a la intervención médica?; porque “*ad inutile nemo tenetur*”, nadie está obligado a esfuerzos inútiles.

2º El segundo mira al efecto de la intervención: ¿qué grado de éxito es previsible (de alargamiento de vida)? Debe tenerse en cuenta el axioma: “*parum pro nihilo reputatur*”, el alargamiento breve de la vida o las escasas esperanzas de curación se consideran como nada.

3º El tercero mira a las disposiciones del enfermo: ¿cuáles dificultades habrá que sortear para obtener o aplicar los medios (repugnancia, sacrificios, gastos, etc.)?; vale aquí otro principio: “*non est tanto dolore digna salus*”, no vale la pena conseguir la salud al costo de tanto dolor.

³³⁸ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 120.

(b) De aquí podemos establecer los siguientes *principios*:

1º Tanto el médico como el enfermo están *obligados a adoptar los medios ordinarios* (especialmente los llamados *mínimos o normales*).

2º “En ausencia de otros medios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios de que dispone la medicina más avanzada, aun si están en fase experimental y no exentos de algunos riesgos”³³⁹.

3º En línea general *no hay obligación moral de recurrir a los medios extraordinarios*. “No se puede imponer a ninguno la obligación de acoger un tipo de tratamiento que, aunque ya esté en uso, no está aún exento de peligros o es demasiado oneroso. Este rechazo ‘no equivale al suicidio’. Antes bien, puede significar ‘o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar el uso de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar’”³⁴⁰.

Este último principio admite excepciones, como por ejemplo, cuando según las circunstancias el enfermo es necesario a otros (padre de familia, un hombre político especialmente necesario en una coyuntura histórica, etc.). Además, se debe tener en cuenta que “no estar obligado” no equivale a “prohibido” o “desaconsejable”. Igualmente hay que considerar que son distintas las obligaciones del paciente y las del médico: el paciente puede renunciar; el médico, en cambio, está obligado a hacer todo cuanto puede (aun con poca o nula esperanza) cuando el paciente lo *pide con derecho*; también a *proponer o sugerir* los medios extraordinarios; también a usarlo cuando hay esperanzas serias de salvar al paciente.

4º “Es lícito interrumpir la aplicación de tales medios [extraordinarios o en vías de experimentación], cuando los resultados defraudan las esperanzas confiadas en ellos, ya porque no se da más la proporción entre los costos de inversión en instrumentos y personal y los resultados previsibles o porque las técnicas utilizadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios posibles de obtener”³⁴¹.

³³⁹ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 65.

³⁴⁰ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Ibid.*; SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la eutanasia*, IV.

³⁴¹ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 65.

3. Analgesia y anestesia³⁴²

“El dolor físico es ciertamente un elemento inevitable de la condición humana; a nivel biológico, constituye un signo cuya utilidad es innegable; pero puesto que atañe a la vida psicológica del hombre, a menudo supera su utilidad biológica y por ello puede asumir una dimensión tal que suscite el deseo de eliminarlo a cualquier precio. Sin embargo, según la doctrina cristiana, el dolor, sobre todo en los últimos momentos de la vida, asume un significado particular en el plan salvífico de Dios; es, en efecto, una participación en la pasión de Cristo y es unión al sacrificio redentor que Él ha ofrecido en obsequio a la voluntad del Padre. No debe por tanto sorprender si algunos cristianos desean moderar el uso de los analgésicos, para aceptar voluntariamente al menos una parte de sus aflicciones y asociarse así de manera consciente a los padecimientos de Cristo. 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, aunque de ellos se deriven, como efectos secundarios, entorpecimiento o menor lucidez. En cuanto a las personas que no están en condiciones de expresarse, se podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes”³⁴³.

En los casos del empleo de fármacos analgésicos generalmente nos enfrentamos a la aplicación del principio de doble efecto: “Algunas veces el empleo de fármacos y técnicas analgésicas producen supresión o disminución de la conciencia y del uso de las facultades superiores. Estas intervenciones son éticamente legítimas cuando directamente persiguen no la pérdida de la conciencia y de la libertad sino la sensibilidad al dolor, y son aplicadas dentro de los límites de la exclusiva necesidad clínica”³⁴⁴.

4. El consentimiento informado del paciente³⁴⁵

Para intervenir médicamente sobre un enfermo el agente de la salud debe tener su consentimiento expreso o tácito. El agente no posee frente al

³⁴² Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 68-74.

³⁴³ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la eutanasia*, III.

³⁴⁴ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 71; Pío XII, “A una asamblea internacional de médicos y cirujanos”, 24 de febrero de 1957.

³⁴⁵ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 72.

paciente un derecho separado o independiente; en general sólo puede obrar si el paciente lo autoriza explícita o implícitamente; sin esta autorización el agente de la salud se atribuye un poder arbitrario.

Además, la relación sanitaria es un contacto humano, no de objetos. El paciente no es un individuo anónimo sobre el cual se aplican los conocimientos médicos, sino “una persona responsable, a la que debe hacerse copartícipe del mejoramiento de la propia salud y del logro de la curación. Es una exigencia moral colocar al paciente en condiciones de poder elegir personalmente y no a la de someterse a decisiones y elecciones que otros han tomado por él”³⁴⁶. Distingamos algunos casos:

(a) Al paciente *capaz de entender y querer* hay que pedir el *consentimiento informado*: éste consiste en darle al paciente la percepción exacta de su enfermedad y de las posibilidades terapéuticas, con los riesgos, las dificultades y las consecuencias que comportan, de modo tal que él pueda elegir lo que va a seguir si es que decide seguirlo.

(b) En cuanto al paciente *incapaz de entender y querer*, el agente de salud puede y en situaciones extremas tiene la potestad de *presumir el consentimiento* a las intervenciones terapéuticas, que según su ciencia y conciencia debe practicar. En caso de ausencia momentánea de conciencia y voluntad, esta presunción se basa en el *principio de la confianza terapéutica*, o sea de la fe originaria con la cual el paciente se ha puesto en sus manos. En el caso de ausencia permanente de conciencia y voluntad, será en razón del *principio de responsabilidad en el cuidado de la salud* que obliga al agente de la salud a hacerse cargo de la salud del paciente. Cuando hay familiares que están a cargo del paciente, se los debe hacer partícipes de la decisión.

IV. LA INVESTIGACIÓN Y LA EXPERIMENTACIÓN

1. Nociones y argumentos

Por experimentación clínica se entiende el conjunto de aquellos actos que se realizan sobre el hombre para verificar la validez de cada nuevo acto médico, ya sea con la finalidad preventiva, de diagnóstico o curativa, ya sea con el fin de adquirir conocimientos fisiopatológicos.

³⁴⁶ JUAN PABLO II, “Al congreso mundial de médicos católicos”, 3 de octubre de 1982.

Por tanto, se pueden distinguir dos especies fundamentales: la experimentación terapéutica y la de investigación científica.

La experimentación tiene dos fases. Una primera, pre-clínica, que consiste en las investigaciones y experimentaciones de laboratorio y sobre animales. Tiene como fin el recoger todos los datos útiles posibles; culmina cuando el único progreso posible se daría pasando a experimentar sobre el hombre mismo. En esta fase no se ponen problemas morales específicos sino sólo los comunes a todas las investigaciones científicas (o sea, sobre el empleo justificado de las personas, los fondos destinados, la importancia de los objetivos que se pretenden conseguir, etc.).

La segunda fase, propiamente clínica, tiene lugar cuando se busca verificar sobre el ser humano los resultados obtenidos en las investigaciones anteriores. Son varios los pasos: estudios sobre la “toxicidad” sobre el organismo humano, la eficacia terapéutica, etc.

Quien más extensamente determinó el problema de la licitud o ilicitud de la investigación fue el Papa Pío XII³⁴⁷, quien analizó tres principios que suelen invocarse para justificar la investigación mostrando su verdad y sus límites: el interés de la ciencia médica, el interés del paciente y el interés de la comunidad. Resumo el pensamiento del Pontífice.

(a) El interés de la ciencia médica

El conocimiento científico tiene su valor propio en el dominio de la ciencia médica. Intentar aumentarlo no es problema moral. Pero esto no significa que todo método ofrezca las garantías morales o resulte lícito por el solo hecho de que aumenta o profundiza nuestros conocimientos. A veces ocurre que un método no puede ser practicado sin lesionar el derecho de otro o sin violar una regla moral de valor absoluto. En este caso, aunque se intente y se persiga con razón el aumento de los conocimientos, este método no es moralmente admisible. No puede admitirse pues el siguiente principio: “Con tal de que se suponga con evidencia que la intervención del médico está determinada por un interés científico y con tal de que observe las reglas profesionales, no hay límites a los métodos de crecimiento y de profundidad de la ciencia médica”.

³⁴⁷ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “Discurso a Iº Congreso Internacional de Histopatología del sistema nervioso”, en *Pío XII y las ciencias médicas*, 125ss.

(b) El interés del paciente

El interés del paciente en que descubran nuevos métodos para curar su enfermedad proporciona en muchos casos la justificación moral de la conducta del médico, pero esto tiene sus límites. El paciente no es dueño absoluto de sí mismo, de su cuerpo y de su espíritu. No puede, por tanto, disponer libremente de sí mismo, como a él le plazca. El mismo motivo por el que obre no es por sí sólo ni suficiente ni determinante. El paciente está ligado a la teleología inmanente fijada por la Naturaleza. Él posee el derecho del 'uso', limitado por la finalidad natural de las facultades y de las fuerzas de su naturaleza humana. Porque es usufructuario y no propietario, no tiene un poder ilimitado para disponer actos de destrucción o de mutilación de carácter anatómico o funcional. Pero en virtud del principio de totalidad, de su derecho a utilizar los servicios del organismo como un todo, puede disponer de partes individuales para distribuirlas o mutilarlas cuando y en la medida en que sea necesario para el bien del ser mismo en su conjunto, para asegurar su existencia o para evitarle grandes males y, naturalmente, para reparar los daños graves y duraderos, que no podrían ser de otra forma descartados ni reparados.

El paciente no tiene, por lo tanto, derecho a comprometer su integridad física y psíquica en experiencias o investigaciones médicas cuando estas intervenciones entrañen en sí, o como consecuencia de ellas, destrucciones, mutilaciones, heridas o peligros serios.

Además, en la práctica de su derecho a disponer de sí mismo, de sus facultades y de sus órganos, el individuo debe observar la jerarquía de los órdenes de valores, y en el interior de un mismo orden de valores, la jerarquía de los bienes particulares, en tanto y en cuanto las reglas de la moral lo exijan. Así, por ejemplo, el hombre no puede emprender sobre sí, o permitir actos médicos que, sin duda, suprimen pesadas taras o enfermedades físicas o psíquicas, pero suponen al mismo tiempo una abolición permanente o una disminución considerable y duradera de la libertad; es decir, de la personalidad humana en su función típica y característica.

(c) El interés de la comunidad

También se invoca como justificativo de la investigación el bien común. Es indudable la obligación de contribuir al bien común de la sociedad por parte de todo individuo. Pero también esto tiene sus límites, porque la subordinación del individuo a la sociedad es una aplicación "análoga" del princi-

pio de totalidad, no unívoca. El individuo es “parte” pero el “ser parte” no agota su naturaleza; tiene en sí y por sí una dignidad y una finalidad intrínseca. “El hombre, dice Pío XII en el mencionado discurso, en su ser personal, no está subordinado, en fin de cuentas, a la utilidad de la sociedad, sino, por el contrario, la comunidad es para el hombre”.

2. Condiciones para la lícita experimentación

Teniendo en cuenta estos límites pueden establecerse ciertas condiciones para la licitud de la experimentación clínica, es decir, sobre el hombre³⁴⁸:

(a) La exigencia de la *seriedad*

La investigación y la experimentación deben tener *objetivos* serios. Se debe excluir, por tanto, toda experimentación que mira a aplacar la simple curiosidad, sin perspectivas de aplicación terapéutica. Es claro que exponer a daños o riesgos la vida o la salud por motivos inconsistentes no puede consentirse. Por otra parte, la calificación de “seriedad” exige que la investigación y experimentación sobre el mismo hombre sea llevada a cabo sólo por personas cualificadas, y no por cualquier médico o personal sanitario.

(b) Primero la experimentación sobre animales

La experimentación sobre el hombre *debe ser precedida por la experimentación en los seres inferiores al hombre*, salvo que esto resulte imposible. En el discurso arriba citado de Pío XII, éste decía: “es una ley evidente que la aplicación de nuevos métodos al hombre vivo deben estar precedidos de la investigación sobre el cadáver o el modelo de estudio o de experimentación sobre animales. A veces, no obstante, este procedimiento resulta imposible, insuficiente o prácticamente irrealizable. Entonces la investigación médica intentará efectuarse sobre su objeto inmediato, el hombre vivo, en interés de la ciencia, en interés del paciente, en interés de la comunidad. Esto no hay que rechazarlo sin más; pero hay que detenerse en los límites trazados por los principios morales que hemos explicado”.

(c) Se debe contar con el consentimiento del paciente

El médico no tiene más derecho que el que le da el paciente; sobre esto ya hemos hablado más arriba. Hay que distinguir distintos casos de pacientes³⁴⁹:

³⁴⁸ Cf. L. CICCONE, *Salute e malattia*, 298ss.

³⁴⁹ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 415ss.

1º Experimentación sobre enfermos. Cuando se trata de experimentación con *finalidad terapéutica*, con fármacos que han recibido las garantías de inocuidad en la experimentación de laboratorio obteniendo la licencia para emplearlos sobre el hombre, pero todavía su uso no ha sido convalidado definitivamente sobre el hombre mismo, el médico puede emplearlos incluso sin ulteriores consentimientos específicos, basándose en el consentimiento dado en el momento en el que el paciente se ha confiado a ese hospital o a ese médico concreto.

Con *finalidad de investigación*. Si, en cambio, no viene aplicado principalmente por el bien del paciente sino para convalidar el fármaco en sí o en beneficio del investigador, entonces debe ser precedido por investigaciones de inocuidad, licencias para emplearlo sobre el hombre, y con el consentimiento informado del paciente.

En cambio, cuando el empleo de un fármaco o de un método todavía no convalidado (definitivamente experimentado) representa *la última chance* para un extremo tentativo de salvar la vida a un paciente, el carácter experimental coincide con el terapéutico porque tal fármaco representa la única terapia posible. El consentimiento puede suponerse implícito y tácitamente concedido en la voluntad general del paciente y de los parientes cuando quieren que se haga todo lo posible para salvar su vida. Así, por ejemplo, hizo Pasteur al emplear la vacuna contra la rabia en un niño no recuperable.

2º Personas incapaces de consentimiento (como los discapacitados, enfermos mentales, moribundos y también los niños y menores de edad): la inviolabilidad de la vida y la no-disponibilidad de sus vidas y cuerpos no cambia. No pueden ser objeto de investigaciones y experimentaciones que requieran el consentimiento informado. Para ellos sólo es lícita la experimentación terapéutica, tal como la hemos señalado en el punto anterior.

3º Personas voluntarias y sanas. Sería válido experimentar en personas sanas aplicando el principio de solidaridad social, pero con precisas condiciones: 1º con el consentimiento libre, informado y explícito; 2º el riesgo a que se expone el voluntario no puede y no debe superar la barrera de la vida y de la integridad sustancial; 3º respetando la ley de proporcionalidad entre los riesgos y las ventajas (quedan excluidas las experimentaciones por simple curiosidad); 4º el experto debe mantenerse en condiciones de interrumpir la experimentación en cualquier momento, ya sea si el voluntario retira el consentimiento o si se presentasen riesgos imprevistos; 5º debe quedar excluida cualquier circunstancia degradante o inmoral y toda intención deshonestas con o sin consentimiento del sujeto sobre el que hace la experimentación.

4° *Sobre el mismo investigador.* Valen los mismos principios que para la experimentación sobre voluntarios sanos. Debe añadirse como condición que se prevea la presencia de otra persona para atender a cualquier riesgo imprevisto.

5° *Sobre detenidos.* Siguen en pie los límites de la vida y de la integridad sustancial. Puede ofrecerse, a cambio del voluntariado en la experimentación, gratificaciones sobre las condenas, pero siempre y cuando sea bien informado y sin ningún tipo de engaño.

6° *Sobre embriones y fetos humanos.* “Debiéndose reconocer al individuo humano, en fase prenatal, la dignidad de persona humana, la investigación y la experimentación en embriones y fetos humanos están sujetas a las normas éticas válidas para el niño ya nacido y para cada sujeto humano. En particular la *investigación*, o sea, la observación de un determinado fenómeno durante el embarazo, puede ser permitida sólo cuando haya certeza moral de no causar daño ni a la vida ni a la integridad del niño que va a nacer y a la de la madre y con la condición que los padres hayan acordado su consentimiento.

La *experimentación*, en cambio, es aprobada sólo si los objetivos son claramente terapéuticos por carencia de otros tratamientos posibles. Ninguna finalidad, aunque noble en sí misma, como la previsión de una utilidad para la ciencia, para otros seres humanos o para la sociedad, puede en algún modo justificar la experimentación en embriones o fetos humanos vivos, viables o no, en el seno materno o fuera de él. El consentimiento informado, normalmente requerido para la experimentación clínica en el adulto, no puede ser concedido por los padres, los cuales no tienen el poder de disponer ni de la integridad física ni de la vida del niño que va a nacer. Por otra parte, la experimentación en embriones o fetos comporta siempre el riesgo, mejor dicho, la mayoría de las veces la previsión cierta de un daño a su integridad física o directamente de su muerte. Usar el embrión humano, o el feto, como objeto o instrumento de experimentación, representa un delito contra su dignidad de ser humano. La praxis de mantener en vida los embriones humanos, en vivo o *in vitro*, con fines experimentales o comerciales es de modo especial contraria en todo a la dignidad humana”³⁵⁰.

³⁵⁰ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, 82; cf. SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *DV*; JUAN PABLO II, *EV*, 63.

V. LOS CUIDADOS ESPIRITUALES DE LOS ENFERMOS

Por la importancia que tiene este tema creo que no hay que dejarlo de lado de una exposición católica de la bioética, porque ésta trata de la vida y la salud de personas destinadas a la vida eterna, la cual comienza en esta vida por la gracia que nos viene a través de los sacramentos de la Iglesia.

1. Enfermos con uso de su conciencia

Este punto no ofrece dificultad. Los sacramentos son para los hombres y por tanto deben administrárseles a quienes los solicitan y ofrecérselos a quienes son capaces de recibirlos. La administración fructífera de los sacramentos supone una digna preparación, proporcionada a las condiciones de los enfermos.

Se ha de administrar el bautismo a los enfermos adultos que lo pidan y no lo hayan recibido antes; la confirmación, la penitencia, la unción, y, si fuera necesario regularizar sus matrimonios, también. Todo esto está regulado suficientemente por el Derecho Canónico y no ofrece dificultades.

Cuando se trata de personas no bautizadas que no sienten preocupación por su porvenir, mientras conservan sus facultades mentales y están en peligro de muerte, no deben ser abandonados a sus solas fuerzas; por el contrario, en la imposibilidad de intentar una conversión en regla, al menos hay que procurar que hagan actos de contrición de sus pecados, llevándolos al pensamiento del Dios único y verdadero, de la realidad del pecado, de su gravedad y de la facilidad del perdón, todo esto con mucha comprensión.

2. Enfermos sin uso de conciencia y en peligro de muerte

Analicemos los principales sacramentos que los afectan (bautismo, confirmación, penitencia, eucaristía). Veremos el caso de los niños y los que nunca han tenido uso de su razón y el de los moribundos actualmente desprovistos de sus sentidos. El caso de éstos fue analizado explícitamente por Pío XII hablando de los sacramentos en general: “En cuanto al hecho de administrar los sacramentos a un hombre sumido en la inconsciencia, la respuesta se deduce de la doctrina y de la práctica de la Iglesia, que, por su parte, sigue como regla de acción la voluntad del Señor. Los sacramentos están destinados, en virtud de la institución divina, a los hombres de este mundo durante la duración de su vida terrestre, y, a excepción del bautismo mismo, presuponen el bautismo en aquel que los recibe. Lo que no sea un ser humano, no lo sea todavía o no lo sea ya, no puede recibir los sacramentos. Por otra parte,

si alguno manifiesta su negativa, no se le pueden administrar contra su voluntad. Dios no fuerza a nadie a aceptar la gracia sacramental. Si se ignora cuándo alguien reúne las condiciones requeridas para recibir válidamente el sacramento, es preciso resolver la duda. En caso de no conseguirlo, se conferirá el sacramento bajo condición, al menos tácita (con la cláusula *si capax es*, que es la más amplia). Los sacramentos han sido instituidos por Cristo para los hombres, a fin de salvar su alma; además, en caso de extrema necesidad, la Iglesia prueba las soluciones últimas para comunicar a un hombre la gracia y los socorros sacramentales”³⁵¹.

(a) El bautismo

Los *niños* que no han llegado al uso de razón y están en peligro de muerte (y se puede y debe equiparar a ellos los discapacitados y enfermos mentales que no han gozado nunca del pleno uso de su razón) pueden y deben ser bautizados.

En cuanto a los *adultos*, el Código establece lo siguiente: “Para que pueda bautizarse a un adulto, es necesario que haya manifestado su deseo de recibir el bautismo, que esté suficientemente instruido sobre las verdades de la fe y las obligaciones cristianas y que haya sido probado en la vida cristiana mediante el catecumenado; se lo ha de exhortar además a que tenga dolor de sus pecados. Un adulto que se encuentra en peligro de muerte puede ser bautizado si, teniendo algún conocimiento sobre las verdades principales de la fe, *manifiesta de cualquier modo su intención* de recibir el bautismo y promete que observará los mandamientos de la religión cristiana”³⁵².

¿Con qué amplitud debe entenderse la expresión: “y manifiesta de cualquier modo su intención”? Como el caso extremo se da cuando todos los datos personales del moribundo desprovisto de los sentidos nos indican que se trata de un *pagano*, analizaré fundamentalmente este caso:

1º “*Si alguna manera constara que la tiene* [la intención], porque, por ejemplo, se sabe de él que estaba instruyéndose con miras a la conversión, *debería ser bautizado*, sin más, rápidamente y *de manera absoluta* cuando todo esto se sepa de cierto; es decir, que se estaba instruyendo seriamente y que la voluntad de convertirse es verdadera”³⁵³.

³⁵¹ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “A los miembros del Instituto Italiano de Genética Gregorio Mendel”, 24 de noviembre de 1957, en *Pío XII y las ciencias médicas*, 309.

³⁵² CDC, c. 865.

³⁵³ A. PEINADOR, *Moral Profesional*, n. 683.

2° “*Si con alguna probabilidad puede colegirse esa intención*, como si, por ejemplo, se sabe que discutía problemas religiosos con sacerdotes o con personas católicas y que, sin haber declarado su voluntad de convertirse, se mostraba inquieto por este problema o inclinado a nuestra religión, *se le debería administrar el bautismo bajo condición: si eres capaz*”³⁵⁴.

3° Si se trata de personas del todo desconocidas, de quienes sólo puede constar que son paganos: ¿puede justificarse el bautismo bajo condición? Se trata, evidentemente, de determinar si “algún dato” del moribundo puede considerarse como “petición probable del bautismo”. Sobre esto ha habido una importante discusión, de la cual sólo quiero expresar las principales posiciones.

a. Algunos sostienen que con probabilidad se puede admitir en individuos que hayan oído hablar de la religión católica y no la hayan rechazado, antes la hayan considerado con respeto; mejor aún si hubiesen demostrado admiración por sus dogmas y preceptos.

b. Otros afirman que debe tratarse de una intención determinada, por tanto, si consta que nunca han oído hablar del cristianismo o simplemente no se sabe nada de ellos, no habría intención suficiente y por tanto, no pueden ser bautizados ni siquiera bajo condición. Tal es la opinión de Peinador: “Si alguna religiosa, alguna enfermera seglar o algún médico o practicante católicos nos preguntara ya por lo que, *a nuestro juicio*, será más conforme, más caritativo, más ajustado a las esencias mismas de nuestros dogmas, le responderíamos que, *con el máximo respeto para los autores citados* [Vermeersch], nosotros *consideramos mejor no proceder al bautismo, bajo condición, de quienes, constando no estar bautizados, no han presentado anteriormente a la pérdida de la conciencia, ni presentan en la actualidad, dato alguno positivo por donde colegir con alguna, aun cuando mínima, probabilidad, la intención o deseo de recibir este sacramento*”³⁵⁵. Peinador cita también en la misma posición a Lumbreras³⁵⁶.

c. Otros ven alguna señal probable en el solo hecho de haber vivido bien en su religión; e incluso afirman que pueden suponer la intención, *muy leve*, pero bastante para hacer posible la administración de un sacramento tan necesario como el bautismo, en cualquier moribundo desprovisto del uso de los

³⁵⁴ A. PEINADOR, *Ibid.*

³⁵⁵ Cf. A. PEINADOR, *Moral Profesional*, n. 685-686.

