

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1995/4

**¿Cuál es el grado efectivo de protección del
profiláctico contra el VIH? – Principio de legítima
defensa y anticoncepción quirúrgica – La
reglamentación del ejercicio médico – Dignidad
humana, libertad y bioética – El dolor:
un enfoque humanístico –La ética del
procedimiento clínico**



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore, Roma

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Torres Quintero, Núm. 218-42
Iztapalapa, C.P. 09310, México, D.F.

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52760
México D.F. C.P. 11000
A.P. 10-844
Tels. 589-90-00 y 589-22-26, Ext. 227 y 228

Dirección y Redacción en Roma, Italia:
Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

Distribución
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac

México: 150 nuevos pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Universidad Anáhuac. Apartado Postal 10-844, México D.F. 11000

Medicina y Ética.
Número de Registro de Marca 427526
Certificado de Licitud de Título 6655
Certificado de Licitud de Contenido 6923
Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo 1009-93; control 22235
Impreso en México. *Printed in Mexico.*
ISSN 0188-5022

[039 0793]

Porte pagado.
Publicación periódica.
Registro 0390793.
Características 210451118.
Autorizado por SEPOMEX.

4

VOLUMEN VI NUMERO 4 OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1995

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

Adriano Bausola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel,

Corrector de redacción: Lic. Verónica Rodríguez Struck

Colaborador de Edición: Dr. Manuel Sánchez de Carmona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Víctor Espinosa
de los Reyes - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Carlos Campillo
Serrano - Dr. Horacio García Romero

INDICE

EDITORIAL	407
¿Cuál es el grado efectivo de protección del profiláctico contra el VIH? <i>K. April, R. Koster, F. Fantacci, W. Schreiner</i>	409
Principio de legítima defensa y anticoncepción quirúrgica. <i>Francisco-Cristóbal Fernández Sánchez</i>	439
La reglamentación del ejercicio médico. Problemas, alcances y perspectivas. <i>Octavio Casamadrid Mata, José Kuthy Porter Martha Tarasco Michel</i>	467
Dignidad humana, libertad y bioética. <i>Francisco Javier León Correa</i>	475
El dolor: un enfoque humanístico. <i>Jorge Mario Cabrera Valverde</i>	499
La ética del procedimiento clínico. <i>G. Federspil, C. Macor</i>	513
DOCUMENTACION	
Recensiones. <i>Vincenza Mele</i>	521

EDITORIAL

Con este número de MEDICINA Y ETICA llegamos al quinto año consecutivo de circulación. Con orgullo miramos el camino recorrido y los frutos recogidos en esta aventura editorial. Son ya veinte números publicados que, en su conjunto, han difundido iluminadores puntos de vista sobre el quehacer médico en el trato con pacientes, tratamiento e investigaciones científicas, realizados tanto por profesionales mexicanos como de diversas naciones. Gracias a ellos, los títulos aquí divulgados constituyen, en sí, un apreciable y nutrido compendio de lo que hoy se reflexiona y debate de cara a la búsqueda irrenunciable del bien del paciente, su familia y la sociedad.

Durante estos cinco años, MEDICINA Y ETICA ha intentado, a lo largo de sus publicaciones, difundir criterios y ahondar en los nuevos y apasionantes enigmas que enfrenta el área de la práctica médica.

Sin embargo, más que ir atesorando las revistas que publicamos — y servir así a futuros investigadores— nuestra labor intenta motivar la continua y consistente reflexión sobre la forma de servir mejor a la persona humana en todas sus dimensiones.

Invitar a que cada día sean más y más los destinatarios de nuestra revista sería, sin duda, minimizar nuestra función. Aunque no está de más renovar los esfuerzos por que aumenten nuestros suscriptores, pues el objetivo es ampliar nuestro radio de alcance y así enriquecernos con nuevos aportes. Nuestra motivación va más allá, pues los tiempos actuales exigen no sólo la recopilación y difusión de trabajos científicos o de reseñar metodologías que ayuden a buscar los límites éticos de nuestras acciones.