³⁵⁶ Cf. LUMBRERAS, *Prontuario de Teología Moral*, II, Studium, Buenos Aires 1950, n. 316 en nota.

sentidos, *de quien consta no estar bautizado y, además, haber vivido en pecado y hasta haber rehusado positivamente el bautismo*. No es que admitan la posibilidad de un sacramento válido en aquel que lo rechaza, sino que suponen la retractación de su anterior rechazo, convirtiéndola en una intención actual en virtud de una gracia especial de Dios o de un algo desconocido para nosotros, pero posible en trances tan serios, que les haya hecho cambiar de intención. Así, por ejemplo McFadden³⁵⁷ y, entre los más importantes, Vermeersch. Este último lo da por lícito (no lo considera obligatorio) con tal de que se evite todo escándalo y el peligro de que quienes no están enterados de nuestros dogmas crean que es algo mágico; dice Vermeersch: “Considerada la suma necesidad del bautismo, parece no poder darse a moribundo alguno, destituido del uso de sus sentidos, en regiones de fieles o de infieles, que no pueda ser bautizado bajo condición, salvado el escándalo... Y de suyo, cuando el bautismo *se puede* conferir, débese también administrar; esto prescribe la ley de la caridad. Pero, porque autores gravísimos... niegan poderse administrar el bautismo a otros, sólo habrá obligación de bautizar a aquellos que, a tenor del can. 752 § 3 [del código de 1917], hubieren manifestado de algún modo probable la formal intención de recibirlo”³⁵⁸. Me parece que debo colocar en esta misma posición a Royo Marín: “En la práctica, casi siempre será lícito bautizar *sub conditione* –evitando el escándalo o el odio de los demás paganos o herejes– a un pagano moribundo destituido del uso de los sentidos, con tal de que alguna manera, incluso implícita (v.gr. en el deseo de salvarse), haya manifestado el deseo del mismo antes de perder el uso de los sentidos”³⁵⁹. En nota, Royo Marín cita a Capello, SJ³⁶⁰. Entiendo que este deseo de salvación ha de suponerse en todos los hombres; lo que debe probarse es lo contrario: que alguien no quiera salvarse.

Si esto es así para los paganos, con mayor razón se han de aplicar estos principios en lugares donde la tradición es cristiana o católica (y, por tanto, la costumbre habitual es la de bautizar), pero de hecho uno se encuentra ante un moribundo del que ignora si está bautizado o no. Aquí es más fácil suponerlo, por lo menos, es una de las posiciones menos discutidas ya mencionadas. Lo mismo encontramos en un clásico manual de “Medicina católica”; hablando del bautismo de adultos dice: “Si el enfermo ha perdido el conoci-

³⁵⁷ Cf. C.J. MCFADDEN, *Ética y Medicina*, Ed. Studium, Madrid 1958, 218-221.

³⁵⁸ A. VERMEERSCH, *Theologiae Moralis principia*, III, ed. 4ª, n. 223, 140.

³⁵⁹ A. ROYO MARÍN, *Teología Moral para Seglares*, BAC, Madrid 1984, II, n. 56.

³⁶⁰ Cf. F.M. CAPELLO, *De Sacramentis*, 1945, n. 153.

miento y hubiera manifestado anteriormente, de modo cualquiera, el deseo de convertirse en cristiano, se bautiza bajo condición... Si se ignora por completo toda disposición, no hay inconveniente en bautizar también condicionalmente, pero es bien poco probable que este acto tenga una eficacia cualquiera... En el caso en que un médico no pudiera saber de modo cierto si el moribundo ha sido bautizado, –muchacha gente lo ignora!– lo bautizará lo mismo bajo condición... Lo mismo vale en el caso en que se dudara de la certidumbre de la muerte”³⁶¹.

(b) La confirmación

Establece el Código: “Es capaz de recibir la confirmación todo bautizado aún no confirmado y solamente él. Fuera del peligro de muerte, para que alguien reciba lícitamente la confirmación se requiere que, si goza de uso de razón, esté adecuadamente instruido, debidamente dispuesto y pueda renovar las promesas del bautismo”³⁶².

“Si el párvulo bautizado se encuentra en peligro de muerte, debe administrársele la confirmación, que le aumentará el grado de gracia, y por consiguiente, el grado de gloria en el cielo”³⁶³. Esto no ofrece dificultades morales puesto que de lo contrario se privaría a los católicos de rito latino de un beneficio que es recibido ordinariamente en los fieles de rito oriental, los cuales por tradición confirman a los párvulos junto con el bautismo.

(c) La absolución sacramental

Debe administrarse bajo condición a todo moribundo bautizado que ha llegado al uso de razón y se encuentra actualmente desprovisto de sus sentidos. Por tanto, también al que es bautizado bajo condición, por las dudas de que ya haya estado bautizado.

(d) La unción de los enfermos

El sujeto de la unción de los enfermos es el bautizado que ha llegado al uso de razón. No es necesario que tenga perfecto uso de razón, ni que se haya confesado alguna vez, ni que haya hecho su primera comunión; basta con que tenga el suficiente conocimiento para distinguir el bien y el mal y que pueda

³⁶¹ Cf. H. BON, *Medicina católica*, Ed. Luis Pasteur, Buenos Aires 1944, 548-549.

³⁶² *CDC*, c. 889.

³⁶³ Cf. A. ROYO MARÍN, *Teología Moral...*, II, n. 71.

padecer tentaciones del demonio. En todo caso, el sacramento confortará su ánimo contra las molestias de la enfermedad. Tampoco se requiere el uso actual de razón; por eso pueden y deben ungiarse los enfermos destituidos ya del uso de los sentidos. Tampoco se requiere el *pecado actual*, con tal de que el sujeto pueda pecar o ser confortado contra las tentaciones; por eso puede y debe ungiarse al pagano adulto gravemente enfermo inmediatamente después de su bautismo (así lo declaró la Congregación de Propaganda Fide el 26 de setiembre de 1821)³⁶⁴.

El Papa Pío XII afirma la exigencia y la validez de la unción –extremaunción en este caso– cuando la inutilidad de los tratamientos permiten retirar los aparatos respiratorios: “Si no se le ha administrado la extremaunción, se debe prolongar la respiración hasta que se pueda llevar a cabo. En cuanto a saber si la extremaunción es válida en el momento de la paralización definitiva de la circulación o aun después de esto, es imposible responder con un ‘sí’ o un ‘no’. Si esta paralización definitiva significa, según el parecer de los médicos, la separación cierta del alma y del cuerpo, aun cuando determinados órganos particulares continúen funcionando, la extremaunción será, ciertamente inválida, ya que el que la recibe ha dejado de ser un hombre, pues ésta es una condición indispensable para la recepción de los sacramentos. Si por el contrario, los médicos estiman que la separación del cuerpo y el alma es dudosa y que la duda no se puede resolver, la validez de la extremaunción es dudosa también. Pero aplicando sus reglas habituales: ‘Los sacramentos son para los hombres’ y ‘En caso de extrema necesidad se intentarán las medidas extremas’, la Iglesia permite administrar el sacramento, bajo condición siempre, por respeto al signo sacramental”³⁶⁵.

Por estas razones no pueden recibir la unción de los enfermos: quienes aún no han sido bautizados; los que no han llegado al uso de razón; los locos de nacimiento.

Sí, en cambio, los dementes perpetuos que durante su vida han tenido momentos de lucidez; en caso de duda se debe administrar bajo condición.

Algunos principios para tener en cuenta³⁶⁶:

³⁶⁴ Cf. A. ROYO MARÍN, *Teología Moral...*, II, n. 400.

³⁶⁵ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “A los miembros del Instituto Italiano de Genética Gregorio Mendel”, 24 de noviembre de 1957, en *Pío XII y las ciencias médicas*, 311.

³⁶⁶ Cf. A. ROYO MARÍN, *Teología Moral...*, II, n. 400.

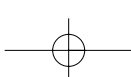
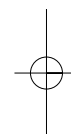
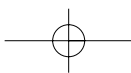
1º No puede reiterarse este sacramento durante la misma enfermedad, a no ser que el enfermo haya convalidado después de la unción y haya recaído en otro peligro de muerte (*CDC*, c. 1004); la razón es que la eficacia se extiende a todo el tiempo en que persiste el peligro. Cuando se duda si se trata de una recaída, de un agravamiento o de la misma enfermedad, se puede reiterar.

2º Cuando se duda si el enfermo ha llegado ya al uso de razón, o si está realmente en peligro de muerte, o si ha muerto ya, debe administrársele (*CDC*, c. 1005).

3º A los enfermos que, cuando estaban en el uso de su razón, lo pidieron al menos implícitamente o verosímilmente lo habrían pedido, debe administrárseles en absoluto, aunque después hayan quedado privados de los sentidos o del uso de su razón (*CDC*, c. 1006).

Es importante tener en cuenta que “aunque de por sí este sacramento no es necesario con necesidad de medio para la salvación, en circunstancias especiales puede ser el *único* medio de salvar el alma del enfermo. Tal ocurriría si, destituido ya del uso de los sentidos, no pudiera hacer ninguna manifestación *externa* del dolor de sus pecados ni la hubiera hecho antes de la pérdida de la razón. En este caso, la absolución sacramental es inválida (por falta de materia próxima, que son los actos del penitente rechazando sus pecados) y solamente puede ayudársele con la extremaunción, que no requiere aquella manifestación externa y puede producir accidentalmente la gracia (aunque se trata de un sacramento de vivos) al pecador que tenga, de hecho *atrición* de sus pecados, aunque no pueda manifestarla externamente. Por eso, en los que están destituidos del uso de sus sentidos es siempre *más seguro* el efecto de la extremaunción que el de la absolución sacramental, si bien se les deben administrar siempre ambas cosas (*sub conditione*), comenzando por la absolución”³⁶⁷.

³⁶⁷ Cf. A. ROYO MARÍN, *Ibid.*



CAPÍTULO SÉPTIMO

BIOÉTICA DE LAS DEPENDENCIAS

I. LAS TOXICOMANÍAS³⁶⁸

Podemos definir la “toxicomanía” como el estado de intoxicación periódica o crónica, al que puede asignársele la categoría de enfermedad, caracterizada por no poder pasar varias horas o días sin recurrir a la administración de una determinada droga. El sujeto ha perdido la libertad frente a tal o cual droga, de modo que le resulta muy difícil tomar la decisión de abandonarla definitivamente. Éste es el fenómeno básico de las toxicomanías desde un principio: la dependencia de la droga, que se refleja en el impulso incontrolable de consumirla. Hay una dependencia psíquica (la organización existencial en torno a la droga y la necesidad para su personalidad) y una dependencia biológica (la necesidad del organismo); cuando esta última está presente, la supresión de la droga ha de realizarse gradualmente, con el objeto de reducir al mínimo posible los llamados trastornos de abstinencia. Los consumidores esporádicos y moderados de drogas no suelen ser en sentido estricto enfermos drogodependientes.

³⁶⁸ F. ALONSO FERNÁNDEZ, “Toxicomanías”, en *GER*, XXII, Ed. Rialp, Madrid 1989. Transcribo textualmente el artículo.

La palabra “droga” tiene varios significados. Aquí se usa para designar el grupo de sustancias medicamentosas o tóxicas que se distinguen por producir dependencia. Antes se les llamaba sustancias toxicomanígenas. Desde el punto de vista etimológico, resulta mucho más apropiado hablar de *drogodependencia* que de toxicomanía.

1. Tipos básicos de toxicomanías

(a) Cannábico

Se distinguen porque la dependencia es estrictamente psicológica, sin afectar al organismo. De aquí que la supresión brusca de la sustancia pueda realizarse sin que aparezcan fenómenos de abstinencia. Puesto que estas toxicomanías no se acompañan del desarrollo de resistencia en el organismo, el sujeto no precisa incrementar progresivamente la dosis del producto para obtener el efecto deseado. La mayor parte de las drogas responsables son sustancias alucinógenas y fantásticas que no se emplean en terapéutica clínica, y que componen una especie de “psicofarmacología salvaje”.

Se subdividen en dos grupos: sustancias *proscritas*, como los productos del cannabis (la marihuana, la grifa, el hachís, etc.), la mescalina, la psilocibina, la dietilamida del ácido lisérgico o LSD; y sustancias *industriales*, como el STP y otras al alcance de todos, cuyo conocimiento no debería extenderse fuera de los círculos de expertos, para evitar que algunas personas pudieran recurrir a ellas. El STP es una sustancia cuyos efectos alucinógenos —análogamente ocurrió con otros productos— fueron descubiertos por los *hippies* de California hacia 1966. En esta “psicofarmacología salvaje” se hallan las sustancias más consumidas por los grupos de jóvenes ávidos de evasión.

(b) Morfínico

Se caracterizan por el desarrollo de una poderosa dependencia mixta, biológica y psicológica. Por ello no puede interrumpirse bruscamente la administración de estas drogas. Además cursan estas toxicomanías con el progresivo establecimiento de intensa resistencia en el organismo frente a la droga, por lo que el sujeto, para lograr el efecto deseado, debe elevar la dosis cada vez más, llegando algunas veces a administrarse dosis que serían mortales para el no iniciado.

Entre las drogas determinantes de este tipo de toxicomanías sobresalen los derivados del opio y sus alcaloides (codeína, morfina y heroína, especial-

mente) y los morfínicos de síntesis (petidina, metadona, dextromoramida). Estas toxicomanías pueden iniciarse de dos maneras: a) cuando en una clínica se aplica alguna de estas sustancias para combatir un estado de dolor intensísimo, que no puede reducirse con otros medicamentos, lo cual sucede cada vez menos; b) como etapa final del progresivo desarrollo de otras toxicomanías, que es lo que sucede ahora con mayor frecuencia.

(c) Barbitúrico-alcohólico

Se muestran con relación a la dependencia biológica y a la resistencia en un plano intermedio entre los dos tipos anteriores, de suerte que incluye estados sumamente ligeros de ambos fenómenos. Por lo general, cuando se suspende bruscamente la droga aparecen sólo trastornos de abstinencia muy leves.

Entre las drogas responsables de estas toxicomanías figuran el alcohol étílico, que es la sustancia básica de las bebidas alcohólicas, y una serie de medicamentos, como los barbitúricos, las anfetaminas y algunos sedantes de acción relajante. Dejando aparte el alcoholismo, las personas que entran en las toxicomanías por esta puerta se reclutan entre los aficionados a tomar píldoras para reducir las pequeñas molestias y dolores, ya que, si bien utilizan los medicamentos con un fin terapéutico, lo hacen con abuso y sin gran precisión en lo tocante a indicaciones, dosis y tiempo de administración.

2. Consecuencias sanitarias y sociales

(a) Las toxicomanías se complican rápidamente con importantes trastornos psíquicos y somáticos, que podemos sistematizar en fenómenos tóxicos, agudos y crónicos, y fenómenos metatóxicos. La *intoxicación aguda* puede describirse casi siempre como un estado de “embriaguez”, cuyo denominador común es una obnubilación de la conciencia de grado no profundo, acompañada de algún significado especial para el propio sujeto, de índole más a menudo fascinante que apocalíptico: la expansión o la disociación del yo (p. ej., el presentimiento de una futura grandeza o de un final trágico, la intuición de un misterio, la disolución del miedo, la irrupción de oleadas de pánico o de angustia). Asimismo abundan los trastornos de la sensopercepción y del pensamiento. La intoxicación aguda puede manifestarse también por cuadros de delirio onírico y hasta de estados de coma, que pueden culminar en la muerte. El coma tóxico suele ser provocado por el empleo de una dosis excesiva o una vía de administración inadecuada, lo cual se puede deber a un accidente o a un propósito suicida.

La entrega a la droga comporta en el plazo de algunos meses o años *una desorganización crónica de la personalidad y la inteligencia* y distintos trastornos viscerales (cerebro, hígado, etc.) que se acentúan progresivamente. En este marco tóxico crónico abunda la presentación de fases y episodios psicopatológicos, especialmente cuadros depresivos y paranoides, que, por no estar determinados por un abuso tóxico inmediato, se consideran como *trastornos psíquicos metatóxicos*. En el curso de ellos, el riesgo de suicidio se incrementa considerablemente.

(b) La gama de *consecuencias sociopáticas* de las toxicomanías es sumamente amplia: separación conyugal y disociación familiar; inestabilidad laboral, absentismo y pérdida de la cualificación profesional; accidentes de trabajo y de tráfico; diversos actos delictivos, desde la falsificación de una receta médica para obtener una droga hasta el homicidio. El sujeto drogómano tiende a hacer prosélitos, tratando de llevar a otras personas al consumo de drogas.

Este índice de nocividad social se ha vuelto mucho más elevado entre las modernas toxicomanías juveniles. La marginación social del joven drogómano actual se acentúa progresivamente. Al principio se halla a caballo entre la integración y la marginación socioescolar. Después se sume en una subcultura de evasión, cuyo modelo es la comunidad “hippy”, de impronta orientalista. Y al final puede quedar apresado en una contracultura callejera criminógena. Se trata de sujetos que exhalan tremendos vapores de crueldad implacable y refinada, enmascarada con el tenue barniz de una cortesía profundamente hipócrita, repulsiva y amenazadora. En este medio, donde prolifera el crimen, se imparte enseñanza para hacerse un perfecto drogadicto: cómo administrar y dosificar la heroína, cómo conseguir dinero para obtenerla, cómo asumir el papel adecuado en los comportamientos criminales y un conjunto de normas y principios que configuran el específico estilo de vida propio de “los virtuosos drogómanos”, denominación adjudicada por algunos autores norteamericanos a los heroínómanos.

3. Panorama actual de las toxicomanías

El uso de las drogas es tan viejo como el mundo. El emperador chino Shen Neng, en el 2736 a.C., daba una precisa descripción de los efectos psíquicos producidos por la administración de cannabis. La impronta novedosa cuantitativa y cualitativa de las modernas toxicomanías se debe al actual perfil psi-

cosociocultural. La identidad de las drogas no influye apenas sobre ello, ya que algunas de las sustancias empleadas por los adolescentes son milenarias.

La incidencia de las toxicomanías se ha incrementado mucho en los últimos años. Su característica más importante es la frecuente y a veces masiva entrega de grupos de adolescentes y jóvenes al consumo clandestino de drogas. Muchos de ellos se vuelven drogodependientes. Hay centros académicos de distintos países donde la mayor parte de los alumnos han consumido alguna vez marihuana. La motivación inmediata es diversa: la búsqueda infructuosa del propio yo; el logro de una expansión del campo psíquico —que es el dato propiamente psicodélico—; la curiosidad ignorante; la solidaridad con otros compañeros; la compensación de un sentimiento de inferioridad; el “machismo”; la estimulación sexual; etc.

El momento intensamente drogófilo que atraviesa la juventud obedece a un trasfondo sociocultural y moral que puede condensarse en estos factores:

(a) insatisfacción del joven con el modelo sociocultural consumista que se le ofrece, sobre todo en lo referente a la deshumanización impuesta por la “dineroocracia”, la burocracia, y la falta de libertad y amor auténticos, así como de comunicación;

(b) coexistencia de generaciones muy distantes entre sí, en una medida hasta ahora desconocida, dado el considerable incremento experimentado en los últimos tiempos por la duración de la vida, lo cual conduce a que las oportunidades socioeconómicas y profesionales lleguen a los jóvenes más tarde que antes;

(c) crisis de autoridad y de valores que se traduce en fenómenos juveniles diversos: proliferación de la hipercrítica; rechazo del padre; imposición del sistema del “filiarcado”, un tanto montado al aire, al carecer muchas veces de referencias a un modelo sociocultural preformado o a un cierto sistema de valores;

(d) y, en general, corrupción y falta de energía moral y sentido de la responsabilidad.

Los jóvenes, unidos por un malestar sociocultural, se congregan a veces en grupos, cuyos rasgos psicológicos son distintos de los de un individuo aislado, una comunidad y una masa. En algunos de estos psicogrupos prevalece el ansia de evadirse y vivir nuevas experiencias, lo que conduce fácilmente al consumo de drogas. Los más predispuestos a la toxicomanías son los que tienen una mentalidad inmadura, conflictiva o algo desequilibrada. La clandestinidad y la ilegalidad de las drogas empleadas son ingredientes del rito de endrogamiento, movido, además de por la irresponsabilidad, por la hostilidad

contra el orden social establecido. De aquí que el alcohol étílico, “la droga del *establishment*”, sea muy poco usado entre los jóvenes drogómanos. La carrera drogómana se inicia hoy casi siempre con unos cigarrillos de marihuana. A continuación se hace “la escalada”: se consumen drogas cada vez más potentes y duras hasta concluir en la heroína. Otra peculiaridad del momento actual es la abundancia de la *polidrogodependencia*. La mayor parte de los drogómanos utilizan en el mismo día varias drogas combinadas.

Entre las drogas proscritas en Occidente, la *marihuana* es la más difundida. Síntoma de esta degeneración en el consumo de drogas es la pretensión de la liberalización de su consumo, solicitada por algunos grupos juveniles. Para entender rectamente este problema hay que partir de la base de que esta sustancia no es inocua, sino que produce dependencia y fenómenos tóxicos. La psicoactividad de los productos extraídos de la cannabis se debe al delta-9 tetrahidrocannabinol. Su concentración varía mucho de unas plantas a otras. Por ello la psicoactividad de las mismas oscila entre los índices de 1 y 40. De aquí que algunos preparados apenas produzcan alteraciones psíquicas. Tiene mucha razón Stevenin cuando señala que el mayor peligro del hachís y la marihuana es “su reputación de relativa inocuidad”.

Los tres argumentos a favor de su legalización y liberación comercial tienen una respuesta bastante contundente:

1º “Hay sujetos que se entregan a la marihuana para dar más fuerza a su estilo de vida socialmente marginado o a sus actividades protestatarias”. Es posible que a partir de su legalización disminuyese el consumo entre los jóvenes marginados y protestatarios, pero sin duda sería a costa de extenderse entre las gentes de un estilo de vida socialmente más integrado.

2º “Un adicto a la marihuana está fuera de la ley, lo cual representa una circunstancia que aún le margina más y le aparta del tratamiento médico”. En la mayoría de los países, quien está fuera de la ley es el traficante, pero no el drogómano, sujeto que tiene reconocida oficialmente la condición de enfermo.

3º “El alcohol es tan nocivo como la marihuana o quizá más, y, sin embargo, su comercio es permitido libremente”. El hecho de que haya una droga aceptada oficialmente no nos autoriza a incorporar otras de una nocividad análoga, tanto más cuanto que la marihuana y el alcohol se potencian recíprocamente cuando se consumen juntos.

4. Prevención y tratamiento

La *prevención* ha de realizarse a escala mundial. He aquí las medidas más importantes: control de la producción de las drogas mediante leyes internacionales, ya que las ganancias obtenidas por algunos países son fabulosas; auténtica represión policíaca y aduanera –no meramente efectista– sobre el comercio de productos clandestinos, sin tolerancias encubiertas; información pública realista y clara, con una estrategia adecuada, evitando hacer una involuntaria publicidad de las drogas; riguroso reglamento farmacéutico sobre el despacho de estas sustancias. En el orden social, el objetivo profiláctico más importante consiste en el logro de una convivencia generacional más satisfactoria para todos, mediante adecuadas renovaciones estructurales de la sociedad. Sin embargo, estas medidas serán insuficientes si no van unidas a un afán de mejorar la educación moral y a la erradicación de otras plagas sociales paralelas, pornografía, prostitución, etc. Puede decirse que las toxicomanías son, en buena parte, una manifestación del hedonismo de la sociedad contemporánea.

Hay que afrontar el *tratamiento* de los drogómanos cómo y dónde se pueda. Lo ideal es que inicien el tratamiento en una clínica psiquiátrica especial para ellos, donde se les aplicaría un plan distribuido en dos fases: primeramente, se interrumpe la administración de la droga y se desintoxica al enfermo; a continuación, se orienta el tratamiento en un sentido psicológico y social, con el doble objeto de neutralizar la tendencia psíquica a la droga y de conseguir la rehabilitación social del sujeto. Otras veces sólo pueden aplicarse soluciones parciales. En estos últimos años se está tratando en USA un gran contingente de heroinómanos, ambulatoriamente, mediante la administración de metadona, con la finalidad de sustituir la forma de toxicomanía más grave y criminógena por una toxicomanía más benigna y socialmente controlable.

II. ASPECTOS MORALES³⁶⁹

Actualmente la palabra “droga” suele reservarse a las sustancias que producen en el hombre un estado físico o psíquico que subjetivamente resulta placentero y que lleva progresivamente a la habituación y a la subsiguiente necesidad de suministración en dosis cada vez más altas: en este sentido se habla de un *adicto* a las drogas, cuando se utiliza la palabra droga como sinó-

³⁶⁹ J.L. SORIA SAIZ, “Drogas”, en *GER*, VIII, Ed. Rialp, Madrid 1989. Extracto de aquí y completo ligeramente con otros autores.

nimo de narcótico o estupefaciente. Por extensión se aplica también el nombre de droga a todos los medicamentos que ejercitan unos efectos sobre las facultades sensitivas e intelectuales de hombre.

1. Uso terapéutico

Aliviar el dolor y mitigar o curar las consecuencias de trastornos físicos o psicológicos es en principio una obra de caridad del médico, y puede llegar a ser un deber si esas alteraciones dificultan o impiden ejercicio de otros deberes de orden superior. De ahí que, en sí mismo, sea lícito el uso de drogas, cuando se busca un fin terapéutico, incluso si llegara a producir la pérdida temporal de la conciencia³⁷⁰. Tal es el caso, p. ej., de los medicamentos analgésicos, los anestésicos, los usados para la cura del sueño, las drogas psicotropas, etc. El principio moral que justifica este uso, y señala sus límites, es el mismo que se aplica a toda intervención terapéutica, y ordinariamente puede encuadrarse dentro de las reglas de la acción con doble efecto. Cabe el peligro, sin embargo, de que estas drogas sean utilizadas para fines terapéuticos que impliquen reservas morales o de que su uso (si se trata concretamente de estupefacientes) cree un hábito y lleve a la toxicomanía.

De ahí la conveniencia de distinguir los problemas morales de las diversas clases de drogas:

(a) *Drogas meramente analgésicas*. Entendemos bajo este nombre aquellas drogas que no tienen más efecto que la supresión del dolor, sin interferir con el uso de la conciencia psicológica y sin producir efectos psíquicos concomitantes. No suelen presentar dificultades morales, porque sus características farmacológicas no las hacen susceptibles de abusos, y únicamente cabría plantear la cuestión de la dosis que, si es excesiva, puede buscarse con fines suicidas.

(b) *Drogas que, teniendo o no un efecto analgésico, poseen al mismo tiempo efectos euforizantes*: opio y sus derivados naturales y sintéticos, coca y cocaína, etc.; *alucinatorios*: mescalina, LSD, marihuana y derivados de la *Cannabis Indica*, etc.; *embriagantes*: alcohol, éter, cloroformo, protóxido de nitrógeno, etc.; *hipnóticos*: barbitúricos, etc. Todas las anteriormente mencionadas, son drogas que pueden presentar serias implicaciones morales, porque es fácil que del uso terapéutico se pase al abuso, sobre todo por lo que se

³⁷⁰ Cf. Pío XII, "Discurso al Symposium Internacional de Anestesiología", 24 febrero de 1957, en AAS 49 (1957) 129-147.

refiere a los llamados de un modo más concreto estupefacientes, como sucede con la mayoría de las drogas euforizantes y alucinatorias. De aquí la responsabilidad del médico, que debe recurrir a estas drogas (especialmente en lo que respecta a la morfina, que es la dotada de mayor poder analgésico) solamente en casos de urgencia (cólicos agudos, por ejemplo), y si han fallado los demás analgésicos. Es prudente incluso que sea administrada sin que el enfermo sepa de qué medicamento se trata, y únicamente en enfermedades incurables y muy dolorosas se podrá suministrar con más amplitud. Siempre se ha de llevar un control estricto de las recetas, para cortar de raíz cualquier intento de tráfico ilícito con fines no terapéuticos.

Respecto al uso de estas drogas en enfermos desahuciados, tampoco hay nada que objetar al propósito de ayudar a morir sin dolor, con tal que no se busque directamente acortar la vida y aunque el uso de estos analgésicos pueda eventualmente acelerar la muerte, por los efectos tóxicos concomitantes a su administración. Son precisas, sin embargo, dos condiciones:

1º que no se pretenda suprimir por principio el dolor, y a toda costa, sino simplemente atenuarlo o quitarlo de un modo razonable;

2º que los sedantes no imposibiliten para prepararse a la muerte con lucidez de espíritu, y para cumplir los deberes con Dios, con la familia y con la sociedad.

2. Uso de drogas con fines no terapéuticos

Pueden distinguirse varios usos:

(a) Usos forenses

Entran en este apartado las drogas (principalmente los barbitúricos), que produciendo un estado crepuscular, llevan a la desinhibición del yo y a la abolición de la censura moral. Vulgarmente, aunque con una gran imprecisión técnica, se les llama con el nombre genérico de *suero de la verdad*. Desde un punto de vista moral, estos procedimientos han de ser rechazados de la práctica forense: violan los derechos naturales y adquiridos del reo (derecho a la libertad de la confesión, derecho a no autoacusarse, derecho a la reputación, aunque fuera sólo aparente o falsa, etc.), llevan fácilmente a una dejación de deberes por parte de los peritos y de los magistrados, son un medio inadecuado para obtener una confesión objetiva y que responda a la verdad, porque algunas personas pueden disimular la realidad aun bajo los efectos de esas drogas, y otras veces se puede llegar a manifestar como

hechos consumados cosas que en realidad son deseos reprimidos o sueños fantásticos. Algunos moralistas admiten ese uso forense de la droga si se cuenta con el consentimiento del sujeto³⁷¹; para otros no sería lícito ni siquiera en esas condiciones³⁷².

(b) Uso voluptuario

Es el uso de la droga con fines estimulantes, o para aumentar la capacidad de trabajo, el rendimiento físico, etc. El problema en este caso es delicado, por las diversas circunstancias que pueden influir en la moralidad. Así, por ejemplo, ordinariamente se admite por todos el uso de drogas ligeras, que no ofrecen peligro de instaurar una verdadera toxicomanía, y que han entrado en las costumbres de casi todos los pueblos: tal es el caso del café, el té, el tabaco, el alcohol en moderada cantidad, etc. Únicamente el abuso de estos productos presenta inconvenientes morales. El uso estimulante de drogas más activas ofrece, sin embargo, serias reservas, porque supone o puede suponer pecados graves de templanza, prudencia y justicia. En algunos casos, como sucede con el uso de drogas en actividades deportivas, entra también en juego la lealtad, no solamente en relación a los competidores que se abstengan de drogas, sino porque contraviene a los reglamentos deportivos que actualmente incluyen de ordinario una prohibición expresa de usar drogas.

Por lo que se refiere al uso de drogas por curiosidad, espíritu de aventura, afán de originalidad, etc., aunque sea de modo completamente esporádico, ha de tenerse en cuenta la posibilidad de contraer una toxicomanía, y por consiguiente el grave y no proporcionado peligro al que se expone quien hiciera uso de drogas con esos fines superficiales, o para salir de una depresión, brillar en sociedad, etc. Ordinariamente hay también riesgo de incurrir en pecados de lujuria, no sólo por el efecto afrodisíaco de algunas drogas, sino por la obnubilación de conciencia que producen.

3. Abuso y toxicomanías

Generalmente se da el nombre de toxicomanía al estado de intoxicación periódica o crónica, nociva al individuo y a la sociedad, que ha sido engendrado por el consumo repetido de una droga natural o sintética. Si se tiene pre-

³⁷¹ Cf. M. THIEFRY, "La Narcoanalyse et la Morale", *Études* (febrero 1950) 198.

³⁷² Cf. R. OMEZ, "Les conditions morales de la narcose", *Feux Nouveau* (8 de marzo de 1949) 53; I. ROLIN, *Drogues de police*, París 1950; V.M. PALMIERI, "La narcoanalisi, dal punto di vista Medico-Giuridico ed etico-sociale", *Minerva Médica* 38, 1950.

sente que sus características son un deseo invencible de continuar el consumo de la droga y de procurársela *con cualquier medio*; una tendencia a aumentar la dosis, y una esclavitud de orden psicológico y a veces físico en relación a los efectos de la droga, se comprenderán las gravísimas repercusiones morales de estas situaciones: aparte del serio daño que suponen para la salud física, puede achacarse a la toxicomanía cualquier tipo de pecado, pues el toxicómano no duda en cometerlo si le puede facilitar la obtención de la droga. Añádanse los perjuicios morales que causa a la familia y a la sociedad, y se tendrá un cuadro aproximado de la importancia de estos estados. Por otra parte sus características hacen muy difícil la ayuda espiritual, si no se instaura paralela y fielmente una cura médica y psicológica de desintoxicación. *Con estas reservas, la asistencia espiritual a los toxicómanos ha de tender a subrayar la obediencia al médico y, especialmente, a descubrir y a poner márgenes de carácter espiritual y ascético a la situación de insatisfacción, a la tentación de evadir la realidad, que suele encontrarse en el origen de muchas toxicomanías.* Por esta razón, es importante cuidar el aspecto preventivo, sea mediante el consejo espiritual que recuerde a médicos, farmacéuticos, etc., sus deberes deontológicos respecto a la administración, control y venta de estupefacientes, sea en general por lo que se refiere a los posibles candidatos a la toxicomanía: *en general es difícil que una persona centrada en la vida, equilibrada y con sanas costumbres caiga de repente en este vicio.* Suele tratarse, en cambio, de hombres y mujeres descentrados, de vida irregular y superficial, o de enfermos que han sido sometidos a un tratamiento continuado con drogas estupefacientes. Particular interés tiene hoy día el consumo de algunas drogas (LSD, marihuana, etc.) por parte de ciertos grupos y movimientos juveniles. Ante todos esos casos, los padres y educadores deberán estar en guardia para alejar el riesgo de la toxicomanía, antes de que se instaure.

4. Los tranquilizantes

Desde hace algunos años, el arsenal médico se ha enriquecido con el descubrimiento de algunos productos llamados psicofármacos, que han abierto nuevas perspectivas al tratamiento psiquiátrico. Tienen como principal característica farmacológica el hecho de modificar el comportamiento del individuo, sin inducir al mismo tiempo la tendencia al sueño, y suelen dividirse en medicamentos *psicomiméticos*, es decir, capaces de reproducir pasajeramente los disturbios de comportamiento característicos de algunas enfermedades mentales, cuya sintomatología imitan y por esta razón se suelen usar experi-

mentalmente para estudiar la enfermedad que asemejan; y medicamentos *tranquilizantes*, de efecto sedante.

Fuera ya del ámbito psiquiátrico, precisamente por la tensión, el ansia y el nerviosismo que la vida moderna suele llevar consigo, se ha extendido también el uso de tranquilizantes entre bastantes estratos sociales. Aunque sus efectos secundarios no suelen tener gravedad, y pueden ser combatidos fácilmente con otros medicamentos, existe la preocupación ante un uso incontrolado de tales sustancias, no solamente por sus posibles consecuencias físicas y sociales (se señala entre otras cosas el mayor riesgo de accidentes de automóvil si se conduce bajo el efecto de un tranquilizante), sino también si se usan para evitar sistemáticamente las dificultades afectivas, las tensiones y la preocupación que son frecuentes en una vida activa en medio de la actual sociedad.

Desde un punto de vista moral pueden distinguirse dos cuestiones en el uso de los tranquilizantes:

(a) Uso terapéutico, bajo control médico: no ofrece dificultades morales especiales, y se le aplica todo lo expuesto anteriormente sobre el empleo médico de las drogas en general.

(b) Abusos diversos: aspectos extremos de este último punto se encuentran en la hipótesis formulada por algunos de un posible uso de los tranquilizantes y de las drogas psicoactivas en general como medio de coacción social o de poder político o de grupo. Las modificaciones en la conducta y en la personalidad que algunos de estos productos ocasionan podrían ser aprovechados por gente sin escrúpulos para mantener bajo su control a otros grupos o individuos. Tal modo de actuar, por lo que supone de ilegítima interferencia en la autonomía personal, sería una nueva y terrible forma de esclavitud, y es claramente condenable.

Otra posibilidad de abuso, más corriente, está en el empleo incontrolado. Si el abuso consiste en un exceso de dosis, tal conducta es reprochable por el daño que puede ocasionar a la salud, entre otras cosas porque suele ser paralelo el abuso de estimulantes, y se crea un círculo vicioso para promover artificialmente cambios de tensión anímica. Si el abuso es debido a un ritmo de vida anormal y no obligado por los deberes personales, también pueden ponerse reparos, pues antes de recurrir a los tranquilizantes parece lógico tratar de ordenar y serenar un ritmo vital alocado y superficial.

Si, por último, se trata de un uso no controlado médicamente, que tiene por objeto una terapéutica razonable, no parece que haya nada que objetar.

No solamente porque un uso *prudente* de estas medicinas no se diferenciaría mucho de otros casos semejantes (también suelen usarse sin control directo del médico los analgésicos ligeros y otros fármacos de ordinaria administración, que suelen formar parte de los botiquines domésticos), sino porque en algunos casos pueden estar indicados como ayuda ante dificultades morales: irritabilidad, tensión nerviosa, insomnio, etc., que podrían ocasionar faltas de caridad, de fidelidad a los propios deberes, de pureza, etc. Se ha subrayado que este uso personal ha de ser prudente.

III. LA CULTURA DE LA DROGA

“Estamos ya frente a un fenómeno de vastedad y proporciones terribles, no sólo por el altísimo número de vidas destroncadas, sino también por el preocupante extenderse del contagio moral, que hace tiempo está llegando a los más jóvenes como en el caso, no raro por desgracia, de niños constreñidos a ser distribuidores y a llegar a ser, con sus coetáneos, ellos mismos también consumidores”³⁷³. Estudios de las últimas décadas del siglo XX señalaban la existencia de unos 50 millones de toxicodependientes en el mundo³⁷⁴.

La drogodependencia es, indudablemente, un problema de orden médico y legal, pero no solamente ni principalmente. Considero que el fenómeno es expresión de una cultura: la “cultura de la droga”. Afirmar esto tiene capital importancia, pues tratándose de un fenómeno cultural, sólo puede contrarrestarse con un cambio cultural. De lo contrario se termina en la perspectiva derrotista de quienes –por ejemplo, Claude Olivenstein, director del Hospital Marmotán, de París (centro dedicado a la atención e investigación del problema de la droga)– dicen: “en Francia hemos decidido terminar con el mito heredado del presidente Reagan de la erradicación de la droga. Pensamos que nos veremos obligados a convivir con la droga y, en consecuencia, la cuestión es preguntarnos cómo vamos a vivir con la droga”³⁷⁵.

1. La droga en la cultura contemporánea

Hemos ya señalado que los principales motivos por los cuales los jóvenes se introducen en el mundo de las drogas son la curiosidad y deseo de nuevas

³⁷³ JUAN PABLO II, “Discurso a la VI Conferencia internacional del Pontificio Consejo para los agentes de la salud”, 1991.

³⁷⁴ Cf. “31ª sesión de la Comisión de la ONU para los estupefacientes”, Viena, febrero de 1985.

³⁷⁵ En *Clarín*, 10 de abril de 1994, 20.

experiencias, la búsqueda de placer, el huir de situaciones conflictivas, especialmente, dramas familiares, la necesidad de llenar el vacío interior, la necesidad de encontrar un sentido a la vida, el jugar con el riesgo, la influencia del grupo al que pertenece o en el que se mueve, el silenciar el ahogo de la soledad, la imitación de modelos, etc.

Todas estas motivaciones son consecuencia de principales características de la cultura contemporánea que son:

El hedonismo: la cultura contemporánea se caracteriza por la búsqueda del placer y la huida del sufrimiento a cualquier costo. La droga ofrece placer y huida del dolor, un escape ante el tedio. Por ser fruto de una cultura que identifica la felicidad con el placer y con la falta de sufrimiento, el drogadicto es un hombre o una mujer que han renunciado a luchar.

El consumismo: es el afán desmedido de tener. La droga es también una forma de consumo.

El permisivismo: consiste en confundir libertad con libertinaje; la droga puede presentarse como una forma de expresar la libertad: libertad de drogarse, de hacer algo que otros prohíben, y por tanto la oportunidad de mostrar su desagrado con la sociedad en que se vive, etc.

El relativismo: es la negación de la verdad absoluta. El relativismo conduce a la frustración de la inteligencia, al vacío interior. Para muchos que viven en el más craso relativismo la droga ofrece algo con qué llenar el vacío interior, para otros les ofrece experiencias fantásticas que son burdas imitaciones de la mística, un volar por mundos de fantasía, o como se dice, por “paraísos artificiales”. Ha dicho el Papa Juan Pablo II: “dicen los psicólogos y los sociólogos que la primera causa que impulsa a los jóvenes y adultos a la deletérea experiencia de la droga es la falta de claras y convincentes motivaciones de la vida. En efecto, la falta de puntos de referencia, el vacío de valores, la convicción de que nada tiene sentido y que, por lo tanto, no valga la pena vivir, el sentimiento trágico y desolado de ser caminantes desconocidos en un universo absurdo, puede incitar a algunos a buscar fugas exasperadas y desesperadas”³⁷⁶. Y en otra oportunidad afirmaba: “Es opinión corriente de los observadores dignos de fe que la fuerza de atracción de la droga sobre el ánimo juvenil está en la falta de afecto a la vida, en la caída de los ideales, en el miedo al futuro. Sin la perspectiva de grandes valores,

³⁷⁶ JUAN PABLO II, “Homilía en la misa para el Comité italiano de solidaridad con los jóvenes drogados”, Castelgandolfo, 9 de agosto de 1980.

la persona humana, especialmente si se encuentra todavía en la primavera de la edad, cuando no tiene razones para vivir y para pensar sugestivamente en el futuro, busca huir del presente para refugiarse en cosas alternativas o en la nada”³⁷⁷. Esto es un fenómeno característico de las últimas dos décadas del siglo XX. En los años ’60 muchos recurrían a la droga buscando en ella una forma de rechazar y contestar a la sociedad de los adultos, o bien como una forma de satisfacer sus ansias de religiosidad pseudomística; en los ’70 buscaban en ella una falsa solidaridad, el agruparse entre jóvenes que tenían algo en común frente a una sociedad que los aislaba y abandonaba. Pero a partir de los años ’80 se recurre a la droga sin razones precisas, bajo el impulso de lo que ha sido definido como un “síndrome amotivacional”, que es una mezcla de aburrimiento, curiosidad, aceptación acrítica de todo lo nuevo, incapacidad de reaccionar, e indiferencia hacia las consecuencias que puede traer para el que se mete en este camino³⁷⁸. Algunos señalan que el denominador común de cuantos consumen drogas en nuestro tiempo consiste en “una crisis de identidad personal”: no saben quiénes son, qué quieren, ni cuál es su puesto en la sociedad.

La soledad y el resquebrajamiento familiar: en nuestra época se ha extendido con fuerza nunca antes vista el fenómeno de la soledad, del individualismo y especialmente la destrucción de la familia. Esto tiene una gran influencia en el problema de la drogadicción: “un altísimo porcentaje de drogados (al menos el 90% en casi todas las investigaciones consultadas) proviene de familias en las cuales el conflicto interno entre padre y madre, o entre padres e hijos está presente de modo continuo. El conflicto familiar y las desarmonías conyugales son, por tanto, el terreno propicio para la formación del potencial toxicómano”³⁷⁹. Un documento de la Iglesia afirma: “Entre los factores personales y ambientales que favorecen de hecho el uso de la droga, la falta absoluta o relativa de la vida familiar es, sin duda, el principal, porque la familia es elemento clave en la formación del carácter de una persona y de sus actitudes hacia la sociedad”³⁸⁰. La droga es vista por muchas

³⁷⁷ JUAN PABLO II, “A la comunidad terapéutica para toxicodependientes ‘San Crispín’”, Viterbo, 27 de mayo de 1984.

³⁷⁸ Cf. este desarrollo histórico en L. CICCONE, *Salute e malattia*, 54-369, donde resume el informe del CENSIS (informe del Ministerio del Interior Italiano, año 1983).

³⁷⁹ BURGALASSI, “Famiglia e droga: considerazioni di un sociologo”, *Md Mr* 31 (1981) 113; citado en L. CICCONE, *Salute e malattia*, 366.

³⁸⁰ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *Droga: de la desesperación a la esperanza*, 5 de agosto de 1982.

víctimas como una evasión, una huida de situaciones familiares que parecen intolerables, mientras que, en algunos casos la convivencia con otros drogadictos les ofrece la sensación de pertenencia a un grupo, un antídoto al drama de la soledad.

Finalmente, la cultura de la muerte: es innegable que nuestra cultura puede calificarse con este terrible epíteto que ha sido usado muchas veces por el Papa Juan Pablo II: “cultura de la muerte”. A una enorme porción de toxicodependientes le importa muy poco su vida; ellos juegan con la muerte, porque han crecido en una sociedad donde no se respeta la vida.

2. Una solución real

Un frente real al problema de la drogadicción no podrá venir de una simple propaganda, ni de una adecuada información, ni de simples terapias de recuperación. Todo esto está bien, pero con ello se puede lograr muy poco. Por eso quienes se quedan en este plano ven escasos resultados (hace unos años se calculaba que sólo el 30% de los drogadictos logran recuperarse³⁸¹); o por el contrario, observan cómo el fenómeno de la toxicodependencia sigue creciendo en todos los ambientes sociales.

El síntoma más elocuente de esta impotencia son las propuestas derrotistas de liberar las mal llamadas “drogas suaves” o las terapias con drogas alternativas (reemplazar el consumo de unas drogas como la heroína con otras aparentemente menos graves, como por ejemplo, la metadona); en todos estos casos la esclavitud sigue en pie: a un cáncer no se le pueden hacer concesiones; y estamos ante un cáncer que no sólo afecta al cuerpo sino al alma, a la familia, y a la misma sociedad. Por eso, sólo un cambio cultural puede prevenir al que está amenazado por este mal y puede recuperar totalmente al que se ha sumergido ya en él.

Es importante convencerse de que hay que cambiar los principios culturales rectores que alimentan, fomentan y cultivan la insatisfacción espiritual y social que lleva a muchos niños, jóvenes y adultos a buscar en la droga una alternativa a su frustración y vacío interior. “Para afrontar la droga, ha dicho el Papa Juan Pablo II, no sirven ni el estéril alarmismo ni el apresurado simplismo. Vale, en cambio, el esfuerzo en tratar de conocer al individuo y comprender su mundo interior; llevarlo al descubrimiento o al redescubrimiento de su propia dignidad de hombre; ayudarlo a hacer resucitar y crecer, como sujeto activo, aquellos recursos personales que la droga había sepultado,

³⁸¹ Cf. en *Clarín*, 10 de abril de 1994, 20.

mediante una confiada reactivación de los mecanismos de la voluntad, orientada hacia ideales nobles y seguros”³⁸².

La solución debe ser encarada, por tanto, como un trabajo de construcción “de una sociedad nueva a medida del hombre”³⁸³. El Papa Juan Pablo II ha dicho que “se trata de favorecer –cuando no de comenzar *ex novo*– una nueva mentalidad, que sea esencialmente positiva, inspirada en los grandes valores de la vida y del hombre... Cultivar tales valores es el secreto para quitar terreno a la gramilla de la droga”³⁸⁴. Y añadía: “Los ideales puramente humanos y terrenos..., aún teniendo una fundamental importancia... no siempre, por varios motivos contingentes, alcanzan a dar un significado completo y definitivo a la existencia. Es necesaria la luz de la trascendencia y de la revelación cristiana. La enseñanza de la Iglesia, anclada sobre la palabra indefectible de Cristo, da una respuesta luminosa y segura a los interrogantes sobre el sentido de la vida, enseñando a construirla sobre la roca de la certeza doctrinal y sobre la fuerza moral que proviene de la oración y de los sacramentos. La serena convicción de la inmortalidad del alma, de la futura resurrección de los cuerpos y de la responsabilidad eterna de los propios actos es el método más seguro también para prevenir el mal terrible de la droga, para curar y rehabilitar a sus pobres víctimas, para fortificar en la perseverancia y en la firmeza sobre las vías del bien”³⁸⁵. En otro lugar ha dicho el Papa: “No se combate el problema de la droga... ni se puede conducir a una acción eficaz para su curación y la recuperación de quien es víctima, si no se recuperan preventivamente los valores humanos del amor y de la vida, los únicos que son capaces, sobre todo si son iluminados por la fe religiosa, de dar pleno significado a nuestra existencia”³⁸⁶.

Para lograrlo hay que trabajar en todos los niveles.

A nivel de las *personas individuales* educando el carácter, forjando personalidades virtuosas, capaces de dominarse y de ser dueñas de sí, capaces de sobreponerse a las tentaciones o de no dejarse influenciar por la presión del hedonismo, del consumismo y del materialismo reinante en gran medida en

³⁸² JUAN PABLO II, “Al VIII Convenio Internacional de las Comunidades terapéuticas”, 7 de setiembre de 1984.

³⁸³ JUAN PABLO II, “A la comunidad ‘San Crispín’”, Viterbo, 27 de mayo de 1984.

³⁸⁴ JUAN PABLO II, “Al VIII Convenio Internacional de las Comunidades terapéuticas”, 7 de setiembre de 1984.

³⁸⁵ JUAN PABLO II, *Ibid.*

³⁸⁶ JUAN PABLO II, “Discurso a la VI Conferencia internacional del Pontificio Consejo para los agentes de salud”, 1991, n. 4.

los medios de comunicación³⁸⁷. Fundamentalmente, dando respuestas a los grandes interrogantes de la vida: para qué estamos aquí, por qué existimos, qué nos espera después de la muerte, qué quiere Dios de nosotros.

A nivel de las *familias* trabajando por rehacer las familias en conflicto, buscando que reine el diálogo, la armonía entre los esposos, entre padres e hijos y entre los hermanos. Formando familias donde se respire un clima de esperanza, de vida y de ilusiones.