Lo que hoy nos apremia es transmitir con convicción el respeto hacia la dignidad de la persona, plasmado no sólo en un conjunto de normas

deontológicas. También, por qué no, busquemos con sinceridad que las leyes positivas que reglamentan el actuar de nuestra sociedad se iluminen también con estas reflexiones.

Es decir, al tiempo que médicos y científicos en general debaten y confrontan las inéditas realidades a las que las nuevas técnicas de investigación les han llevado, también es un deber el modernizar y actualizar las normas legales que protegerán, desde el Estado de Derecho, la vida de las personas.

Actualizar, informar y formar a los actuales y futuros legisladores es un desafío al que invitamos a todos los que involucra nuestra publicación, cuyo único fin es el de alcanzar, mancomunadamente, la Verdad y el Bien de la especie humana.



Queremos hacer presente nuestro reconocimiento a la segunda reunión de Institutos de Familia y Bioética, organizada por el Consejo Pontificio para la Familia: Card. Alfonso López Trujillo, Presidente del Consejo Pontificio para la Familia; Mons. Elio Sgreccia, Secretario, y Mons. Francisco Gil Hellin.

¿Cuál es el grado efectivo de protección del profiláctico contra el VIH?

*K. April, R. Koster, F. Fantacci, W. Schreiner**

Resumen

Dado que en muchas campañas para la prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (Human Immunodeficiency Virus [VIH]) el preservativo es presentado como el principal medio de impedir el contagio, el artículo se propone, mediante una revisión cuidadosa de la literatura específica, verificar lo que dicha afirmación tiene de científico.

Anteponiendo que muchas investigaciones son metodológicamente insuficientes por diversos motivos, los autores presentan los estudios considerados como más confiables, es decir, los llevados a cabo en parejas heterosexuales monógamas con un compañero seropositivo.

Se han analizado cuatro estudios. En aquellas parejas que han tenido abstinencia sexual no se encontró ninguna seroconversión. Esta, en cambio, se verificó hasta en el 22 por ciento de las parejas que usaron el profiláctico, y en el 86 por ciento en aquellas que no lo utilizaron. El índice de protección (relación porcentual entre las seroconversiones en las parejas con relaciones sexuales no protegidas y las seroconversiones en las parejas que utilizan el condón) indica un valor promedio de 5.

* Todos, de la Asociación Información-SIDA, que promueve la información sobre la infección por HIV, Zurich.

La hipótesis según la cual el profiláctico constituye una medida eficaz de prevención de la infección VIH no tiene valor científico. De todos modos, el uso habitual del condón reduce el riesgo de contagio por VIH. El índice de protección de 5 (valor promedio), de todos modos, parece insuficiente en presencia de una enfermedad infecciosa letal como el SIDA. Son recomendables principalmente medidas de prevención seguras: relación monógama entre compañeros no infectados por VIH, la prueba de IV con asesoría y cuidadosa selección del compañero (evitar contactos sexuales con sujetos VIH positivos).

En varios países del mundo están en curso campañas de propaganda para el uso del profiláctico como medio más práctico y seguro para la prevención primaria del contagio del *Human Immunodeficiency Virus* (VIH), responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).¹ Sin embargo, muchos médicos, y no sólo ellos, se preguntan si el profiláctico ofrece verdaderamente una protección suficiente y segura de la infección por VIH, dado que en la literatura especializada es considerado un anticonceptivo de segunda o tercera clase solamente.² No ofrece ni siquiera una protección adecuada de la transmisión de otras enfermedades sexualmente transmitidas (*Sexually Transmitted Diseases* [EST]).

En materia de protección efectiva del profiláctico contra las EST, analizando las publicaciones científicas, se comprueba que reduce la tasa de infección de las EST bacterianas en torno a un factor que oscila entre 2 y 10.³ Para las EST de naturaleza viral un grado semejante de protección no resulta de un modo unánime (Tabla 1).