A nivel de la *cultura* tratando de insuflar en la sociedad una mayor confianza en la vida, un gran clima de solidaridad, de amistad, de lealtad, un culto a la verdad; dando a Dios el lugar que le corresponde en la sociedad, que es el primero. Y dar lugar a estos valores en la cultura y en la sociedad quiere decir hacer transmisores de estos valores a la escuela, la universidad, la política, el periodismo, la televisión, la familia, etc. O se hace entre todos, o no se hace.

IV. EL ALCOHOLISMO³⁸⁸

El alcoholismo –enfermedad de la ebriedad crónica– es uno de los grandes males de nuestro tiempo; por ejemplo, en algunos países –al menos en los datos correspondientes a la década del '80 del siglo XX–, el número de muertos que producía el abuso del alcohol era 500 (quinientas) veces más alto que

³⁸⁷ Decía el Papa a los jóvenes en el Jubileo de los Jóvenes: “Os toca a vosotros (jóvenes), verificar si algún vacilo de la ‘cultura de la muerte’ (por ejemplo, la droga, el recurso al terror, el erotismo, las múltiples forma de vicio) no se anide también dentro de vosotros y esté allí contaminando y destruyendo vuestra juventud, destruyendo vuestro espléndido proyecto del hombre que está en cada uno de vosotros. Nuevamente os lo repito, queridísimos jóvenes: no cedáis a la ‘cultura de la muerte’. Elegid la vida. Alineaos con cuantos no aceptan que se rebaje su cuerpo al rango de un objeto. Respetad vuestro cuerpo. Él forma parte de vuestra condición humana: es el templo del Espíritu Santo. Os pertenece porque os ha sido dado por Dios. No os ha sido dado como un objeto del que podáis usar y abusar. Forma parte de vuestra persona como expresión de vosotros mismos, como un lenguaje con el cual entrar en comunicación con los demás en un diálogo de verdad, de respeto y de amor. En vuestro cuerpo vosotros podéis expresar la parte más secreta de vuestra alma, el sentido más personal de vuestra vida: vuestra libertad, vuestra vocación. ‘¡Glorificad a Dios en vuestro cuerpo!’ (1Cor 6,20). Y glorificadlo en vuestra vida” (JUAN PABLO II, Jubileo de los Jóvenes, Roma, 14 de abril de 1984).

³⁸⁸ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, II, 210ss.; L. CICCONE, *Salute e malattia*, 437ss. También se puede consultar alguna de las páginas de Alcohólicos Anónimos, como por ejemplo: www.aa.org; www.alcoholics-anonymous.org.

el debido a la heroína³⁸⁹. Esto se debe en parte a la total incapacidad del enfermo para autodominarse ante el alcohol, incluso cuando ya le hace daño y no le provoca ningún placer ni aparente “solución” a sus problemas; en parte también, porque, al contrario de otras drogas, el alcohólico, se embriaga con cantidades cada vez más pequeñas³⁹⁰.

La Organización Mundial de la Salud define a la persona alcohólica como “aquel bebedor descontrolado cuya dependencia del alcohol ha llegado al grado de poner en evidencia disturbios mentales o bien a incidir sobre su salud física y psíquica, sobre sus relaciones interpersonales y sobre su actividad normal social y económica; o bien aquél en quien se hacen evidentes los pasos de una evolución hacia tal estado”.

1. El uso del alcohol

Al hablar del alcohol en general debemos distinguir tres situaciones: (a) el uso adecuado y bien tolerado; (b) el uso inadecuado de alcohol sin llegar al conjunto de síntomas (síndrome) que caracterizan al alcohólico; y (c) el uso inadecuado con aparición de síntomas de dependencia-abstinencia. Por tanto, partimos de que respecto del alcohol (se trata del alcohol etílico, obtenido por fermentación de azúcares contenidos en algunos frutos como la uva –vino–, la manzana –sidra– y la cebada –cerveza) existe la posibilidad de un uso moderado que no crea formas de dependencia, ni síndrome de abstinencia, ni problemas a la salud, e incluso puede tener efectos benéficos sobre la digestión. Consecuentemente no ofrece problemas morales. El problema del alcohol, por tanto, es un problema de uso desmedido y prolongado que ocasiona el conjunto del síndrome.

El problema causado por la ingestión de alcohol consiste en la elevación de la tasa de alcoholemia o etanolemia, es decir, la tasa alcohólica ya presente en la sangre³⁹¹. La elevación de esta tasa³⁹² produce una acción depresiva sobre los centros de control del Sistema Nervioso Central y la consecuente modificación del comportamiento; esta turbación dura hasta que la tasa de alcoholemia desciende por la eliminación del alcohol por obra del organismo; la duración de estos efectos oscila entre las 24 y las 48 horas. Esta elimina-

³⁸⁹ Tal es el caso de Italia; se puede ver sobre esto: G. BONFIGLIO – E. CAFFARELLI – B. BARIGELLI, “Alcolismo. La droga che uccide di più”, *Il delfino* 5 (1980) n. 3, 13-20.

³⁹⁰ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, II, 210ss.; L. CICCONE, *Salute e malattia*, 437ss.

³⁹¹ Se calcula en 20-30 mg/litro en un individuo sano.

³⁹² Por ejemplo, una botella de 3/4 de litro, de 10-12 grados, bebida en ayunas, eleva esa tasa a 500-800 mg/litro.

ción es debida al metabolismo y realizada principalmente por el hígado; cuando este órgano empieza a quedar comprometido precisamente por el exceso de alcoholemia, se va haciendo cada vez más difícil el metabolismo y se va requiriendo una cantidad siempre menor de alcohol para determinar la elevación de la tasa de alcoholemia.

2. Estados de alcoholismo

Debido a este compromiso progresivo del organismo se distinguen tres estados fundamentales de alcoholismo:

- (a) El primero es *un estado de toxicidad aguda*. Éste engloba tres momentos del proceso: 1º una etapa de excitación (disminución de las funciones sensitivas y sensoriales, falta de coordinación motora, disminución de la capacidad intelectual, cambios comportamentales); 2º una etapa de ebriedad (comienzan problemas motores –como no poder caminar–, incoherencia ideativa y eclipses de memoria); y 3º una etapa de borrachera (disturbios cuantitativos y cualitativos de la conciencia, anestesia cutánea con problemas de termorregulación y alteración de las funciones cardíacas y respiratorias).
- (b) El segundo es *un estado intermedio de toxicidad enmascarada o incubación*: es un período más o menos largo en el cual el exceso habitual de alcohol en la sangre viene afrontado más o menos bien por las estructuras del organismo. Este estado es muy peligroso en cuanto engaña a la persona haciéndole pensar que el exceso de alcohol no le produce efectos nocivos.
- (c) El tercero es *un estado de toxicidad crónica*: es propiamente el alcoholismo crónico, caracterizado por el daño somático y/o psíquico provocado directamente por la ingestión de etanol luego de un período de excesivo uso y abuso, con presencia constante en el organismo. En este estado aparecen un conjunto de síntomas conocidos como “síndrome de privación o abstinencia”. Estos síntomas se presentan en tres grados sucesivos y progresivos en el tiempo:
 - 1º El síndrome de privación leve que aparece entre 3 y 12 horas después del consumo de alcohol y puede durar de dos a cinco días (angustias, intranquilidad motriz, inquietud, temblor fino de manos, sudoración fría y sed de alcohol).
 - 2º El síndrome de privación moderado que aparece de 12 a 48 horas después de consumir alcohol y dura de dos a cinco días (náu-

seas, vómitos, diarrea, sudoración abundante, temblor aumentado, insomnio y sueño irregular y poco reparador).

- 3º El síndrome de privación grave que aparece de 48 a 72 horas después del consumo de alcohol (cuadros psiquiátricos graves: psicosis alcohólica y convulsión epileptiforme). La psicosis alcohólica puede ser de tres tipos: el episodio delirioso (alucinaciones visuales nocturnas de contenido terrorífico como zoopsias: animales en actitud amenazante; durante el día el enfermo vive asustado pero sin alucinaciones); la alucinosis alcohólica (alucinaciones auditivas de contenido acusatorio y de persecución que se dan durante el día sin influir en la inteligencia, la capacidad de trabajo y las relaciones sociales); y el *delirium tremens* que necesita la hospitalización urgente por tener alta mortalidad (alucinaciones visuales, auditivas y táctiles: ve y siente animales que le atacan, andan por el cuerpo; estado confusional: no relaciona fechas o personas, etc.; las convulsiones epileptiformes se producen durante los primeros diez días de suspendida la ingestión del alcohol).

3. Las consecuencias

Entre las consecuencias más notorias del alcoholismo se señalan generalmente daños a la salud de la persona dependiente (patologías gastroenterológicas como daños del hígado y páncreas, en la cavidad oral y en el esófago, estómago, intestino; alteraciones hematológicas; daños neuropsiquiátricos como el llamado *delirium tremens*, demencia alcohólica, síndrome o psicosis de Korsakoff; daños en el equilibrio neuroendócrino; e incluso la misma muerte del individuo) y daños sociales (en los hijos: fetopatía alcohólica³⁹³; en la familia y el matrimonio: miserias familiares, problemas graves en la relación conyugal; y criminalidad).

4. Las causas del alcoholismo crónico

Pueden indicarse muchos factores, que sumados, ayudan a entender el problema: a veces es causado por problemas hereditarios (lo que, si bien no

³⁹³ Desde 1973 el alcohol se configura como una de las sustancias teratógenas capaces de producir malformaciones en el feto, aumentando el número de los niños malformados; entre los efectos que produce en el feto se señala el retardo del crecimiento pre y post natal, las disfunciones en el sistema nervioso central –retardo mental, depresión–, anomalías cráneo-faciales, otros problemas como anomalías en los ojos, orejas, boca, problemas cardíacos, etc.

explica una enfermedad, al menos revela cierta inclinación hacia ella); problemas psicológicos (que son, en realidad, problemas potenciales, es decir, no son determinantes); problemas culturales y ambientales (los ejemplos vividos dentro de la propia familia, la falsa publicidad, las depresiones causadas por problemas de trabajo, frustraciones afectivas; también hay que indicar en muchos casos las tendencias culturales, etc.); pero en realidad el alcoholismo es un problema de raíces múltiples que exige un tratamiento muy radical y urgente.

Uno de los dramas más graves de nuestro tiempo es la difusión del alcoholismo entre los adolescentes (14-17 años) y es allí donde principalmente se deben enfocar los esfuerzos sociales y religiosos. Informes de los últimos años dan datos alarmantes de este problema: desde 1981 hasta fines del siglo (menos de 20 años) se quintuplicó el consumo de algunas bebidas (como la cerveza) entre los jóvenes, y bajó la edad en que empiezan a beber a ¡11 años de edad!³⁹⁴; y esto afecta también a las jóvenes, las cuales se inician en la bebida entre los 12 y los 13 años, creciendo en los últimos años el consumo entre las adolescentes argentinas un 150%³⁹⁵.

Generalmente para muchos jóvenes el alcohol es la puerta para ingresar al mundo de las drogodependencias.

5. Soluciones

La solución a todo este problema implica un cambio cultural y en muchos casos una profunda conversión de las sociedades y de los individuos.

Es claro que el gran trabajo en este campo es la prevención; si no se quiere llegar a un problema de adicción, el alcohol debe ser usado con moderación, regulado por las virtudes de la prudencia y de la templanza, lo cual implica un parámetro desigual, según las personas. Con esto quiero decir que cada uno sabe dónde le aprieta el zapato y cuáles son sus límites; hay personas que no toleran ni siquiera bajas cantidades de cualquier bebida alcohólica, y otros pueden ser más resistentes. Algunos por tanto, deberán privarse totalmente de tales bebidas, mientras que otros deberán ser simplemente moderados en el beber. Pero en esto hay que evitar el más peligroso engaño del alcohol: el espejismo de la “tolerancia”; hay personas que pien-

³⁹⁴ Se pueden ver estos datos en “Los chicos empiezan a tomar a los 11 años”, en *La Nación*, 17 de noviembre de 2003.

³⁹⁵ Ver los datos en “Las chicas toman cada vez más alcohol”, en *La Nación Line*, 8 de febrero de 2003.

san que el consumo de alcohol no les hace nada, porque tal vez efectivamente no notan consecuencias inmediatas en su organismo ni en su comportamiento; esto no debe ser tomado como “mayor capacidad” para beber. Creo que debe haber, en las personas que consumen alcohol (y me refiero al uso común como el vino, la cerveza, etc.) dos parámetros: uno objetivo y otro subjetivo.

El *subjetivo* es muy claro: cuando una persona nota que el consumo del alcohol produce un detrimento en su salud, en el uso de sus facultades mentales o volitivas, o en su comportamiento social (trabajo, familia, etc.) es señal que no debe tomar en esa cantidad; aunque esto represente dejarlo totalmente (como sería el caso de quien ve estos efectos por el sólo consumo de medio vaso de vino). En esto hay que ser realistas y enérgicos; si uno nota que busca la bebida, aun en poca cantidad, para sentirse seguro en sus actuaciones públicas, porque está solo o triste, o bien siente dificultades para pensar con claridad o para conducir un vehículo, o se siente triste o malhumorado o violento después de beber, etc., debería o disminuir el consumo o dejar de tomar, aunque el efecto haya sido causado por poca cantidad de alcohol.

El *criterio objetivo* es también claro aunque no sea tan fácil marcar pautas generales; debe ser aplicado cuando uno tiene conciencia de que tolera psicológica y físicamente bien (y sin repercusión alguna en su vida ordinaria) cantidades considerables de bebidas alcohólicas; en este caso, no puede guiarse por su “capacidad de tolerancia” puesto que el acostumbamiento puede esconder también un período de incubación de la adicción al alcohol. Debe, pues, moderarse “objetivamente”. Puede ayudarse para esto del dictamen de cualquier médico prudente que le diga lo que objetivamente es prudente tomar por día, o por comidas, etc.

Entre las prevenciones de la adicción al alcohol una de las más importantes son las “ocasiones” de pecado (parece mentira que se deban repetir verdades tan ligadas a la instrucción catequética). La mayoría de los problemas de alcoholismo (especialmente entre jóvenes pero no sólo entre ellos) son producidos por las ocasiones de beber, que pueden reducirse a: las malas amistades que *obligan* a beber, los malos *ambientes* donde es común el abuso de alcohol (bailes, espectáculos públicos), las pésimas costumbres sociales de algunos países en que beber es equivalente a emborracharse (si se bebe, se bebe hasta la ebriedad), la deformada idea de la amistad, o del compadraje (que obliga a tomar cuando se le invita y obliga a su vez a invitar al primero, y así hasta el vicio), los ambientes donde se confunde virilidad o madurez con

borrachera (como ocurre entre muchos jóvenes hoy en día). Lamentablemente todos estos son callejones sin salida y caídas sin retorno; al menos ordinariamente.

Cuando el uso del alcohol se ha vuelto ya adictivo, en cambio, no queda otra vía que: (a) el control estricto del beber a través de la abstinencia y (b) el reemplazo total de los modelos adictivos con comportamientos satisfactorios para pasar el tiempo que puedan llenar el vacío que se crea cuando se ha dejado de beber. Algunos estudios han informado que personas que habían sido dependientes del alcohol, con el tiempo pueden aprender a controlar su beber tan bien como los que permanecen abstinentes. Alcohólicos Anónimos y otros grupos para el tratamiento alcohólico cuya meta es la abstinencia estricta están preocupados enormemente por la publicidad alrededor de estos estudios, ya que muchas personas con alcoholismo están ansiosas de encontrar una excusa para comenzar a beber nuevamente. En este momento, la abstinencia es la única ruta segura.

Alcohólicos Anónimos, fundado en 1935, es tal vez el ejemplo más conocido y seguro de psicoterapia de grupo para ayudar a las personas con alcoholismo. Ofrece una red de apoyo muy fuerte que emplea las reuniones de grupo disponibles los siete días de la semana en ubicaciones a través del mundo. Un sistema de amigos, una comprensión del grupo sobre el alcoholismo y el perdón de las recaídas son los métodos estándar de Alcohólicos Anónimos para aumentar la autoestima y aliviar un sentido de aislamiento. El sistema de los "Doce Pasos" de Alcohólicos Anónimos hacia la recuperación incluye un componente espiritual que puede disuadir a las personas que carecen de convicciones religiosas³⁹⁶. El rezo y la meditación, sin embargo, han sabido ser de gran valor en el proceso de curar muchas enfermedades, aún en las personas sin creencias religiosas específicas. Hay programas que ofrecen ayuda para los miembros de familia y los amigos porque muchas veces el tratamiento empieza por ellos, o bien están también ellos englobados en el problema (lo que se denomina co-dependencia).

³⁹⁶ Los llamados "Doce Pasos" son los principios básicos que guían a las personas que realizan este proceso de recuperación. Son principios sencillos pero de una sabiduría patente, y se han mostrado de gran eficacia práctica.

CAPÍTULO OCTAVO

BIOÉTICA DE LA MUERTE

Así como hemos analizado más arriba el problema de la enfermedad, quiero ahora estudiar a grandes rasgos el problema de la muerte. De los principios dados en este capítulo dependen importantes conclusiones aplicables tanto a cierto tipo de trasplantes como a la eutanasia.

I. LA MUERTE Y LA CULTURA³⁹⁷

En la cultura occidental contemporánea la muerte ha tomado un sesgo particular que ha cambiado el sentido tradicional que ha tenido en la historia de los hombres, al menos en la historia bíblica de los hombres elegidos. En la antigüedad, con sus más y con sus menos, los hombres han sido de algún modo “dueños de su muerte”, no en el mal sentido de decidir cómo y cuándo, sino de asumirla con seriedad y ponderadamente como parte integrante de su vivir. La descripción bíblica de la muerte de Jacob podría ser catalogado como una escena típica de la muerte; en ella aparecen diversos momentos:

Los encargos: *Cuando los días de Israel tocaron a su fin, llamó a su hijo José y le dijo: ‘Si he hallado gracia a tus ojos, pon tu mano debajo de mi muslo y hazme este favor y lealtad: No me sepultes en Egipto. Cuando yo me acueste con mis padres, me llevarás de Egipto y me sepultarás en el sepulcro de ellos’* (Gn 47,29-30).

³⁹⁷ Uso en este punto algunas ideas desarrolladas en L. CICCONE, *Salute e malattia*, 123ss.

Las bendiciones: *Israel extendió su diestra y la puso sobre la cabeza de Efraím, aunque era el menor, y su izquierda sobre la cabeza de Manasés: es decir que cruzó las manos, puesto que Manasés era el primogénito; y bendijo a José diciendo: 'El Dios en cuya presencia anduvieron mis padres Abraham e Isaac, el Dios que ha sido mi pastor desde que existo hasta el presente día, el Ángel que me ha rescatado de todo mal, bendiga a estos muchachos; sean llamados con mi nombre y con el de mis padres Abraham e Isaac, y multiplíquense y crezcan en medio de la tierra'* (Gn 48,14-16).

Las profecías y predicciones: *Jacob llamó a sus hijos y dijo: 'Juntaos, y os anunciaré lo que os ha de acontecer en días venideros: Apiñaos y oíd, hijos de Jacob, y escuchad a Israel, vuestro padre...' [Y después de hacer la profecía sobre cada uno de sus hijos concluye]... Todas éstas son las tribus de Israel, doce en total, y esto es lo que les dijo su padre, bendiciéndoles a cada uno con su bendición correspondiente* (Gn 49,1-2.28).

Las últimas recomendaciones: *Luego les dio este encargo: 'Yo voy a reunirme con los míos. Sepultadme junto a mis padres en la cueva que está en el campo de Efrón el hitita, en la cueva que está en el campo de la Makpelá, enfrente de Mambré, en el país de Canaán, el campo que compró Abraham a Efrón el hitita, como propiedad sepulcral: allí sepultaron a Abraham y a su mujer Sara; allí sepultaron a Isaac y a su mujer Rebeca, y allí sepulté yo a Lía. Dicho campo y la cueva que en él hay fueron adquiridos de los hititas'. Y en habiendo acabado Jacob de hacer encargos a sus hijos, recogió sus piernas en el lecho, expiró y se reunió con los suyos'* (Gn 49,29-33).

Hasta no hace tanto tiempo se consideraba normal que el hombre supiese que estaba por morir; lo podía saber por sí mismo o por su médico o por su misma familia. El motivo era muy simple: el moribundo no debía ser privado de su muerte; debía presidirla porque así como se nacía en público, también se moría en público. Cuando por la calle los transeúntes encontraban al sacerdote que llevaba el viático, la costumbre y la devoción hacían que lo siguiesen hasta la habitación del moribundo, aun si no lo conocían. El moribundo llamaba a cada uno de sus parientes y familiares, los despedía, pedía perdón, los bendecía, daba sus órdenes, hacía recomendaciones...

Hoy no hay –salvo muy raras excepciones– muertes de este tipo. Se puede hablar de una “expropiación de la muerte”: ya no nos pertenece. Se esconde a los moribundos su estado y gravedad; es la regla moral que se muera en la ignorancia de la muerte. La misma muerte no adviene en la casa propia sino –no hablamos de los accidentes sino de los casos ordinarios de los enfermos

terminales— en el hospital, en unidades de terapia intensiva sin el calor de la familia, en la mayor desinfección y soledad. Este aislamiento e incomunicación ejercita un influjo gravísimo sobre el estado psicosomático y espiritual del moribundo. De este modo la situación se torna desconcertante: con la intención de alivianar cuanto sea posible la amargura del morir se termina cargando un peso de sufrimientos morales más opresor que la misma muerte, condenando muchas veces al moribundo a la soledad angustiosa.

¿Cómo se explica esto? Por la concepción materialista y hedonista que domina nuestra cultura: la muerte —en una sociedad que se considera destinada sólo al gozo y al placer— es el fin de todo; no queda pues otro empeño que procurar una muerte dulce. Pero muerte dulce, muerte sin dolor físico, se torna muchas veces sinónimo de dolor moral y psicológico.

En las últimas décadas se ha vuelto a hablar de la muerte y del morir con dignidad, pero no siempre para humanizar la muerte sino para reivindicar puntos clave de la misma filosofía hedonista: la eutanasia, el suicidio, la claudicación de las responsabilidades que nos caben ante nuestros moribundos. No salimos, en este sentido, del círculo angustioso.

Distinto es el concepto de la muerte en la cultura cristiana. La Iglesia no tiene miedo de hablar de la muerte, porque para el cristiano el pensamiento de la muerte es inseparable de la verdad de la resurrección. Morir es “dormirse en Cristo”, como usa decir San Pablo (Rm 6,8; 1Cor 15,18) o dormir “en el Señor” como dice San Juan (Ap 14,13). La *muerte* como el dolor y la enfermedad son males, pero no absolutos; por tanto, no pueden ser evitados a cualquier costo. Hay, en efecto, males peores que ellos, como el manipular a los semejantes, el pecado o la condenación eterna. Además, cristianamente, sabemos que el dolor y la muerte pueden encerrar valores sobrenaturales (la expiación del pecado, el unirse a los sufrimientos de Cristo, los méritos para la vida eterna). Es fundamental, por eso, el concepto cristiano del dolor, el valor espiritual de la enfermedad y la consoladora verdad de la inmortalidad del alma: “Esa es la muerte, vista con ojos de fe: no es tanto el final de la vida como la entrada a una vida nueva sin fin. Si respondemos libremente al amor que Dios nos ofrece, tendremos un nuevo nacimiento en el gozo y la luz, un nuevo *dies natalis*”³⁹⁸. Por eso, para el cristiano, se abren —por su fe— perspectivas llenas

³⁹⁸ JUAN PABLO II, “Discurso a los participantes en el Congreso organizado por la Pontificia Academia de las Ciencias”, 14 de diciembre de 1989, en *L'Osservatore...*, 7 de enero de 1990, 9, n. 4.

de esperanza: “¿Qué actitud tomar ante la muerte? El creyente sabe que su vida está en las manos de Dios: ‘Señor, en tus manos está mi vida’ (Sal 16/15,5), y que de Él acepta también el morir: ‘Esta sentencia viene del Señor sobre toda carne, ¿por qué desaprobar el agrado del Altísimo’ (Si 41,4). El hombre, que no es dueño de la vida, tampoco lo es de la muerte; en su vida, como en su muerte, debe confiarse totalmente al ‘agrado del Altísimo’, a su designio de amor... La enfermedad no lo empuja a la desesperación y a la búsqueda de la muerte, sino a la invocación llena de esperanza...”³⁹⁹. Y en otro lugar: “Más allá de cualquier consuelo humano, ninguno podrá dejar de ver la ayuda enorme que dan al moribundo y a sus familias la fe en Dios y la esperanza en la vida eterna”⁴⁰⁰.

II. NATURALEZA DE LA MUERTE

1. Aspectos filosóficos

La muerte, desde el punto de vista filosófico (al menos en la filosofía hilemórfica) consiste en la separación del cuerpo y del alma: “¿En qué momento tiene lugar eso que nosotros llamamos la muerte? Éste es el punto crucial del problema... La muerte puede significar la descomposición, la disolución, una ruptura. Ésta se produce cuando el principio espiritual que constituye la unidad del individuo no puede ya ejercer sus funciones sobre el organismo y en él, cuyos elementos, al ser abandonados, se disocian por sí mismos”⁴⁰¹.

Una vez que el cuerpo y el alma “se separan, no tendremos una sola forma cadavérica que sustituya de manera definitiva y estable al alma espiritual sino que en el cadáver se va produciendo una ‘sucesión continuada’ de formas substanciales hasta la última reducción material, esqueleto óseo o cenizas residuales. Aristóteles concibe el ‘movimiento de corrupción’ de los seres vivientes como un continuo alternarse de formas substanciales educidas de la potencialidad de la materia y cada vez menos perfectas. Nada impediría, según esta hipótesis, que el alma espiritual fuese inmediatamente substituida, luego de su separación del cuerpo o momento de la muerte real de la persona

³⁹⁹ JUAN PABLO II, *EV*, 46.

⁴⁰⁰ JUAN PABLO II, “A un grupo de científicos reunidos en la Pontificia Academia de las Ciencias”, en *L'Osservatore...*, 29 de diciembre de 1985, 11, n. 6.

⁴⁰¹ JUAN PABLO II, “Discurso a los participantes en el Congreso organizado por la Pontificia Academia de las Ciencias”, 14 de diciembre de 1989, en *L'Osservatore...*, 7 de enero de 1990, 9, n. 4.

humana, por un alma o forma substancial meramente vegetativa, y ésta, a su vez, por sucesivas formas substanciales inanimadas”⁴⁰².

Pío XII decía: “Corresponde al médico dar una definición clara de la muerte y del momento de la muerte de un paciente que agoniza en un estado de inconsciencia. Por eso se puede retomar el concepto usual de la separación completa y definitiva del alma y del cuerpo; pero, en la práctica, habrá que tener en cuenta la imprecisión de los términos ‘cuerpo’ y ‘separación’”⁴⁰³.

2. Definición científica de la muerte⁴⁰⁴

La muerte implica que el organismo ha sucumbido como unidad funcional, y no, en cambio, que todo el organismo y sus células están muertos en sentido estrictamente biológico. De ahí la definición del “Comité para la Definición de la Muerte”, del grupo de trabajo de la Pontificia Academia de Ciencias, reunido en la Ciudad del Vaticano en 1989: “Una persona está muerta cuando ha sufrido una pérdida total e irreversible de la capacidad para integrar y coordinar todas las funciones del cuerpo –físicas y mentales– en una unidad funcional”.

Señala el Dr. Hugo Obligio que “esta definición enfatiza que la capacidad para coordinar las funciones físicas y mentales tiene que haber sido perdida en todo sentido y que este estado sea irreversible. Así una persona puede estar muerta aunque ciertas funciones todavía permanezcan, como el metabolismo y la circulación en órganos y tejidos individuales. Estas circunstancias, de todas maneras, no son de interés, si toda la capacidad para coordinar las funciones mentales y corporales se ha perdido. Esta permanencia de las funciones en tejidos y órganos puede ser vista como signo de que el proceso de vida que termina en una destrucción completa de las células, no ha llegado aún a su punto final.

“Esta permanencia de las funciones en tejidos y órganos no puede persistir como un fenómeno aislado por ningún período de tiempo considerable si la coordinación entre las funciones se ha perdido. Es una capacidad exclusiva del organismo el unir y coordinar las funciones mentales y físicas en una unidad que no puede ser reemplazada por medios artificiales o por tecnología médica.

⁴⁰² D.M. BASSO, *Nacer y morir...*, 409.

⁴⁰³ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBLIGIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “Discurso del 24 de noviembre de 1957”, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 309.

⁴⁰⁴ Cf. H. OBLIGIO, “A propósito de una definición sobre la muerte. Bases para una discusión sobre el tema”, en *El Derecho*, 24 de abril de 1997, n. 9239, 3-4.

“Debe ser observado que esta definición incluye la palabra *total* pérdida de la capacidad para integrar. Esto quiere decir que varios tipos de deficiencia mental, aun los más severos —causados por desórdenes congénitos o adquiridos— no pueden ser nunca equiparados con la muerte, ya que en estos casos, por ejemplo autistas, dementes, seniles y personas comatosas crónicas, todavía persiste un número de funciones de coordinación, aunque de una manera muy reducida en la mayoría de los casos”.

Teniendo esto en cuenta, ¿cuál es la función del individuo cuya pérdida total e irreversible puede decirse que implica que el individuo ha perdido definitivamente todas las capacidades para unir y coordinar las funciones físicas y mentales del cuerpo en una unidad? Sigue explicando Obiglio: “Obviamente el cerebro ocupa una posición especial en relación a esto. El cerebro es un prerequisite para la conciencia, la actividad intelectual, los movimientos voluntarios, la memoria y las emociones así como también para la regulación de la respiración, la presión sanguínea, la temperatura, la digestión, etc. Si *todas* estas funciones superiores e inferiores de regulación del cerebro son perdidas total e irreversiblemente, no hay una permanencia de la coordinación de las funciones del organismo, y debido a la irreversibilidad, éste deja de estar vivo”.

“Es importante enfatizar que las funciones físicas del cuerpo de un individuo no son instantáneamente, sino sucesivamente eliminadas una vez que el cerebro ha dejado de funcionar. Algunas de ellas, como la respiración y la actividad del corazón, cesan casi instantáneamente, pero estas funciones pueden ser sostenidas por un tiempo limitado, generalmente no más que unos pocos días, con la ayuda de medios artificiales. Algunos reflejos espinales pueden sobrevivir por algunos días aun después de un cese completo e irreversible de todas las funciones cerebrales”.

Este concepto de muerte es plenamente compatible con la noción filosófica, es más, parece ser su traducción clínica, pues es el alma, como forma substancial del cuerpo, forma única de la persona humana, la que coordina y unifica todas las funciones de la persona humana. La separación del cuerpo y del alma debe redundar precisamente en la descoordinación *total e irreversible de todas las funciones mentales y físicas del sujeto*.

No debería hablarse de “muerte cerebral” “puesto que puede llegar a distinguirse también una muerte cardíaca, una muerte pulmonar, etc. La muerte

no puede conllevar adjetivos. Una persona está viva o está muerta”⁴⁰⁵.

De todos modos señalo que algunos otros también sostienen, hoy en día, como concepto de muerte la detención del corazón y paro cardio-respiratorio, y no la pérdida total e irreversible de todas las funciones cerebrales (es decir, la muerte del entero encéfalo).

Por tanto, debe desecharse como “muerte”, la llamada *muerte aparente*. Ésta es aquella en la que las funciones están marcadamente atenuadas y sólo se las puede percibir mediante equipos altamente capacitados. Se sobreentiende que no se trata de muerte real, por más dificultad que exista en orden a la percepción técnica. En este sentido, se trata de “muerte” tan sólo aparente la antigua clasificación de los tres primeros niveles comatosos, a saber: el “coma simple o leve”, que es una pérdida de la conciencia y de la motilidad voluntaria, mientras que, aún cuando las funciones neurovegetativas puedan estar parcialmente comprometidas, permanecen los movimientos automáticos de reacción frente a estímulos físicos externos; el “coma grave”, en el que, a consecuencia de daños serios en los centros reguladores, cesa toda regulación de cada una de las funciones en sí mismas y de las correlaciones entre diversas funciones; y el “coma profundo” (o “coma carus”), en el que las funciones, primero enloquecidas en exceso, tienden a apagarse.

Por otra parte, también debe desecharse, científica y filosóficamente, el postergar la determinación de la muerte al momento de la “descomposición” del cadáver. Es indudable de que cuando se produce este fenómeno el sujeto está realmente muerto; pero también es cierto que la muerte no consiste en la descomposición sino en algo anterior, mientras que la descomposición es el punto final de un proceso más o menos largo iniciado con la muerte.

III. CRITERIOS PARA VERIFICAR LA PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE TODAS LAS FUNCIONES

Ya hemos dicho que la muerte consiste filosóficamente en la separación del cuerpo y del alma; y científicamente en la pérdida total e irreversible de todas las funciones, según dijimos más arriba. El interés de la ciencia médica es encontrar un “criterio” seguro que permita establecer que se ha producido

⁴⁰⁵ Cf. H. OBLIGIO, “A propósito de una definición sobre la muerte...”, 3-4.

la pérdida total e irreversible de todas las funciones. Es decir, el problema consiste en determinar con exactitud cuál o cuáles signos físicos o biológicos constituyen un indicio cierto de dicho fenómeno, es decir, cuáles son los signos que configuran una presunción (ya que no puede darse experiencia directa) objetivamente fundada de que ha acaecido la separación entre cuerpo y espíritu: “El momento de esta ruptura no puede percibirse directamente, y el problema está en identificar sus signos”⁴⁰⁶.

No voy a considerar aquí el criterio para constatar el advenimiento de la muerte que sostienen quienes aceptan lo que hemos llamado más arriba “muerte aparente”. Para estos, la muerte puede considerarse ocurrida cuando se constata la pérdida irreversible de la conciencia (pérdida de la capacidad de relación). Es evidente que no es esto la muerte y por tanto, proceder a cualquier acción contra la persona que se encuentra en tal estado puede constituir una auténtica *eutanasia* positiva.

Fuera de éste podemos señalar dos posiciones.

1. El criterio cardio-respiratorio como criterio directo

Los que colocan la muerte en el paro cardio-respiratorio, necesariamente aceptarán sólo el criterio cardio-respiratorio, es decir, la detención del corazón como “signo” de la muerte avenida. Los que defienden esta posición niegan tanto la validez de los signos⁴⁰⁷ como el mismo criterio de muerte encefálica⁴⁰⁸. Por este motivo consideran que la ablación del corazón con el criterio de muerte cerebral o encefálica constituye un homicidio culposo⁴⁰⁹.

⁴⁰⁶ JUAN PABLO II, “Discurso a los participantes en el Congreso organizado por la Pontificia Academia de las Ciencias”, 14 de diciembre de 1989, en *L'Osservatore...*, 7 de enero de 1990, 9, n. 4.

⁴⁰⁷ Por ejemplo H.E. Mosso, “Ciencia, conciencia y trasplante cardíaco”, *Gladius* 20 (1991) 75-120; el Autor dice expresamente allí: “... mi opinión... es que con métodos futuros se podrá demostrar que el tejido cerebral todavía tiene vida” (103).

⁴⁰⁸ El mismo Mosso dice, al mencionar la posición de quienes sostienen el criterio de muerte cerebral: “confieso que semejante criterio me llena de incertidumbre y temor” (H.E. Mosso, “Ciencia...”, 89).

⁴⁰⁹ El mismo Mosso sigue diciendo: “En este aspecto del problema estoy totalmente de acuerdo con la opinión de Ciafardo, Profesor Titular de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, quien dice que la extracción del corazón latiendo constituye un delito de homicidio culposo por imprudencia, o bien inobservancia de los deberes del cargo en el sentido de ejercicio de la profesión médica” (H.E. Mosso, “Ciencia...”, 89-90). Cita también a E.F. Bonnet quien dice: “Lo que en el momento actual tiene lugar, guste o no guste a los trasplantistas, es que el trasplante tiene lugar desde un cadáver ficticio y no real” (*Ibid.*, 95). Una de las conclusiones del trabajo de Mosso dice terminantemente: “La extracción del

2. El criterio de la pérdida total e irreversible de todas las funciones

La posición que define la muerte como pérdida total e irreversible de todas las funciones mentales y físicas, etc., tal como lo hemos puntualizado más arriba, reconoce dos criterios, uno directo y otro indirecto⁴¹⁰.

(a) Criterio indirecto: relacionado con el corazón

“La pérdida total e irreversible de todas las funciones cerebrales, implica un paro cardíaco y respiratorio, de más de 15 a 20 minutos como regla. Durante este tiempo, el tejido cerebral sucumbe irreversiblemente debido a la falta de oxígeno. De aquí que el criterio indirecto es siempre suficiente para probar una pérdida total e irreversible de todas las funciones cerebrales.

El criterio indirecto, no es siempre válido en nuestros días ya que la respiración y la actividad cardíaca pueden ser mantenidas artificialmente, aunque todo el funcionamiento cerebral haya sido perdido irreversiblemente. De todas maneras, el criterio indirecto de muerte ha sido y permanecerá aplicable en el futuro en más del 99% de las muertes”⁴¹¹.

(b) Criterio directo: criterio de muerte relacionado con el cerebro

La gran mayoría acepta el criterio neurológico, es decir, la muerte del entero encéfalo (incluidos los centros profundos que comandan las funciones vegetativas) como definición de la muerte de la persona, y acepta también el conjunto de los signos que prácticamente se contiene en todas las legislaciones que siguen el criterio de la muerte encefálica. Podemos señalar, entre otros, al grupo de científicos reunidos por la Pontificia Academia de las Ciencias (en 1985 y 1989); entre los moralistas se cuentan: Mons. Elio Sgreccia, Lino Ciccone, G. Perico, D. Tettamanzi.

Este criterio es usado en un número reducido de pacientes, generalmente bajo cuidados intensivos, en los que la actividad cardíaca y pulmonar es mantenida artificialmente por medio de un respirador. Según Obiglio sería usado en un 0,2-0,7 de las muertes, esto es de 200 a 300 casos por año, por ejemplo en Suecia. Este criterio es usado en pacientes que han sufrido un infarto total de cerebro, también mal llamada, según hemos dicho, muerte cerebral.

corazón latiendo aún con el diagnóstico de muerte cerebral o encefálica, constituye un delito de homicidio culposo por imprudencia, temeridad o falta de moderación y claro discernimiento, o bien inobservancia de los deberes de la profesión médica” (*Ibid.*, 116).

⁴¹⁰ Cf. H. OBLIGIO, “A propósito de una definición sobre la muerte...”, 4.

⁴¹¹ H. OBLIGIO, “A propósito de una definición sobre la muerte...”, 4.

La conclusión de la Pontificia Academia de las Ciencias (que no es órgano del Magisterio Pontificio, ni compromete a éste con sus conclusiones) fue la siguiente: “Una persona está muerta cuando ha sufrido una pérdida irreversible de toda capacidad de integrar y de coordinar las funciones físicas y mentales del cuerpo. La muerte sobreviene cuando: a) las funciones espontáneas cardíacas y respiratorias cesaron definitivamente; b) se verificó una cesación irreversible de toda función cerebral. Del debate ha surgido que la muerte cerebral es el verdadero criterio de la muerte, ya que la detención definitiva de las funciones cardio-respiratorias conduce muy rápidamente a la muerte cerebral. El Grupo ha analizado, por tanto, los diversos métodos clínicos e instrumentales que permiten constatar tal detención irreversible de las funciones cerebrales. Para estar ciertos —electroencefalograma de por medio— que el cerebro se ha vuelto plano, es decir, que no presenta actividad eléctrica alguna, es necesario que el examen sea efectuado al menos dos veces con una distancia de seis horas”⁴¹².

Esta posición ha sido recogida literalmente por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud⁴¹³.

El Grupo de Trabajo de la Pontificia Academia de las Ciencias habla de pérdida *irreversible y total* de la capacidad de integrar y coordinar las funciones físicas y mentales del cuerpo. No se trata, por tanto, de la pérdida de la conciencia tal como se da en el *coma profundo* (que no comporta necesariamente la previsión de irreversibilidad), ni la cesación de la actividad eléctrica del cerebro (electroencefalograma plano), porque tal señal se refiere sólo a la actividad de la parte externa, cortical, del encéfalo. Es necesaria la inactividad o muerte de los centros internos, más profundos, del encéfalo, es decir, de aquellos centros que son responsables de la unificación de las funciones orgánicas.

Giacomo Perico opina que los parámetros más claros son los dados por el II Congreso de la Sociedad Italiana de Trasplantes de Órganos: “Se puede asegurar con certeza la diagnosis precoz de muerte cuando concurren las siguientes condiciones: a) coma profundo con atonía muscular, arreflexia tendinosa, indiferencia de los reflejos plantares, midriasis parálitica con ausencia del reflejo corneal y del reflejo pupilar a la luz; b) ausencia de res-

⁴¹² Cf. “La ‘Dichiarazione’ adottata dagli scienziati”, en *L’Osservatore...* (lengua italiana), 31 de octubre de 1985, 5.

⁴¹³ Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, n. 129.

piración espontánea después de suspender la artificial; c) ausencia de actividad eléctrica espontánea y provocada. La obtención de tales parámetros deberá hacerse continuamente, en ausencia de administración de fármacos depresivos del sistema nervioso y de condiciones de hipotermia inducida, por espacio de 24 horas para coma por lesión primitiva encefálica y de 48 horas para coma por lesión encefálica secundaria”⁴¹⁴.

“Supuesta la observancia de estas condiciones –acota el Padre Basso– la teología moral no tiene objeciones ante la declaración de muerte”⁴¹⁵.

Sgreccia, por su parte, considera garantía suficiente desde el punto de vista ético las disposiciones del proyecto de ley italiana, que sustancialmente coincide con lo anterior, aclarando que el momento de la muerte estaría determinado, según este proyecto de ley, por el *inicio y simultaneidad* de las condiciones predichas:

“1) Estado de coma profundo (Ciccone precisa que debe entenderse en el sentido de *coma dépassé*) acompañado de ausencia completa de reflejos de tronco cerebral y precisamente: a) rigidez pupilar incluso a la luz incidente; b) ausencia de reflejos corneales; c) ausencia de respuesta motora en los territorios inervados por los nervios craneales; d) ausencia del reflejo de deglución; ausencia de tos suscitada por las maniobras de aspiración traqueo-bronquial.

2) Ausencia de respiración espontánea a pesar de una situación seguramente acertada de normocapnia.

3) Condiciones de silencio eléctrico cerebral”⁴¹⁶.

Señala el mismo Sgreccia: “No es suficiente la pérdida de las funciones de relación por el compromiso de la corteza cerebral, aunque fuera de modo irreversible; sino que es necesario que estén muertos los núcleos más profundos del encéfalo, que unifican las funciones vitales. No se puede introducir la distinción entre ‘vida biológica’ y ‘vida personal’ (vida de conciencia y relación): en el hombre, hay una vitalidad única y mientras que hay vida hay que retener que se trata de vida de la persona. Es por esto que los especialistas afirman, según cuanto prescribe la ley, que también las funciones vitales dependientes de los centros internos del encéfalo hayan cesado, para

⁴¹⁴ G. PERICO, “Trasplantes (humanos)”, en *Diccionario Enciclopédico...*, 1132.

⁴¹⁵ D.M. BASSO, *Nacer y morir...*, 423.

⁴¹⁶ Se trata del artículo 5 del proyecto de ley italiana de 1985, que determina la muerte cerebral a partir del inicio y simultaneidad de los siguientes signos (Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 442).

ejecutar el trasplante y accionar la respiración forzada para mantener el latido del corazón y la irrigación del órgano. Tal respiración forzada es activada después que se ha certificado que la espontánea es irrecuperable por el compromiso irreversible de los centros nerviosos internos del encéfalo del cual dependen”⁴¹⁷.

En cuanto al Magisterio Pontificio, el Papa Juan Pablo II ha dicho: “Al respecto, conviene recordar que *existe una sola ‘muerte de la persona’*, que consiste en la total desintegración de ese conjunto unitario e integrado que es la persona misma, como consecuencia de la separación del principio vital, o alma, de la realidad corporal de la persona. La muerte de la persona, entendida en este sentido primario, es un acontecimiento que *ninguna técnica científica o método empírico puede identificar directamente*. Pero la experiencia humana enseña también que la muerte de una persona *produce inevitablemente signos biológicos ciertos*, que la medicina ha aprendido a reconocer cada vez con mayor precisión. En este sentido, los ‘criterios’ para certificar la muerte, que la medicina utiliza hoy, no se han de entender como la determinación técnico-científica del *momento exacto* de la muerte de una persona, sino como un modo seguro, brindado por la ciencia, para identificar *los signos biológicos de que la persona ya ha muerto realmente*. Es bien sabido que, desde hace tiempo, diversas motivaciones científicas para la certificación de la muerte han desplazado el acento de los tradicionales signos cardio-respiratorios al así llamado *criterio ‘neurológico’*, es decir, a la comprobación, según parámetros claramente determinados y compartidos por la comunidad científica internacional, de la *cesación total e irreversible* de toda actividad cerebral (en el cerebro, el cerebelo y el tronco encefálico). Esto se considera el signo de que se ha perdido la capacidad de integración del organismo individual como tal. Frente a los actuales parámetros de certificación de la muerte –sean los signos ‘encefálicos’ sean los más tradicionales signos cardio-respiratorios–, la Iglesia no hace opciones científicas. Se limita a cumplir su deber evangélico de confrontar los datos que brinda la ciencia médica con la concepción cristiana de la unidad de la persona, poniendo de relieve las semejanzas y los posibles conflictos, que podrían poner en peligro el respeto a la dignidad humana. Desde esta perspectiva, se puede afirmar que el reciente criterio de certificación de la muerte antes mencionado, es decir, la *cesación total e irreversible* de toda actividad cerebral, si se aplica escrupu-

⁴¹⁷ Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 449.

losamente, no parece en conflicto con los elementos esenciales de una correcta concepción antropológica. En consecuencia, el agente sanitario que tenga la responsabilidad profesional de esa certificación puede basarse en ese criterio para llegar, en cada caso, a aquel grado de seguridad en el juicio ético que la doctrina moral califica con el término de ‘certeza moral’. Esta certeza moral es necesaria y suficiente para poder actuar de manera éticamente correcta”⁴¹⁸.

IV. EL CADÁVER Y SU TRATO

Queda por ver el tema del cadáver y los criterios éticos para su trato, tema éste que tiene serias implicaciones especialmente en cuanto al problema de los trasplantes⁴¹⁹.

El principio fundamental es que el cadáver, es decir, el cuerpo de un difunto, no es ya un hombre, pero lo fue; esto regula nuestro trato hacia el mismo. Por un lado, decía Pío XII, “*no es sujeto de ningún derecho en sentido propio*”, ya que carece de personalidad, que es el sujeto de todos los derechos. Por tal razón ninguna parte del cadáver constituye para él un bien jurídicamente protegido, ya que no puede servirle ni tiene relación con su fin. Pero, señalaba también Pío XII, por otro lado *hay obligaciones morales y derechos cedibles respecto del mismo*. El motivo que daba el Papa es que si bien materialmente es semejante al cuerpo de un animal, formalmente no lo es. Y señalaba las *razones* de esta diferencia: haber sido morada de un alma espiritual e inmortal, haber participado de la dignidad de la personalidad humana “y conservar algo de esa dignidad”, haber sido parte de un hombre portador de la imagen divina y –en el cristiano– haber sido templo del Espíritu Santo, estar destinado a la resurrección y, finalmente, ser capaz de la gloria de la vida eterna.

Por esta razón, el Papa Pío XII señalaba como normas prácticas:

1º Sin consentimiento de aquellos que pueden disponer del cadáver o del interesado antes de morir, no debería permitirse a los médicos practicar extirpaciones.

⁴¹⁸ JUAN PABLO II, “Discurso al XVIII Congreso Internacional de la Sociedad de Trasplantes”, 29 de agosto de 2000.

⁴¹⁹ Cf. C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, Discurso del 13 de mayo de 1956, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 247-249; J. MAUSBACH, *Teología Moral Católica*, III, Eunsas, Pamplona 1974, 179-180.

2º No sería justo hacer discriminación: disponiendo en los hospitales públicos de los cadáveres de los pobres para servir a la medicina o a la cirugía, mientras no se hace lo mismo con los cadáveres de los ricos.

3º “Sería conveniente educar en estas materias a la población entera y explicar claramente, con prudencia y respeto, que la autorización expresa o tácita para realizar intervenciones en un cadáver en interés de los pacientes, no lesiona el respeto debido al difunto”.

En cuanto a la *cremación* o *incineración* del cadáver (es decir, el reducir, mediante el fuego, el cadáver a cenizas), el Código de Derecho Canónico establece lo siguiente al hablar de la sepultura de los muertos:

1º A los fieles difuntos se les han de dar exequias eclesiásticas, a tenor del derecho.

2º Las exequias eclesiásticas, mediante las cuales la Iglesia impetra para los difuntos la ayuda espiritual y honra sus cuerpos a la vez que proporciona a los vivos el consuelo de la esperanza, se deben celebrar a tenor de las leyes litúrgicas.

3º La Iglesia recomienda encarecidamente que se conserve la piadosa costumbre de sepultar los cuerpos de los difuntos; sin embargo, no prohíbe la cremación, a menos que haya sido elegida por razones contrarias a la doctrina cristiana⁴²⁰.

El cadáver, una vez privado del elemento espiritual que sustancialmente le daba forma, no puede considerarse ya una persona esencialmente inviolable en sus atributos, por lo que ningún motivo de carácter intrínseco podría evitar su incineración. Puede, pues, afirmarse que la cremación de suyo no es contraria a ningún precepto, ni de ley natural ni de ley divina positiva. En algunos casos, incluso, puede ser el modo conveniente de proceder (por ejemplo, en casos de epidemias, grandes mortandades, catástrofes, etc.).

Sin embargo, se convierte en algo ilícito cuando es realizada como una afirmación de ateísmo, o como una forma de manifestar que no se cree en la inmortalidad del alma o en la resurrección de la carne. En estos casos, se hace ilícita por ser el modo de profesar públicamente una doctrina errónea y herética.

⁴²⁰ CDC, c. 1176.

CAPÍTULO NOVENO

BIOÉTICA DE LOS TRASPLANTES

Una de las terapias que más ha evolucionado en el último siglo –dando incluso pasos sustanciales– es la de los trasplantes de órganos. Se trata de un tema amplio –y por lo mismo, delicado– que exige numerosas distinciones y presupuestos filosóficos, médicos y morales.

Se llama trasplante o injerto la operación quirúrgica por la que se inserta en un organismo receptor un tejido obtenido de un donante. Los órganos que pueden ser trasplantados se dividen en *sencillos* o *únicos* (a su vez clasificados como *vitales* –por ejemplo, corazón, hígado, páncreas– y *no vitales*), y *órganos dobles* o *pares* (también clasificados como *vitales* –riñones, pulmones– y *no vitales*).

Teniendo en cuenta el tipo de órgano trasplantado y los sujetos entre los cuales se realiza se establece la división de los trasplantes, que podemos clasificar de la siguiente manera:

- Trasplantes *en el mismo sujeto* (traslado de tejidos de un lugar a otro de un mismo organismo): trasplante *autólogo*, *autoplástico* o *autoinjerto*.
- Trasplantes *de un individuo a otro*: trasplante *heteroplástico*. Se subdivide:
 - Trasplante entre *individuos de distinta especie* (de animal a hombre): trasplante *heterólogo*, *aloplástico* o *heteroinjerto*, o simplemente *xenotrasplante*.

- Trasplante entre *individuos de la misma especie*: trasplante *homólogo* o *alógrafo* u *homoinjerto*. A su vez puede ser:
 - Entre *dos sujetos vivos* (cuando se trata de dos individuos cuyos códigos genéticos son idénticos se denomina *isólogo*).
 - De un *cadáver a un sujeto vivo*.

Algunas técnicas de trasplantes se encuentran ya consolidadas científicamente; otras, en cambio, sólo en estado experimental. Para la valoración moral de los distintos tipos de trasplantes suponemos varios de los principios ya establecidos en los capítulos anteriores (especialmente las relaciones entre la técnica y la moral, entre el alma y el cuerpo, el derecho sobre el propio cuerpo, la salud, los límites de la experimentación, la muerte y la vida, etc.).

I. EL TRASPLANTE AUTÓLOGO (CIRUGÍA REPARADORA)

Este trasplante, que se realiza dentro del organismo del mismo sujeto (trasplantando, por ejemplo, trozos de piel de un lado a otro), no presenta mayores problemas morales, mientras exista una justificación razonable y una proporción entre los riesgos y los beneficios que el mismo acarrea. Se cuentan entre este tipo las intervenciones de cirugía reparadora o estética: las sustituciones de partes quemadas o infectadas, relleno de zonas carentes de tejido, operaciones plásticas en zonas heridas o cicatrizadas. Esto vale incluso para el trasplante con finalidad puramente estética (cirugía estética).

Al respecto decía Pío XII: “La moralidad de los actos que atañen a la cirugía estética depende de las circunstancias concretas de cada caso. En la valoración moral de éstas, las principales condiciones más pertinentes a la materia y resolutivas de la gran casuística presentada a la cirugía estética son las siguientes: que la intención sea recta, que la salud general del sujeto esté defendida contra notables riesgos, que los motivos sean razonables y proporcionados al ‘medio extraordinario’ a que se recurre. Es evidente, por ejemplo, la ilicitud de una intervención requerida con el propósito de acrecentar la propia fuerza de seducción o de inducir así más fácilmente a otros al pecado; o, exclusivamente, para sustraer un reo a la justicia; o que cause daño a las funciones regulares de los órganos físicos; o que se quiera por mera vanidad o capricho de la moda. Por el contrario, numerosos motivos legitiman a veces, y otras aconsejan positivamente, la intervención. Algunas deformidades o también imperfecciones son causa de turbaciones psíquicas en el sujeto o se convierten también en obstáculo para las relaciones sociales y familiares

o en impedimento –especialmente en personas consagradas a la vida pública o al arte– para el desarrollo de su actividad”⁴²¹.

II. EL XENOTRASPLANTE⁴²²

Se trata del trasplante de un tejido u órgano de un animal al organismo humano. En este sentido se ha experimentado trasplantar a seres humanos el riñón de chimpancé, el corazón de babuino⁴²³, el hígado de babuino, en algunos casos se intentó con el corazón y el hígado de cerdo.

La problemática ética se suscita ante todo por la actual incertidumbre del éxito y el riesgo de rechazo, hasta el momento bastante fundado, de modo tal que la mayor parte de este tipo de intervenciones, al encontrarse en una fase puramente experimental y altamente riesgosa, lo hace éticamente impracticable con seres humanos.

No ofrece, en cambio, verdadero problema el uso de los animales para el bien del hombre, el cual “puede ser justificado, pero sólo si se exige para el alcance de un bien notable para el hombre; es éste el caso de animales para la utilización de órganos o tejidos de trasplante, incluso cuando esto implique la necesidad de experimentación y/o de modificaciones genéticas sobre los mismos”⁴²⁴. Pero incluso en estos casos se deben respetar los criterios de verdadera necesidad y racionalidad, evitando modificaciones genéticas no controlables, que puedan alterar de modo significativo la biodiversidad y el equilibrio de las especies en el mundo animal.

En cuanto a la esencia misma de este tipo de trasplantes, no se puede dar una valoración moral única, sino que, como decía Pío XII, “debe distinguirse según los casos y ver qué tejido o qué órgano se trata de trasplantar”.

Los problemas biológicos pueden presentarse por otros motivos, que podemos enumerar en los siguientes:

- (a) El riesgo sanitario⁴²⁵: existen en este tipo de trasplantes probabilidades

⁴²¹ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “Discurso al X Congreso Nacional de Cirugía Plástica”, 4 de octubre de 1958, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 365.

⁴²² Cf. PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *La perspectiva de los xenotrasplantes. Aspectos científicos y consideraciones éticas*, Libreria Editrice Vaticana, Vaticano 2001.

⁴²³ El 26 de octubre de 1984 se realizó por vez primera el trasplante de corazón de un mandril a una niña –Baby Fae– de 14 días de vida, por un equipo de especialistas en California (Cf. E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 449-450)

⁴²⁴ PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *La perspectiva de los xenotrasplantes...*, n. 9.

⁴²⁵ PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *La prospettiva degli xenotrapianti...*, n. 14.

de rechazo del organismo o aumento de probabilidades de infecciones a causa de las terapias inmunodepresivas a las que debe someterse el receptor; igualmente –y más complejos– son los riesgos de posible transmisión de infecciones por causa del mismo xenotrasplante, por obra de agentes patógenos conocidos y desconocidos, no dañinos para el animal pero con posibilidades perniciosas para el hombre, que podrían incluso escapar a todo control previo, con la consiguiente posibilidad de difundirse eventualmente entre quienes viven en estrecho contacto con el trasplantado, y al fin en la población entera. Este riesgo implica para el trasplantado penosas situaciones de cuarentena, de abstenerse de procrear (porque no se puede excluir el riesgo de recombinaciones genéticas que podrían complicar a las mismas células germinales). Además debe tenerse en cuenta una adecuada terapia psicológica, por las posibles repercusiones negativas del sujeto receptor (por ejemplo, la modificación del propio “esquema corporal”) sobre la integración de un órgano extraño a él y de proveniencia animal.

(b) Transgénesis⁴²⁶: el animal transgénico es el animal modificado mediante la introducción, en su patrimonio genético, de nuevos genes. Los animales así tratados experimentan particulares características que serán transmitidas a sus descendientes. En la carrera de los xenotrasplantes se experimenta con la modificación genética del animal introduciendo genes de origen humano, en orden a lograr beneficios para el futuro trasplante del animal al hombre. Esto no ofrece objeciones morales, mientras estos animales sean estrictamente observados y conservados, por los riesgos desconocidos que su vida libre (y transmisión hereditaria) comportaría eventualmente.

(c) El consentimiento informado⁴²⁷: debe tenerse en cuenta aquí la estricta obligación del consentimiento informado del posible receptor sobre los riesgos inmediatos y futuras posibles infecciones, obligaciones posteriores a la intervención, las cautelas y controles que deberá mantener de por vida, etc.

(d) En línea de principio, pues, como declaró en su momento el mismo Pío XII, no hay objeciones morales, salvo las puestas más arriba, mientras se trate de órganos de carácter ejecutivo y no estén ligados a la identidad personal (quedan descartados los trasplantes de órganos sexuales y productores de células sexuales, como ovarios, testículos). Es inmoral todo trasplante que afecte la identidad personal del receptor o de sus descendientes⁴²⁸.

⁴²⁶ PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *La prospettiva degli xenotrapianti...*, n. 15.

⁴²⁷ PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *La prospettiva degli xenotrapianti...*, n. 16.

⁴²⁸ “No se puede decir que toda la trasplantación de tejidos (biológicamente posible) entre individuos de especies diferentes sea moralmente condenable; pero aún es menos verdad que

III. TRASPLANTE HOMÓLOGO ENTRE VIVOS

Los trasplantes a partir de un donante vivo pueden afectar a órganos simples o pares. Sobre los órganos simples vitales siempre ha habido acuerdo en la negativa moral a este tipo de actos⁴²⁹. En cuanto a los órganos pares o dobles el trasplante respecta ordinariamente la ablación e implante posterior de riñón, pero no se excluye la posibilidad de que se extienda cada vez más al trasplante de pulmón.

En la primera mitad de siglo XX la mayoría de los moralistas negaron la licitud de este tipo de actos, salvo casos aislados como Vermeersch que planteaba como *probabiliter* lícita la mutilación de sí mismo a favor de un bien físico proporcionado del prójimo⁴³⁰. Así, por ejemplo el manual de Mausbach-Ermecke⁴³¹ de principio de la década del cincuenta opinaba que el trasplante de riñón de vivo a vivo no era lícito; se basaba en la inaplicabilidad a este caso del principio de totalidad (que es el que justifica todo tipo de mutilación de un órgano o función en bien del todo) y por la falta de derecho a disponer del propio cuerpo. Por su parte Antonio Peinador, en su clásico volumen sobre *Moral Profesional*⁴³², a comienzos de la década del sesenta, lo consideraba ilícito por tratarse, según él, de un caso de mutilación directa, al que no puede aplicarse el principio de totalidad ni el de doble efecto. Sin embargo, Peinador ya *reconocía* que otros moralistas afirmaban la licitud del mismo, y por eso daba en definitiva una sabia solución práctica, que ilustra la actitud del moralista ante opiniones divididas sostenidas con argumentos de peso por ambas partes: “No podemos, con todo, negar que hay quienes afirman la licitud de ella. En atención a esta discusión aconsejaríamos al

ninguna trasplantación heterogénea biológicamente posible esté prohibida o no pueda levantar objeción. Es necesario distinguir ante todo el caso concreto y examinar qué tejido o qué órgano se trata de trasplantar. El trasplante de glándulas sexuales animales sobre el hombre ha de ser rechazado como inmoral; por el contrario, el trasplante de córnea de un organismo no humano a un organismo humano no entrañaría ninguna dificultad moral si fuera biológicamente posible e indicada” (C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “Alocución a la Asociación Italiana de Donadores de Córnea”, 13 de mayo de 1956, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 244).

⁴²⁹ Salvo el caso concreto del hígado cuando se trata tan sólo de la ablación de un segmento hepático para injertarlo en un receptor urgido. Se exigen aquí también las condiciones que indicaremos más adelante.

⁴³⁰ Cf. A. VERMEERSCH, *Theologiae Moralis Principia*, II, Roma 1954, n. 299. El autor no hablaba de trasplantes sino de mutilación, pero su opinión puede aplicarse a estos.

⁴³¹ J. MAUSBACH, *Teología Moral Católica*, III, 210.

⁴³² Cf. A. PEINADOR, *Moral Profesional*, 332-334.

médico que se hubiera de ver en la ocasión de intervenir en alguno de estos casos, expusiera sus dudas a los interesados y no accediera a prestar su colaboración sino cuando *la persona que cede su órgano tuviera formada conciencia de la licitud*. Este consejo lo consideramos válido para aquellas operaciones que pudieran parecer más justificadas; por ejemplo, la cesión de un riñón en beneficio de quien tuviera mortalmente comprometida la función renal...”⁴³³.

Pío XII, por su parte, rechazó que estos trasplantes pudieran ser justificados usando el principio de totalidad aplicado a la relación entre el individuo y el todo social al que pertenece (la humanidad, la sociedad, el Estado). Es evidente que se trataría de un uso abusivo del principio que tiene aplicación sólo para el mismo individuo. En efecto, en un individuo cada uno de sus órganos y funciones son partes y sólo partes del mismo; puede por tanto, renunciar a alguna de ellas cuando lo exija el bien del todo. En cambio, en la sociedad, el individuo no es tan sólo parte como lo considera el colectivismo marxista⁴³⁴.

1. El juicio sobre la licitud

Luego de haber profundizado el tema en la última parte del siglo XX, los moralistas afirman que, en línea de principio, es decir, cuando se dan todas las condiciones que luego expondremos, no hay objeciones morales para el trasplante de uno de los órganos pares. Este juicio se basa en los siguientes criterios⁴³⁵:

(a) Ante todo, por la naturaleza misma de la mutilación que se hace en la ablación. Obviamente se produce la pérdida de un órgano y esto toca a la integridad de la persona; *pero no se produce la pérdida de ninguna función* (la función renal, por ejemplo, continúa a través del riñón remanente). Por tanto, se puede considerar como sólo debilitamiento o disminución de la función, al menos en líneas generales.

(b) Al tratarse de una ablación voluntaria con el fin de devolver a otra persona la función vital indispensable de la que está privado, se trata de una forma completamente nueva, impensable en el pasado, de *comunicación de bienes* y

⁴³³ A. PEINADOR, *Moral Profesional*, 333-334.

⁴³⁴ Cf. C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “Discurso a los oftalmólogos”, 13 de mayo de 1956, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 245.

⁴³⁵ Cf. L. CICCONE, *Salute e malattia*, Ed. Ares, Milán 1986, 222-224.

de solidaridad operante, motivada por la caridad en el cristiano. Al respecto Juan Pablo II formuló un principio sobre el valor moral del someterse a experimentaciones clínicas, y que puede aplicarse a este caso: “Donar algo de sí mismo, dentro de los límites trazados por la norma moral, puede constituir un testimonio de caridad altamente meritoria y una ocasión de crecimiento espiritual tan significativa que puede compensar el riesgo de una eventual disminución física que no sea sustancial”⁴³⁶. Se ven los límites puestos por el Papa.

(c) Según el texto del Papa, podría también apelarse al principio de totalidad, por la acentuación hecha al “significativo crecimiento espiritual”, ya que el mismo Pío XII habla de la subordinación del organismo físico a la finalidad espiritual de la persona, y por eso, “daños a órganos o a funciones” pueden ser “perfectamente legítimos en cuanto conformes al bien de la persona”⁴³⁷.

2. Las condiciones concretas

Podemos establecer las condiciones para la licitud en una serie de principios.

(a) El principio fundamental es que *todo trasplante entre vivos debe garantizar no sólo la vida del donante y la del receptor, sino también la cualidad de vida de los mismos*. Esto significa:

1º El donante no deberá sufrir un daño sustancial e irreparable para la propia vida y operabilidad. Desde este punto de vista no se presentan serias objeciones para la donación de uno de los órganos dobles (como por ejemplo un riñón) en cuanto por los avances técnicos, el donante puede continuar viviendo y trabajando en condiciones normales con un solo órgano.

2º El sacrificio del donante debe guardar una cierta proporcionalidad con las posibilidades de ventaja real en la vida del beneficiado⁴³⁸. En otras palabras, debe haber una posibilidad cierta de éxito en el receptor que justifique el sacrificio que hace el donador. No son lícitos, por tanto, los trasplantes alta-

⁴³⁶ JUAN PABLO II, Discurso a los participantes en el 81º Congreso..., 27 de octubre de 1980, en *L'Osservatore...*, 5 de abril de 1981, 13, n. 5.

⁴³⁷ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “A los Congresistas del Colegio Internacional Neuro-Psico-Farmacológico”, 9 de setiembre de 1958, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 350.

⁴³⁸ Dice el Catecismo: “El trasplante de órganos es conforme a la ley moral y puede ser meritorio si los peligros y riesgos físicos o psíquicos sobrevenidos al donante son proporcionados al bien que se busca en el destinatario” (*Catecismo...*, n. 2296).

mente riesgosos, que más que terapéuticos presentan un carácter principalmente experimental y de investigación.

3º El éxito del trasplante no ha de medirse solamente por las posibilidades de prolongación de la vida del receptor, sino también por la cualidad de dicha vida. En efecto, muchas veces la prolongación de la vida está conexas a un estado de vida sumamente penoso para el receptor ya sea física o bien psicológicamente.

4º El trasplante deberá resultar el único remedio válido para prolongar la vida del paciente. Por ejemplo, el trasplante renal se plantea como éticamente viable cuando ya no es practicable por más tiempo y con éxito la diálisis renal. Esto ha de mirarse no sólo del punto de vista del receptor (ya que la ciencia podría avanzar lo suficiente como para que ciertos trasplantes sean sumamente simples de practicar), sino mirando el sacrificio que se exige del donante (cuando es un donante vivo).

5º Es ilícito todo trasplante que comporte la muerte del donante. Así es el caso del trasplante de órganos vitales impares. Equivale a un homicidio.

(b) *Es estrictamente obligatorio informar detalladamente tanto al donante cuanto al receptor:* Al donante se le debe informar sobre las consecuencias para su salud y la posible disminución (aunque sea temporalmente) de sus capacidades posteriores a la donación, así como de los riesgos de la intervención quirúrgica. En cuanto al receptor, se exige también la información pormenorizada sobre los riesgos, incertidumbres, consecuencias en caso de rechazo, y sobre la cualidad de vida que durante un cierto período deberá sufrir.

(c) *Se requiere el libre consentimiento del donante y del receptor:* Respecto del donante, se exige su consentimiento explícito tras la información detallada. Dice el Catecismo: “El trasplante de órganos no es moralmente aceptable si el donante o sus representantes no han dado su consentimiento consciente”⁴³⁹. Este consentimiento debe ser dado con absoluta libertad de cualquier tipo de presión, aunque sólo fuera moral y enmascarada⁴⁴⁰. En cuanto al receptor, se requiere su consentimiento explícito posterior a la información de la que hablamos más arriba.

⁴³⁹ Catecismo..., n. 2296.

⁴⁴⁰ Cf. L. CICCONE, *Salute e malattia*, 227.

(d) *Se debe respetar la identidad del receptor y de sus descendientes:* Es el caso particular de los órganos no meramente ejecutivos sino ligados con la identidad biológica y procreativa del sujeto: trasplante de los órganos genitales (ovarios y testículos) y de las glándulas de gran importancia para el equilibrio hormonal y bio-psicológico del sujeto (hipófisis)⁴⁴¹. Por afectar a órganos y glándulas ligadas a la reproducción, estos trasplantes representan una amenaza para la identidad biológica y psicológica del sujeto receptor y de sus descendientes. Más injustificable es el caso cuando no se busca salvar la vida del receptor, sino curar su infertilidad. La amenaza para la vida del paciente de un proceso enfermizo (por ejemplo, un tumor) en los órganos genitales puede justificar la extracción del órgano enfermo, pero no parece requerir su sustitución por medio de un trasplante. En la hipótesis de que este tipo de trasplante fuera técnicamente posible y eficaz, presentaría graves reservas morales, entre otros motivos porque la paternidad y la filiación que originaría serían ficticias, en cuanto el patrimonio genético de las células aportadas por el trasplante sería completamente diverso del que corresponde a quien está haciendo uso del mismo, y por consiguiente se carecería de una verdadera base biológica para fundar la relación de paternidad/maternidad y filiación⁴⁴².

(e) *Es absolutamente ilícito realizar un trasplante por motivos comerciales, ya se trate de cuerpos ajenos, cuanto del propio cuerpo.* Por tanto:

1º Es gravemente ilícita la venta de los propios órganos (razón por la cual en algunas legislaciones sobre trasplantes se suele restringir la permisión de los mismos sólo a los casos en que existen ciertos lazos de parentesco entre donante y receptor). De todos modos, ya Pío XII señalaba que sería demasiado apresurado catalogar de inmoral el aceptar o exigir algún tipo de compensación por el sacrificio hecho⁴⁴³.

⁴⁴¹ Aunque está en vía de experimentación podría añadirse aquí, por extensión, el hipotético trasplante encefálico, o de tronco y cabeza (practicado hasta el momento solamente en perros y simios); es evidente que el mismo comportaría un grave problema para la identidad personal del sujeto.

⁴⁴² Cf. PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LOS AGENTES DE LA SALUD, *Carta a los agentes de la salud*, n. 88.

⁴⁴³ “¿Es necesario, además, como a menudo sucede, rehusar por principio, cualquier compensación? La cuestión ha sido planteada. Está fuera de duda que puedan tener lugar graves abusos si se exige una retribución; pero sería exagerado juzgar inmoral cualquier aceptación o exigencia de retribución. El caso es análogo al de la transfusión de sangre: es un mérito del donador rechazar una compensación, pero no es necesariamente una culpa el aceptarla” (C.

2° Es gravemente ilícito el coaccionar física o moralmente a un paciente para que venda alguno de sus órganos.

3° Es gravemente ilícito el extraer órganos de un cadáver para venderlos.

4° Más aberrante aún (pero real) es la extracción de órganos contra la voluntad y conciencia de los pacientes que están siendo intervenidos por otros motivos (a veces inventados por el equipo quirúrgico) para luego venderlos e implantarlos en otro sujeto, en algunos casos, produciendo incluso la muerte del mismo paciente.

Lamentablemente en torno al fenómeno de los trasplantes se ha tejido un auténtico mercado negro de órganos⁴⁴⁴. En nuestro país se conocen casos en que padres de familia han vendido los órganos de sus hijos por cuestiones económicas, así como casos de encargados de clínicas psiquiátricas que han comerciado con los órganos de los enfermos internados en ellas⁴⁴⁵.

IV. TRASPLANTE HOMÓLOGO DE MUERTO A VIVO

Es claro que el problema de los trasplantes *ex cadavere* no presentan objeciones morales en sí mismos mientras se verifiquen estas condiciones: que se trate realmente de un cadáver, que haya reales probabilidades de éxito (de sobrevida y de calidad de vida), la conservación de la identidad psicológica del receptor y de sus descendientes, el consentimiento del difunto mientras se encontraba en el uso pleno de sus facultades o al menos de la familia de éste. En este sentido, el *Catecismo de la Iglesia Católica* dice en general: “El don gratuito de órganos después de la muerte es legítimo y puede ser meritorio”⁴⁴⁶.

Pienso que actualmente los problemas más delicados giran en torno a la voluntad expresa de donar los órganos y la relación entre el médico y la muerte del donante.

1. La voluntad de donar

En cuanto a la voluntad de donar, debemos recordar que, como subrayan los obispos franceses en una exhortación que dirigen a sus fieles precisamente para que sean donantes de órganos después de la muerte, que de todos

LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “A los oftalmólogos”, 13 de mayo de 1956, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 248).

⁴⁴⁴ Cf. Ciccone, *Salute e malattia*, 226-227.

⁴⁴⁵ Cf. en *La Prensa*, 20 de noviembre de 1993, 1 y 12.

⁴⁴⁶ *Catecismo...*, n. 2301.

modos, tal donación “no constituye en ningún caso un deber”⁴⁴⁷. En este sentido, es necesario subrayar que se trata de un consentimiento libre, sobre el que no debe hacerse ningún tipo de presión, ni aun psicológica. Una propaganda insidiosa que intente cargar un sentimiento de culpa sobre quien en conciencia no vea con claridad la objetiva licitud del trasplante, o no considere garantizada la atención médica en caso de ser donante, o cualquier otro motivo, es una falta de respeto por la dignidad del donante⁴⁴⁸.

En cuanto a la obligación de donar los órganos *post-mortem*, Pío XII ha dicho: “a menos que las circunstancias no impongan una obligación –por tanto, sólo en casos y por motivos particulares– es necesario respetar la *libertad* y *espontaneidad* de los interesados; habitualmente no se presentará la cosa como un *deber* o un acto obligatorio de caridad. En la propaganda se debe ciertamente observar *una discreción inteligente*, para evitar serios conflictos exteriores e interiores”⁴⁴⁹. La apelación a la *libertad* y *espontaneidad* implican que no se puede “suponer” a una persona como donante, sino que debe probarse.

Incluso el Papa Pío XII, parece exigir el consentimiento de los encargados del cuerpo (familiares, deudos) el cual podría ser contrario a lo expresado en vida por el difunto, y los médicos deberían respetar esta decisión: “En general no debería permitirse a los médicos emprender ablaciones u otras intervenciones sobre un cadáver sin un **acuerdo** con aquellos que son sus depositarios... Tal vez incluso en contraste con las objeciones anteriormente formuladas por el interesado”⁴⁵⁰. Añade Ciccone: “por tanto no hay que desaprobar o retener falta de valor la oposición de los parientes a la ablación de las partes del cadáver de un pariente, aunque esto esté en contraste con las disposiciones de éste anteriores a la muerte”⁴⁵¹. Hay que respetar el dolor de los parientes.

⁴⁴⁷ Cf. AICA n. 1937, 9 de diciembre de 1994, 178.

⁴⁴⁸ En este sentido no es ético expresarse como lo hace Ricardo Chamorro en un artículo del diario *La Nación* a favor de los trasplantes: “Así, cada día alguien se aproxima más a la muerte o la discapacidad que determinan ciertas enfermedades, mientras que muchos otros inician su último viaje trascendente abandonando sus órganos y *apurando*, entonces, el fallecimiento de un potencial receptor” (en *La Nación*, 21 de junio de 1994, 22).

⁴⁴⁹ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, “A los oftalmólogos”, 13 de mayo de 1956, en *Pío XII y las Ciencias Médicas*, 248.

⁴⁵⁰ C. LOPEZ MEDRANO – H. OBIGLIO – L.D. PIERINI – C.A. RAY, *Ibid.*

⁴⁵¹ Cf. L. CICCONE, *Salute e malattia*, 233.

2. El médico y el donante moribundo

Es evidente que no se puede anticipar la muerte del donante haciendo u omitiendo una intervención sobre el mismo con el objeto de extraer un órgano. No se puede hacer el mal para obtener un bien; ni dejar de hacer el bien que corresponde para obtener otro bien. En dichos casos, la muerte del donante, causada directamente por la ablación del órgano vital, constituiría un homicidio, cuanto menos, culposo. Dice Juan Pablo II en la *Evangelium vitae*: “No nos es lícito callar ante otras formas más engañosas, pero no menos graves o reales, de *eutanasia*. Éstas podrían producirse 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*”⁴⁵². Y el Catecismo: “Es moralmente inadmisibles provocar directamente para el ser humano... su muerte, aunque sea para retardar el fallecimiento de otras personas”⁴⁵³.

La expectación de la muerte de un posible donante no puede ser motivo de procurarle al mismo una atención médica menor que la que se da a un agonizante no donante. Por encima de todo, se ha de procurar salvar al moribundo ya sea o no posible donante de órganos. Señala G. Perico que “el desinterés, o peor, el abandono del sujeto no todavía muerto, son culpas gravísimas”⁴⁵⁴. Desde este punto de vista pueden presentarse serias objeciones a la práctica habitual de trasplantes que se lleva a cabo en muchas asociaciones y entidades sanitarias.

3. El problema de la muerte

De todos éstos, el problema más serio es, ciertamente, la constatación de la muerte del donante. El principio moral que debe regir es el siguiente: en el caso del trasplante de órgano único vital hecho *ex cadavere* se requiere la certeza de la muerte del mismo.

Debemos decir que si el trasplante se realiza verdaderamente de un cadáver a un hombre vivo, teniendo en cuenta y respetando todas las normas éticas pertinentes, no parecen haber objeciones morales, y se trataría de un acto “perfectamente lícito”⁴⁵⁵. Ahora bien, tales “normas éticas” son determinadas por los principios que siguen a continuación.

⁴⁵² JUAN PABLO II, *EV*, 15.

⁴⁵³ *Catecismo*..., n. 2296.

⁴⁵⁴ Citado por L. CICCONE, *Salute e malattia*, 156.

⁴⁵⁵ JUAN PABLO II, “Discurso a los participantes en el Congreso organizado por la

(a) Mientras haya vida, aunque sólo sea vida vegetativa, ésta es inviolable. Como afirma Mons. Sgreccia: “No se puede introducir la distinción entre ‘vida biológica’ y ‘vida personal’ (vida de conciencia y relación): en el hombre, hay una vitalidad única y mientras que hay vida hay que retener que se trata de vida de la persona...”⁴⁵⁶. Por su parte el Papa Juan Pablo II ha dicho: “El respeto a la vida humana, como se pone ciertamente de relieve, tiene motivaciones racionales que explican el consenso universal sobre el derecho humano fundamental a la vida. En efecto, éste no es para el hombre *uno* de los derechos, sino *el* derecho fundamental: ‘¡No hay ningún otro derecho que afecta más de cerca a la existencia misma de la persona! Derecho a la vida significa derecho a venir a la luz y, luego, a perseverar en la existencia hasta su natural extinción: *mientras vivo tengo derecho a vivir*’”⁴⁵⁷.

(b) Como consecuencia de lo anterior, y por el altísimo valor en juego (la vida de un ser humano indefenso) no se puede proceder en la duda o basándose en la sola probabilidad sino siempre y solamente en la certeza de su muerte⁴⁵⁸, ya que por un lado está en juego la vida de un ser humano indefenso, y, por otro, el acto que se realiza no es un acto puramente *negativo* (el no aplicar medios extraordinarios) sino *positivo* (en el caso de la extracción de un órgano vital), lo cual se encuadraría en el concepto de homicidio. Aquí se aplica en toda su extensión el principio que enuncia Juan Pablo II para el trato de los embriones humanos: “... desde el punto de vista de la obligación moral, *bastaría la sola probabilidad de encontrarse ante una persona humana para justificar la más rotunda prohibición de cualquier intervención destinada a eliminar un embrión humano*”⁴⁵⁹.

(c) Se deben tomar las máximas garantías para evitar cualquier tipo de abuso. En este sentido, el equipo que constata la muerte del donante debe ser diverso del interesado en hacer la ablación.

(d) En cuanto a la determinación del momento preciso de la muerte, ya decía Pío XII que no es tarea del teólogo o del filósofo, sino del científico.

Pontificia Academia de las Ciencias”, 14 de diciembre de 1989, en *L'Osservatore...*, 7 de enero de 1990, 9, n. 6.

⁴⁵⁶ E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 449.

⁴⁵⁷ JUAN PABLO II, “Discurso para la Clausura de la IX Conferencia Internacional de agentes sanitarios”, en *L'Osservatore...*, 9 de diciembre de 1994, 7, n. 2; la cita interior es de *Cruzando el umbral de la esperanza*, 201.

⁴⁵⁸ Cf. D. TETTAMANZI, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo*, Piemme, Casale Monferrato 1990, 344.

⁴⁵⁹ JUAN PABLO II, *EV*, 60.

Hemos analizado las distintas posiciones al hablar de la muerte en general y particularmente las conclusiones presentadas por la Pontificia Academia de las Ciencias en 1985 y 1989, asumida en la *Carta a los agentes de la salud* de 1995. Debemos decir que, cuando se verifican escrupulosamente las condiciones allí señaladas, la casi totalidad de los moralistas serios contemporáneos están de acuerdo en que se llega a un criterio de certeza respecto de la muerte, y podría, por tanto, procederse al trasplante de órganos *ex cadavere*.

V. TRASPLANTE A PARTIR DE ÓRGANOS DE ANENCEFÁLICOS

Un último tema de discusión que se presenta en la práctica médica es la utilización de órganos de bebés anencefálicos para trasplantes.

La anencefalia, como ya se explicó, es la ausencia congénita de una gran porción del cerebro, cráneo y cabellera, con su génesis en el primer mes de gestación.

Sobre la identidad del sujeto anencefálico dice Mons. Sgreccia: “Nos parece que está fuera de discusión el hecho de que el anencefálico es fruto de una fecundación humana, con una forma humana, que desde el momento de la fecundación está teleológicamente dirigido por un principio vital propio. No se debería dudar, por tanto, de que nos encontramos ante un individuo de la especie humana, que hay que respetar como persona del mismo modo que a cualquier otro embrión”. Con esto queda zanjada la cuestión de fondo sobre la identidad del sujeto anencefálico y, consecuentemente, la que se plantea sobre el aborto del mismo; la respuesta es evidentemente negativa: como ser humano su vida debe ser respetada desde el momento de su concepción hasta su muerte natural.

Teniendo esto en cuenta, el mismo Sgreccia responde a las cuestiones relacionadas con estos casos y que tocan directamente el tema de este capítulo:

1. Obtención de órganos a partir de anencefálicos

Lamentablemente, hay que decir que la obtención de órganos del anencefálico con vida es un procedimiento aceptado por quienes consideran que no es un individuo humano, o por quienes consideran que la ausencia de gran parte de la masa cerebral es una situación análoga a la de la muerte cerebral. Ahora bien, es falso como se dijo más arriba, que no sea un individuo humano. En cuanto a la analogía que suele establecerse con la muerte cerebral, no es una hipótesis científica, pues en este caso la lesión cerebral es sólo

parcial, no involucra las estructuras del tronco que son capaces, por tanto, de mantener de modo autónomo las funciones vitales. Obtener órganos del anencefálico en vida es, por tanto, una aberración moral.

En cuanto al trasplante de órganos de fetos nacidos anencefálicos después de su muerte, no hay objeciones mientras conste la muerte natural del mismo (mientras que sería ilícito, si hubiese sido abortado, como se dijo más arriba al hablar de las obligaciones hacia los fetos abortados).

2. Reanimación del anencefálico

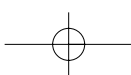
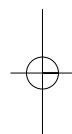
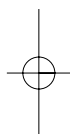
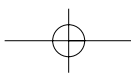
En cuanto a la reanimación del recién nacido anencefálico, hay cuatro procedimientos posibles:

(a) Apenas nacido, el anencefálico es entubado y conectado al respirador, manteniendo todos los parámetros vitales a fin de proceder a la extracción de los órganos en función de las necesidades del momento e independientemente de la presencia o no de actividad del troncoencéfalo. Esto es éticamente inaceptable.

(b) Apenas nacido es reanimado y vigilado hasta que desaparece la actividad del troncoencéfalo; esta práctica parece desproporcionada respecto del diagnóstico, configurándose como un auténtico ensañamiento terapéutico, es decir, ciertas intervenciones médicas inadecuadas a la situación real del enfermo, desproporcionadas a los resultados que se esperan o demasiado graves para el enfermo o su familia.

(c) El recién nacido es seguido con los solos cuidados ordinarios hasta que aparece hipertensión o bradicardia, momento en que es reanimado a la espera de la muerte del troncoencéfalo; este procedimiento, con la sola finalidad de trasplantar los órganos, representa una forma de instrumentación del ser humano, y es éticamente inaceptable.

(d) El recién nacido es seguido con los solos cuidados ordinarios hasta que se presenta el paro cardio-respiratorio, a continuación del cual se procede a extraer los órganos. Es la práctica que más respeta el valor de la persona del anencefálico.



CAPÍTULO DÉCIMO

BIOÉTICA DE LA EUTANASIA Y DEL ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Para dar respuesta al problema presentado por la eutanasia y por el ensañamiento terapéutico es necesario tener como puntos de referencia cuanto hemos dicho en los capítulos anteriores sobre el sufrimiento y la muerte.

También es necesario no perder de vista que la vida, propia y ajena, es un valor y un don, frente al cual el hombre debe comportarse como administrador y no como señor absoluto. Esto impone el respeto y el cuidado de la misma. Se ve así claramente que el rechazo de los medios habituales y necesarios para conservarla (nutrición, descanso) equivale a una autodestrucción que viola los derechos divinos. Pero, por otro lado, el hombre no está obligado a conservarla a todo costo y por cualquier medio porque la disolución de la vida es algo natural e inevitable (en el estado actual es pena del pecado); además, ya hemos dicho que la muerte no es un antivalor absoluto.

I. OBLIGACIÓN HACIA LA VIDA Y ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Los principios basilares para resolver los problemas relacionados con la conservación de la propia salud y de la propia vida han sido siempre dos.

(a) El primero: no es obligatorio el recurrir a los medios extraordinarios, pudiendo contentarse con el recurso a los medios ordinarios. De aquí se sigue

el rechazo del así llamado “ensañamiento terapéutico”, es decir, el intento de prolongar la vida a todo costo, especialmente cuando la muerte es algo inminente e irreversible. Se puede sintetizar con las palabras del Catecismo: “La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el ‘encarnizamiento terapéutico’. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente”⁴⁶⁰.

(b) El segundo principio es la licitud de recurrir a ciertos medios que alivien el sufrimiento aunque conlleven como efecto secundario el acortamiento de la vida. Nuevamente con el Catecismo podemos resumirlo: “Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados”⁴⁶¹.

Ambos principios han sido analizados en los capítulos destinados a la salud y a la muerte.

Las conclusiones morales que se siguen de los principios ya establecidos y analizados son las siguientes⁴⁶²:

1º En el coma “reversible” es obligatorio usar todos los medios a disposición, porque la recuperación de la vida, posible o probable, vale más que todo tipo de sacrificio económico o servicio. Esto incluso recurriendo a los medios de reanimación extraordinarios con la condición de que sean accesibles. Mucho más por el hecho de que el paciente no puede expresarse ni dar su consentimiento a la prescindencia de estos medios.

2º En el coma “irreversible”, quedando firme la obligación de las curas ordinarias (entre éstas se comprenden la hidratación y la nutrición parenteral), no se está obligado a practicar el empleo de medios particularmente

⁴⁶⁰ *Catecismo...*, n. 2278; *Compendio*, n. 471.

⁴⁶¹ *Catecismo...*, n. 2279.

⁴⁶² E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I, 482ss.

dolorosos u onerosos para el paciente, condenándolo a una prolongación de la agonía (siempre queda en pie la obligación de administrar al paciente los sacramentos). Incluso, según Ciccone, podría ser *obligatoria* la suspensión por otros motivos, como cuando los aparatos son necesarios para otros pacientes con más posibilidades de supervivencia⁴⁶³.

3º Prolongar la vida puramente aparente y totalmente artificial, después que las funciones cerebrales hayan cesado completa e irreversiblemente, sería una ofensa al moribundo y a su muerte.

4º Cuando la reanimación tiene posibilidades de salvar de la muerte al paciente, pero la vida del mismo quedará en condiciones infrahumanas a consecuencia de daños irreversibles sufridos por el cerebro, ¿qué hacer? Según Ciccone sería lícito suspender los medios extraordinarios cuando las perspectivas de vida son *tales* que la intervención a duras penas puede llamarse terapia.

¿Cuál es el principio moral que rige la licitud de la suspensión de tales medios extraordinarios? Es el principio de doble efecto. En este caso: (a) El acto lícito (bueno o indiferente) es una omisión, es decir, la suspensión de los actos extraordinarios y, por tanto, no obligatorios en determinadas circunstancias. (b) El efecto bueno y querido es el “humanizar” los últimos actos del paciente, evitando el tecnicismo abusivo; el dar serenidad a los últimos momentos del paciente, etc. (c) El efecto malo permitido es el aceleramiento de la muerte del paciente.

II. HISTORIA Y CULTURA DE LA EUTANASIA

1. Datos históricos

La eutanasia existe desde tiempos inmemoriales, al igual que el suicidio y el homicidio. En muchas civilizaciones de la antigüedad se practicaba, estaba dentro de las normas y costumbres e incluso, en algunos lugares, legislados. Se puede citar como ejemplo de esto: los antiguos masagetas, sardos, esclavos y escandinavos; también los espartanos (en el monte Taigeto), en Roma (la roca Tarpeya), etc.

Es evidente que el mundo antiguo no comprendió el sentido del dolor y de la muerte en su realidad profunda y metafísica. Platón preceptuaba en el libro III de la República: “Establecerán en el Estado una disciplina y una jurispru-

⁴⁶³ Cf. L. CICCONE, *Salute e malattia*, 161.

dencia que se limite a cuidar a los ciudadanos sanos de cuerpo y de alma; se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo y alma”.

Tácito, en su relato del suicidio de Séneca, alude al auxilio que prestaban los médicos a la consumación de estos actos.

El filósofo Libanio se expresó así ante sus discípulos: “Si vuestra existencia os resulta abominable, morid; si os sentís abrumados por la suerte, bebed la cicuta”.

Se conoce por la historia que Licurgo, legislador de Esparta, ordenó despeñar por el monte Taigetos a los niños que nacían con malformaciones. Los romanos los abandonaban exponiéndolos en la calle, y cualquier persona podía quedárselo para que le sirviera de esclavo, bufón o mendigo; o bien podían tirarlos desde la roca Tarpeya, en la colina Capitolina.

Sin embargo, fue rechazada por las mentes más sanas. Así Hipócrates hacía jurar: “No daré ningún veneno a nadie, aunque me lo pida, ni tomaré nunca la iniciativa de sugerir tal cosa”. La cultura judía y el cristianismo se opusieron de modo absoluto a la eutanasia. Con la cristianización de Occidente, esto se hace parte de nuestra cultura. Sólo es sostenida por algunos autores aislados, como Francis Bacon (1561-1626), el cual acuña el término eutanasia para este género de homicidio.

La defensa masiva de la eutanasia comienza a reaparecer en el siglo XIX, como fruto del racionalismo y del materialismo, y se afianza en el siglo XX como fruto del hedonismo, y de la cultura de muerte.

2. El fenómeno cultural de la eutanasia

Según Ciccone, el problema de la eutanasia como fenómeno masivo es una realidad del último siglo, y debe su afianzamiento ante todo a cierto “humus” cultural y luego a ciertos elementos que han determinado su aparición generalizada.

En cuanto al “humus” cultural, podemos indicar algunos factores:

(a) La mentalidad tecnológica: el hombre se siente señor de sí mismo y de la naturaleza; sólo parece negarse a este dominio la muerte; por eso, la eutanasia aparece como la única forma de hacer entrar la muerte en el reino de la cultura tecnológica: no sufriendola pasivamente sino como un evento querido y programado.

(b) La crisis filosófica creada en las inteligencias por el existencialismo y el nihilismo.

(c) La mentalidad materialista: no comprende el sentido del mal y del sufrimiento, por eso una vida destinada al sufrimiento y al dolor no tiene más sentido y es un absurdo intolerable.

(d) La mentalidad egoísta: como fruto del fenómeno de la anticoncepción y del aborto, la nuestra es una sociedad de viejos, y la vejez tiende a apesadumbrar la sociedad (los costos de los servicios sociales, de la asistencia sanitaria, etc.) sin que haya sangre joven que aliviane esta carga. Por eso, al mismo tiempo que crea una sociedad de viejos, busca eliminarlos ni bien éstos aparezcan como demasiado pesados.

(e) La mentalidad secularista. Con *secularismo* se quiere indicar la grave fractura o divorcio que se ha dado en la sociedad moderna, entre la fe y el estilo de vida del hombre que quiere vivir como si Dios no existiese. Quien se deja contagiar por esta atmósfera, entra fácilmente en el torbellino de un terrible círculo vicioso: perdiendo el sentido de Dios, se tiende a perder también el sentido del hombre, de su dignidad y de su vida. A su vez, la violación sistemática de la ley moral, especialmente en el grave campo del respeto de la vida humana y su dignidad, produce una especie de progresiva ofuscación de la capacidad de percibir la presencia vivificante y salvadora de Dios... En realidad, viviendo “como si Dios no existiera”, el hombre pierde no sólo el misterio de Dios, sino también el del mundo y el de su propio ser⁴⁶⁴. El alejamiento de Dios trae consigo la pérdida de los valores morales que constituyen la base y el fundamento de la convivencia humana. Se produce un vacío que se pretende llenar con una pseudo-cultura centrada en el consumismo desenfrenado, en el ansia de poder y de gozar y que no ofrece otro ideal que el de la lucha por los propios intereses y el placer narcisista.

La pérdida del sentido de los valores morales, de incredulidad y de indiferencia favorecen un clima de deterioro de la vida familiar: el ataque a su estabilidad con el aumento de las separaciones y divorcios; el ataque a la vida con la reducción de la natalidad (con campañas contra la misma), del aborto (crimen abominable), del abandono de los ancianos privados del calor familiar; el ataque a la autoridad paterna y a la necesaria comunión entre las generaciones; el ataque a la inocencia de los niños y jóvenes. El oscurecimiento de los valores morales cristianos repercute de forma muy grave en los jóvenes, que son objeto de una manipulación, víctimas de la droga, del alcohol, de la pornografía y de otras formas de consumismo degradante. Pablo VI, ya

⁴⁶⁴ Cf. JUAN PABLO II, *EV*, 21-22.

lo indicaba como el drama de nuestra época: la ruptura entre el Evangelio y la cultura⁴⁶⁵.

Se pueden indicar algunos hechos particulares que han llevado a la opinión pública el problema de la eutanasia; entre éstos se pueden resaltar:

(a) Numerosos episodios de crónica diaria sobre asesinatos “piadosos”, cada vez más numerosos, desde los años ’60.

(b) La carta de los derechos del enfermo, elaborados por la “Asociación Americana de Hospitales” y publicado en el “New York Times” el 9 de enero de 1973. El artículo 4º hablaba del derecho del paciente a rechazar el tratamiento en toda la extensión permitida por la ley. Los periódicos lo presentaron como una afirmación del derecho a la eutanasia, en contra de la intención de la Asociación (apuntaba tan solo a los medios extraordinarios) y a sus explícitas protestas.

(c) El manifiesto sobre la eutanasia. Tres días después, el 12 de enero de 1973, sobre “Le Monde”, tres premios Nobel, J. Monod, L. Pauling y G. Thompson, con 37 personalidades más del mundo cultural se declararon a favor de la eutanasia. Estos hechos tuvieron mucha repercusión y surgieron asociaciones a favor del “derecho a morir con dignidad”, entendiendo por esto el derecho a la eutanasia.

(d) A esto hay que añadir la acción sistemática de la propaganda a favor del fenómeno.

3. Los argumentos que se esgrimen a favor de la eutanasia

Muchos y variados son los argumentos a favor que esgrimen los defensores de la eutanasia. Los principales se pueden clasificar como sigue:

(a) Argumentos *afectivos*: la compasión (con la eutanasia se busca el poner fin a dolores particularmente atroces, cuando la muerte es de suyo inevitable). “Cuando decimos que cedemos a la compasión, en realidad deberíamos hablar de autocompasión, o sea, de una fuga frente a una situación que nos perturba, que queremos evitar, y ante la cual quisiéramos poder cerrar los ojos. Para nosotros que estamos bien y en pleno uso de nuestras facultades, esta visión de un ser que sufre es intolerable. Sin embargo, ¿puedo resolver ese problema, que se me plantea, a costa de la vida de otra persona, de

⁴⁶⁵ Cf. PABLO VI, *Evangelii Nuntiandi*, 20.

alguien cuyo estado psíquico y mental no he tenido la posibilidad de conocer, sólo porque le resulta difícil expresarse de modo lúcido y normal?”⁴⁶⁶.

(b) Argumentos *individualistas*: cuando el enfermo es quien pide la eutanasia el médico se limita a ejecutar un pedido. Volveré sobre el problema del suicidio en el punto siguiente, sin embargo, tengamos en cuenta solamente lo siguiente: “Según la experiencia referida por numerosos psiquiatras que examinan los casos de intento de suicidio, muy a menudo esos actos fallidos manifiestan llamamientos desesperados, peticiones de ayuda. Por tanto, se corre el riesgo de que la persona que asiste al paciente que pide el suicidio asistido no perciba en él ese llamamiento latente, pero no descifrado. En consecuencia, esa petición de asistencia no se interpreta realmente como lo que es, o sea, como una demanda de ayuda, como una aspiración a la acogida calorosa de una persona desesperada. Ante alguien que me comunica su decisión de suicidarse, puedo, pues, adoptar dos actitudes muy diferentes: o me dirijo al vendedor de cuerdas para comprarle una y ayudarlo a ahorcarse, o, de modo más humano, me acerco a él, le hablo y trato de hacerle comprender que tiene aún valor ante los ojos de algunos, independientemente de las dificultades en las que se encuentra y que estoy dispuesto a afrontar junto con él”⁴⁶⁷.

(c) Argumentos *pseudomédicos*: se afirma fundamentalmente que no hay diferencia esencial entre prescindir de los medios extraordinarios y el producir activamente la muerte. Este argumento ha sido defendido no sólo por médicos sino también por algunos teólogos, como por ejemplo Charles Curran, quien, por ejemplo, dice: “Propuse tentativamente que cuando comienza el proceso de agonía no me parece que haya diferencia entre el acto de omisión (el no recurso a medios extraordinarios) y el acto positivo que causa la muerte. Subrayo que en la práctica esta posición sólo difiere ligeramente de la enseñanza oficial de la jerarquía, y también reconozco posibles abusos que pueden constituir una razón suficiente para no adoptar semejante posición en la práctica”⁴⁶⁸. En realidad hay una diferencia esencial y abismal: la que va de un acto de pura omisión que no reúne las condiciones morales para ser considerado como “querido” y “responsable” (o sea, no hay posibilidad de impedir la muerte, ni se la desea, ni hay obligación porque se trata-

⁴⁶⁶ M. SCHOOTYANS, “Defender el don de la vida”, en *L'Osservatore...*, 1 de setiembre de 1995, 8.

⁴⁶⁷ M. SCHOOTYANS, *Ibid.*

⁴⁶⁸ En *The Wanderer*, 20 de marzo de 1986; cf. M. FUENTES, “Charles Curran: una moral ‘inmoral’”, *Gladius* 6 (1985) 99-106.

ría sólo de medios extraordinarios) a un acto positivo que no puede realizar sino “queriéndolo”.

(d) Argumentos *económicos y sociales*: basándose en criterios puramente utilitaristas, se considera que la vida de una persona que es inútil económica o productivamente a la sociedad, no tiene más sentido ni valor, y por tanto, en tales circunstancias la aplicación de la eutanasia es una decisión correcta. Supone –este razonamiento– la plena cosificación del ser humano.

III. EL SUICIDIO ANTE LA MORAL⁴⁶⁹

En cuanto uno de los principales argumentos que se esgrimen para sostener la legitimidad de la eutanasia es el derecho sobre la propia vida y sobre la propia muerte –que falsamente llaman “derecho a morir con dignidad”– es necesario recordar los principios elementales sobre la moralidad del suicidio, en cuanto la eutanasia es en algunos casos un suicidio asistido.

1. Nociones y datos generales

El suicidio consiste propiamente en producirse la muerte a sí mismo por propia iniciativa o autoridad, ya sea mediante una acción o una omisión. Se divide en suicidio directo e indirecto, según la muerte se intente directamente o sólo se la permita buscando otra finalidad.

Lo consideraron lícito por principios filosóficos Hume, Montesquieu, Bentham, Schopenhauer, Nietzsche, algunos estoicos como Séneca, y, más cerca de nuestro tiempo, el existencialismo hizo de él un valor positivo, como “la última libertad de la vida” (Jaspers). También ha sido defendido por muchos por cuestiones de honor patriótico, militar o personal.

Los datos estadísticos son escalofriantes. Aun teniendo en cuenta que los datos oficiales son inferiores a la realidad, debemos basarnos en ellos para tener una orientación. La relación que suele establecerse entre suicidios efectivos e intentos de suicidio varía (según cada autor) entre un suicidio cada tres intentos y uno de cada diez. Podemos determinar, como término medio, que por cada suicidio hay al menos cinco intentos frustrados. Ahora bien, la OMS (Organización Mundial para la Salud) indicaba en 1976, que cada día se suicidan en el mundo 1.000 personas (lo que indicaría que otras 4.000 o

⁴⁶⁹ Cf. TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, II^a-II^{ae} p., q. 64, a. 5; L. CICCONE, *Non Uccidere*, 107ss.

5.000 lo intentan sin llegar a él); aproximadamente 500.000 lo hacen por año (y por tanto, 2.500.000 quedan en el solo tentativo).

Dentro del cristianismo tanto la doctrina magisterial cuanto la reflexión teológica no han tenido ninguna duda sobre la inadmisibilidad moral del suicidio. Si ha habido evolución, ésta ha sido en torno a la valoración de la culpabilidad y responsabilidad subjetiva del que se suicida o intenta hacerlo.

2. Valoración objetiva del suicidio

Como ya ha indicado Santo Tomás, el *suicidio directo*, objetivamente considerado, es un acto gravemente ilícito, por tres razones principales. Primero, porque es contrario a la inclinación natural (ley natural) y a la caridad por la que uno debe amarse a sí mismo. En segundo lugar, porque hace injuria a la sociedad a la cual el hombre pertenece y a la que su acto mutila: la priva injustamente de uno de sus miembros que debería colaborar al bien común. Finalmente, porque supone una injuria a Dios: “la vida, dice Santo Tomás, es un don dado al hombre por Dios y sujeto a su divina potestad que mata y da la vida. Por tanto el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios, como el que mata a un siervo ajeno peca contra el señor de quien es siervo... A solo Dios pertenece el juicio de la muerte y de la vida...”⁴⁷⁰.

Pío XII lo calificó de “signo de la ausencia de la fe o de la esperanza cristiana”⁴⁷¹. El Concilio Vaticano II lo colocó con otros delitos que atentan contra la vida misma, juzgados como “cosas... vergonzosas” que “atentan la civilidad humana... y constituyen el más grave insulto al Creador”⁴⁷². En la Declaración sobre la eutanasia se afirma: “La muerte voluntaria, es decir, el suicidio, es inaceptable a la par que el homicidio. Toda la doctrina del Magisterio ha sido asumida por el Catecismo Universal”⁴⁷³.

La Sagrada Escritura no se ocupa de él pero es legítimo verlo incluido en el mandamiento genérico: “No matar” (Ex 20,13). Ya San Agustín lo había interpretado de tal manera: “No es lícito matarse, ya que en el precepto ‘No matar’, sin ningún agregado, se debe entender como incluido... ‘No matar’, por tanto, ni a otro ni a ti mismo. Porque efectivamente, quien se mata a sí mismo, mata a un hombre”⁴⁷⁴.

⁴⁷⁰ TOMÁS DE AQUINO, *Summa Theologiae*, II^a-II^{ae} p., q. 64, a. 5.

⁴⁷¹ Pío XII, Discurso del 18 de febrero de 1958.

⁴⁷² CONCILIO VATICANO II, GS, 27.

⁴⁷³ *Catecismo...*, nn. 2280-2283; *Compendio*, n. 470.

⁴⁷⁴ SAN AGUSTÍN, *De Civitate Dei*, I, 20.

En cuanto al *suicidio indirecto*, es también ilícito, a no ser con causa gravemente proporcionada. Aunque la acción que indirectamente produzca la muerte pueda no ser mala o incluso buena (un acto de caridad cuidando un enfermo gravemente contagioso), se requiere causa justa y proporcionada para *permitir* la propia muerte, apelando al principio de doble efecto. Las condiciones que debe reunir han de ser: 1º que la acción u omisión sea buena o indiferente; 2º que se siga también un efecto bueno (y con la misma o mayor inmediatez del malo); 3º que sólo se intente el bueno; 4º que haya una causa proporcionada (como puede ser el bien de la patria, el bien espiritual ajeno, el ejercicio de una virtud, etc.)⁴⁷⁵.

3. Valoración subjetiva

Otra cosa es la valoración de la responsabilidad moral del suicida. Hasta el siglo pasado era criterio inmediato el juzgar al suicida como responsable de su gesto, y por tanto, culpable de su acción. Hoy día, tanto la situación social, cuanto la formación moral del hombre moderno, obligan a otros criterios de valoración. Dicho de otro modo, dada la situación social potencialmente cargada de mentalidad suicida; en segundo lugar, dado el también elevado número de sujetos psíquicamente frágiles e incluso disturbados mentalmente; y, dado, por último los escasos o casi nulos valores morales que pueden contrarrestar la mentalidad antivida reinante, podría admitirse que en los casos en que faltan elementos para juzgar un caso de suicidio, parece como más fundada la presunción de irresponsabilidad, o al menos (más seguramente) de insuficiente responsabilidad en el suicidio; lo contrario (la plena responsabilidad) debe demostrarse.

Esto en el caso en que no hay elementos para elaborar un juicio objetivo. En muchos casos, en cambio, hay ciertos elementos que pueden servir de guía para elaborar un cierto juicio (que deja, por supuesto, el juicio último únicamente a Dios). Así, por ejemplo, indican responsabilidad plena en un suicidio el hecho de que éste haya sido preparado fríamente, por largo tiempo, con motivaciones precisas, por una persona psíquicamente sana; madurado dentro de cierta concepción de vida, vivida con convencimiento en la cual no hay lugar para Dios o en la cual no se encuentra sentido a la vida (por principios filosóficos, aunque sean vulgares). En cambio, son indicios de no completa responsabilidad: el suicidio impulsivo, el suicidio realizado por el shock de una tragedia, el suicidio ocurrido en contraste con toda una vida o una concep-

⁴⁷⁵ Los casos concretos pueden verse en A. ROYO MARÍN, *Teología Moral...*, I, 347-349.

ción de vida en la cual no parece haber lugar para el mismo, o, finalmente, el suicidio realizado por sujetos psíquicamente alterados.

Grande responsabilidad por el fenómeno del suicidio corresponde a la misma sociedad, en cuanto ejerce o permite influencias que llevan como consecuencia a tal desenlace. Entre estos elementos cabe señalar:

(a) La disgregación de los grupos primarios, especialmente la familia; la desaparición o al menos el enrarecimiento de las relaciones familiares (con el consecuente predominio de las relaciones de tipo funcional y utilitaristas) conducen al aislamiento de los individuos, condenándolos a afrontar solitariamente los problemas personales más profundos de la persona.

(b) La proposición de “valores” que no satisfacen las exigencias más profundas del alma (bienestar, afirmación personal, riqueza, hedonismo, culto de la personalidad, el divismo o idolatría de algunos personajes públicos).

(c) El no hacer nada para formar el carácter de sus miembros con una formación humana auténtica; en vez de robustecer las estructuras psíquicas, nuestra sociedad las debilita. Surgen de aquí notables debilidades psíquicas.

IV. LA EUTANASIA EN SÍ MISMA

“Por eutanasia en sentido verdadero y propio se debe entender una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor”⁴⁷⁶.

“De ella debe distinguirse la decisión de renunciar al llamado ‘ensañamiento terapéutico’, o sea, 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. En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia ‘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’. Ciertamente existe la obligación moral de curarse y hacerse curar, pero esta obligación se debe valorar según las situaciones concretas; es decir, hay que examinar si los medios terapéuticos a disposición son objetivamente proporcionados a las perspectivas de mejoría. La renuncia a medios extraordinarios o despropor-

⁴⁷⁶ JUAN PABLO II, *EV*, 65.

cionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante al muerte”⁴⁷⁷.

1. Clasificación

(a) Según su *finalidad* se habla de eutanasia eugénica y piadosa: 1º Eutanasia *eugénica* (Razzehygiene): por razones de higiene racial o razones sociales, económicas, etc. Pretende liberar a la sociedad de enfermos crónicos, discapacitados, minusválidos que consumen lo que no producen, y que son una carga. Sus propulsores se basan en teorías eugénicas de Galton, Garófalo, Lombroso, Sanger, Nietzsche, Rosember, etc. Tuvo su paradigma en el nazismo; el régimen obligó a esterilizar, abortar y a eutanasiar a todos los considerados no productivos, sin valor o disidentes. Sus médicos aceptaron la doctrina de que el control de la vida es una función de la sociedad y del Estado y que se debe juzgar en base a factores demográficos, económicos, políticos, utilitarios, hedonísticos. 2º Eutanasia *piadosa* (mercy killing): se practica con el fin de aliviar los dolores y sufrimientos del enfermo. Parten sus apologistas de que en la vida no tiene sentido el dolor, no hay trascendencia. La sostuvieron Thompson, Pauling, Modod, Barnard, Platón, Voltaire, Sartre, etc.

(b) Según los *medios* empleados se distingue en positiva y negativa: 1º Eutanasia *positiva*: es el homicidio, cometidos por fines eugénicos o piadosos, en el que el agente de manera directa o positiva o activa actúa sobre la persona enferma provocándole la muerte (ahogándola, haciéndole inhalar gases venenosos, inyecciones tóxicas, etc.). Pertenecen a esta modalidad el suicidio y el suicidio asistido, y la eutanasia prenatal o aborto eugénico. 2º Eutanasia *negativa*: es la muerte del paciente por medios indirectos, pasivos o negativos. El agente *deja de hacer* algo que permite proseguir la vida, *omite* practicar o seguir practicando un tratamiento activo. Tiene dos modalidades importantes: la *ortotanasia* (que es la interrupción u omisión de medios médicos proporcionados, ordinarios y normales; en esta categoría hay que colocar el moderno concepto de “versterving”⁴⁷⁸) y la *distanasia* (que es la interrupción u omisión

⁴⁷⁷ JUAN PABLO II, *Ibid.*

⁴⁷⁸ El término holandés “versterving”, de discusión muy viva en los últimos años del siglo XX (1998-1999) indica “el no comenzar, o interrumpir si ya se ha comenzado, con el consentimiento del paciente o de quien está a cargo de él, los cuidados de alimentación e hidratación. Técnicamente se trata de una eutanasia intencional (se la quiere y se la busca) pasiva (se omite hacer algo que se debe hacer). Quienes defienden el concepto de “versterving” aducían que tales cuidados (alimentación e hidratación) no son funciones médicas... En contra de ello debe-

de medios médicos desproporcionados, extraordinarios y extranormales, de gran envergadura; técnicamente no es eutanasia).

(c) Según la *intención* se distingue en directa e indirecta. Se considera eutanasia *directa* cuando la intención del agente es la de provocar la muerte, ya sea por homicidio o por suicidio asistido; no importa los fines o los medios. En cambio se llama *indirecta* o *lenitiva* a la que técnicamente no es eutanasia, pues consiste en realizar determinados actos (administración de sedantes, ciertas drogas) con un fin bueno (el disminuir el dolor del paciente), el cual tiene por efecto secundario el abreviar la vida del paciente.

(d) Según la *voluntad del paciente* se divide en voluntaria e involuntaria: la *voluntaria* es la solicitada por el paciente, ya sea por medios positivos o negativos; la *involuntaria* es la que se aplica a los pacientes sin su consentimiento.

2. Valoración moral

La eutanasia (exceptuadas la distanasia y la eutanasia lenitiva, que no son propiamente eutanasias) está comprendida en la calificación moral del *homicidio* y del *suicidio* directos. Concretamente, según las diversas modalidades, puede ser: solamente suicidio, solamente homicidio y al mismo tiempo suicidio y homicidio (suicidio asistido u homicidio consentido).

(a) Cuando es *sólo suicidio* pueden darse casos de moralidad subjetivamente atenuada por la desesperación y por perturbaciones psicológicas producidas por ciertas enfermedades terminales. Lo cual no quita la gravedad *objetiva* del hecho, aunque puede limitar (o anular en algún caso) la responsabilidad subjetiva de la persona que le ejecuta sobre sí misma.

(b) Cuando se trata de *suicidio asistido*, aun mediando “razones de piedad”, se añade el agravante de los lazos de parentela de quien asiste positivamente o consiente al suicidio del moribundo, o las obligaciones de justicia y deontología de quienes lo practican (es el caso de los médicos, enfermeros, etc.): “La eutanasia, aunque no esté motivada por el rechazo egoísta de hacerse cargo de la existencia del que sufre, debe considerarse como una falsa piedad, más aún, como una preocupante ‘perversión’ de la misma. En efecto, la verdadera ‘compasión’ hace solidarios con el dolor de los demás, y no elimina a la persona cuyo sufrimiento no se puede soportar. El gesto de la

mos decir que, tratándose de deberes fundamentales, nos hallamos ante un caso auténtico de eutanasia (cf. B. HONINGS, “Un nuovo termine medico in discussione”, *Medicina e Morale* 6 (1998) 1211-1217.

eutanasia aparece aún más perverso si es realizado por quienes –como los familiares– deberían asistir con paciencia y amor a su allegado, o por cuantos –como los médicos–, por su profesión específica, deberían cuidar al enfermo incluso en las condiciones terminales más penosas”⁴⁷⁹.

(c) Cuando se trata *sólo de homicidio*, la eutanasia presenta características particularmente agravantes y repugnantes: el cinismo de desembarazarse de los seres juzgados “sin valor”, la negativa de prestar servicio al que sufre, el pecado contra la justicia propio de todo homicidio, la calidad de indefenso del enfermo. Dice la *Evangelium vitae*: “La opción de la eutanasia es más grave cuando se configura como un homicidio que otros practican en una persona que no la pidió de ningún modo y que nunca dio su consentimiento. Se llega además al colmo del arbitrio y de la injusticia cuando algunos, médicos o legisladores, se arrojan el poder de decidir sobre quién debe vivir o morir. Así, se presenta de nuevo la tentación del Edén: ser como Dios *conocedores del bien y del mal* (Gn 3,5). Sin embargo, sólo Dios tiene el poder sobre el morir y el vivir: *Yo doy la muerte y doy la vida* (Dt 32,39; cf. 2Re 5,7; 1Sam 2,6). Él ejerce su poder siempre y sólo según su designio de sabiduría y de amor. Cuando el hombre usurpa este poder, dominado por una lógica de necedad y de egoísmo, lo usa fatalmente para la injusticia y la muerte. De este modo, la vida del más débil queda en manos del más fuerte; se pierde el sentido de la justicia en la sociedad y se mina en su misma raíz la confianza recíproca, fundamento de toda relación auténtica entre las personas”⁴⁸⁰.

Por todo esto, la eutanasia es un pecado:

(a) *Contra la sacralidad de la vida y contra el señorío divino*. Con la eutanasia, el hombre se proclama señor de la vida y de la muerte de sus semejantes: “Además, en el conjunto del horizonte cultural no deja de influir también una especie de actitud prometeica del hombre que, de este modo, se cree señor de la vida y de la muerte porque decide sobre ellas, cuando en realidad es derrotado y aplastado por una muerte cerrada irremediablemente a toda perspectiva de sentido y esperanza. Encontramos una trágica expresión de todo esto en la difusión de la eutanasia, encubierta y subrepticia, practicada abiertamente o incluso legalizada. Ésta, más que por una presunta piedad ante el dolor del paciente, es justificada a veces por razones utilitarias, de cara a evitar gastos innecesarios demasiado costosos para la sociedad. Se propone

⁴⁷⁹ JUAN PABLO II, *EV*, 66.

⁴⁸⁰ JUAN PABLO II, *Ibid*.

así la eliminación de los recién nacidos malformados, de los minusválidos graves, de los impedidos, de los ancianos, sobre todo si no son autosuficientes, y de los enfermos terminales. No nos es lícito callar ante otras formas más engañosas, pero no menos graves o reales, de eutanasia. Éstas podrían producirse 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”⁴⁸¹. Y más adelante: “Reivindicar el derecho al aborto, al infanticidio, a la eutanasia, y reconocerlo legalmente, significa atribuir a la libertad humana un significado perverso e inicuo: el de un poder absoluto sobre los demás y contra los demás. Pero ésta es la muerte de la verdadera libertad: *En verdad, en verdad os digo: todo el que comete pecado es un esclavo* (Jn 8,34)”⁴⁸².

(b) *Contra el sentido del dolor y de la muerte.*

(c) *Contra la tarea esencial de la medicina* (su aceptación conllevaría a la subversión de la tarea médica); “para un médico, el único éxito profesional es curar”.

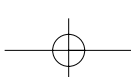
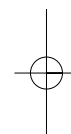
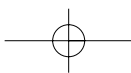
(d) *Contra la absoluta indisponibilidad de la vida humana.*

Por todo esto dice Juan Pablo II en la *Evangelium vitae*: “Hechas estas distinciones, 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. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal. Semejante práctica conlleva, según las circunstancias, la malicia propia del suicidio o del homicidio”⁴⁸³.

⁴⁸¹ JUAN PABLO II, *EV*, 15.

⁴⁸² JUAN PABLO II, *EV*, 20.

⁴⁸³ JUAN PABLO II, *EV*, 65.



CONCLUSIÓN FINAL

LA CULTURA DE LA VIDA

El 25 de marzo de 1995, Juan Pablo II publicaba la Encíclica *Evangelium vitae*, “el evangelio de la vida”. ¿Cuál es ese “evangelio”, es decir, “anuncio”, “buena nueva” de la vida, que la Iglesia está llamada a proclamar y defender? Esta buena nueva, que el hombre puede en parte alcanzar por su razón y en parte recibe por la Revelación (de modo particular en el Evangelio de Nuestro Señor Jesucristo) es que: esa realidad que goza todo hombre y toda mujer, la vida humana, es un don recibido de Dios; es una realidad sagrada que se desdobra en dos momentos: uno *terreno* que no es una realidad última sino penúltima pero es, sin embargo, una realidad sagrada ya en este momento, y como tal ha de ser custodiada con responsabilidad para hacerla fructificar para el segundo momento; ese segundo momento, en cambio, es *eterno*: la vida terrena del hombre está llamada a alcanzar una plenitud sobrenatural que consiste en participar en la vida misma de Dios; esta participación ya tiene comienzo en la vida terrena con la vida de la gracia (lo que aumenta su valor sagrado) pero culmina en la vida eterna con la visión de Dios cara a cara y con la participación de su misma vida en plenitud.

Además, es convicción de la Iglesia que “todo hombre abierto sinceramente a la verdad y al bien, aun entre dificultades e incertidumbres, con la luz de la razón y no sin el influjo secreto de la gracia, **puede llegar a descubrir** en la ley natural escrita en su corazón (cf. Rm 2,14-15): (a) el valor sagrado de la vida humana desde su inicio hasta su término, (b) y afirmar el derecho de cada ser humano a ver respetado totalmente este bien primario

suyo. En el reconocimiento de este derecho se fundamenta la convivencia humana y la misma comunidad política”⁴⁸⁴.

No se trata, pues, de una verdad ardua, reservada a pocos o alcanzable sólo por la revelación. ¿Por qué la Iglesia toma tan a pecho el drama que hoy se cierne sobre la vida humana? Porque “cada persona, precisamente en virtud del misterio del Verbo de Dios hecho carne (cf. Jn 1,14), es confiada a la solicitud materna de la Iglesia. Por eso, **toda amenaza a la dignidad y a la vida del hombre repercute en el corazón mismo de la Iglesia, afecta al núcleo de su fe en la encarnación redentora** del Hijo de Dios”⁴⁸⁵.

Para que este evangelio cale en nuestra sociedad, es necesario un cambio cultural. Y para que este cambio pueda darse, hace falta un gran esfuerzo crítico que comienza por nosotros mismos, los cristianos: “Muy a menudo los creyentes, incluso quienes participan activamente en la vida eclesial, caen en una especie de separación entre la fe cristiana y sus exigencias éticas con respecto a la vida, llegando así al subjetivismo moral y a ciertos comportamientos inaceptables. Ante esto debemos preguntarnos, con gran lucidez y valentía, qué cultura de la vida se difunde hoy entre los cristianos, las familias, los grupos y las comunidades de nuestras Diócesis. Con la misma claridad y decisión, debemos determinar qué pasos hemos de dar para servir a la vida según la plenitud de su verdad”⁴⁸⁶.

El programa del gran Pontífice del siglo XX se ha vuelto para nosotros urgente, y engloba dos pasos⁴⁸⁷:

El primero es la formación de la conciencia moral, especialmente:

(a) El redescubrimiento del nexo inseparable entre *la vida y la libertad*: son bienes tan inseparables que cuando se viola uno, se viola el otro. No puede haber libertad verdadera donde se destruye la vida, ni vida donde se quita la libertad. Y a su vez: la libertad llega a su plenitud cuando se sirve a la vida.

(b) El redescubrimiento del nexo inseparable entre *libertad y verdad*: no hay libertad sino dentro de la verdad, y la verdad es la que es enseñada por Dios en su Revelación y en la Revelación de su Ley.

⁴⁸⁴ JUAN PABLO II, *EV*, 2.

⁴⁸⁵ JUAN PABLO II, *EV*, 3.

⁴⁸⁶ JUAN PABLO II, *EV*, 95.

⁴⁸⁷ Cf. JUAN PABLO II, *EV*, 95-101.

El segundo paso es la educación en el valor de la vida:

(a) Partiendo desde las mismas raíces, es decir, ayudando a los jóvenes a comprender y vivir la sexualidad en su pleno significado. El Papa indicaba que en la raíz del desprecio de la vida uno de los factores más influyentes es la banalización de la sexualidad. No hay, por eso, respeto por la vida sin formación de la castidad.

(b) Apuntando a los esposos para educarlos en la procreación responsable, lo cual significa vivir la fecundidad con inteligencia y sometidos a los planes de Dios.

(c) Educando, finalmente, en el sentido del sufrimiento y de la muerte.

La vida está amenazada por las fuerzas del mal. La lucha entablada por la “cultura de la muerte” contra la “cultura de la vida” es algo que atraviesa toda la historia⁴⁸⁸. Sin embargo, también la esperanza atraviesa la historia humana, y esa esperanza está centrada en la Iglesia y en aquella que es su figura primordial: María santísima. Ella es Madre de la Vida. Ella ha conocido lo que es esa lucha, pues también Ella ha conocido el sufrimiento y el dolor. Ella es quien nos hace entender que la vida está siempre amenazada por el Maligno y la que nos hace comprender que “el rechazo de la vida del hombre, en sus diversas formas, es realmente rechazo de Cristo”⁴⁸⁹. Pero es Ella también la que nos guía hacia esa tierra donde ya *no habrá más muerte* (Ap 21,4) y la que nos ayuda a convertirnos en *hijos de la luz* (Ef 5,8), es decir, en hacedores de la cultura de la vida.

⁴⁸⁸ Cf. JUAN PABLO II, *EV*, 50.

⁴⁸⁹ JUAN PABLO II, *EV*, 104.