El profiláctico ofrece, pues, sólo una protección relativa. Esta es la razón por la que se aconseja, en vez del preservativo, la abstinencia sexual para la protección de la pareja no infectada durante la fase contagiosa de las EST.⁵

Tabla 1

**Eficacia del profiláctico en la prevención de EST
(según Cates y Stone, 1992)⁴**

<i>Autor/año</i>	<i>Sujetos y lugar</i>	<i>EST examinadas</i>	<i>Utilización del condón y riesgo relativo* (95% IC)</i>
HOMBRES			
<i>Estudios transversales</i>			
Pemberton 1972	pacientes clínica EST hombres, Belfast	gonorrea uretritis no gonorréica	0.51 (0.33 - 0.80) 1.20 (0.90 - 1.59)
McCormack 1973	estudiantes Colleges, hombres,	colonias uretrales de micoplasmas T	0.33 (0.16 - 0.68)
Barlow 1977	pacientes clínica EST, hombres, Londres	gonorrea uretritis no gonorréica	0.25 (0.11 - 0.59) 0.85 (0.69 - 1.07)
<i>Estudios de cohorte</i>			
Hart 1974	soldados australianos Vietnam	datos anamnésticos de EST	0.00
Hooper 1978	marineros americanos Extremo Oriente	gonorrea	0.00

Darrow 1989	pacientes clínica EST California	gonorrea	0.34 (0.10 - 1.13)
MUJERES			
<i>Estudios transversales</i>			
Oborle 1989	Verificación de los estu- dios de los casos de control	AC virus herpes 2	0.60 (0.40 - 0.80)
<i>Estudios sobre casos de control</i>			
Austin 1984	pacientes clínica EST, Alabama	gonorrea	0.87 (0.64 - 1.19)
Syrjanen 1984	pacientes hospital fe- menino, Finlandia	infección cervical HPV	1.35 (0.72 - 2.78)
Rosenberg 1992	pacientes clínica EST Colorado	gonorrea cervical tricomoniasis vaginal infección cervical por clamidia vaginitis bacteriana	0.66 (0.52 - 0.84) 0.70 (0.50 - 1.10) 0.97 (0.60 - (1.45)) 1.11 (86 - 1.45)
Keleghan 1982	internados en clínica EEUU	salpingitis	0.6 (0.4 - 0.9)

Cramer 1987	pacientes en clínica para infertilidad	infertilidad tubárica	0.70 (0.55 - 0.89)
<i>Estudios de Cohorte</i>			
Cameron 1991	prostitutas pacientes clínica EST, Kenia	úlceras genitales (relativo a la infección VIH)	0.18 (0.10 - 0.88)

Leyenda: IC = intervalo de confiabilidad; EST = enfermedades de transmisión sexual; HPV = *Human Papilloma Virus*.

* El riesgo relativo resultaba del porcentaje de contagio de quien hacía uso del profiláctico y del porcentaje de quien no lo usaba.

Sin embargo, el embarazo no deseado o las enfermedades sexuales clásicas no se prestan muy bien a un parangón con la infección por VIH: los métodos de prevención para evitar un contagio por VIH son juzgados teniendo presente los riesgos residuos inherentes a ellos, en presencia de una enfermedad con un grado elevadísimo de letalidad y una fase infectiva de duración muy larga.⁶ Los criterios de confiabilidad de las medidas preventivas contra una transmisión del virus VIH deberían ser mucho más severas que para los comunes anticonceptivos u otras medidas de protección de las EST. Con base en estimaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud⁷ actualmente el 75 por ciento de las infecciones por VIH en el mundo son imputables a las relaciones heterosexuales. En el futuro esta vía de transmisión resultará cada vez más relevante, incluso en los países industrializados de Occidente.⁸ Según un estudio de los *Centers for Disease Control* (CDC), en 1990 el 55 por ciento de los seropositivos en las clínicas para EST de Miami (Florida) han sido contagiados por vía heterosexual.⁹ Estas cifras demuestran que también en la prevención del VIH habrá que prestar mayor atención al contagio por vía heterosexual.

Con referencia a numerosas publicaciones se presentará, a continuación, el estado actual de los conocimientos en relación con el grado de protección efectivo del profiláctico de una infección por VIH. Después de discutir los problemas metodológicos presentaremos los resultados de las investigaciones más significativas, las cuales se refieren a parejas heterosexuales monógamas con un compañero seropositivo. Se discutirá luego sobre el valor que hay que atribuir al profiláctico en la labor de prevención del VIH, así como las recomendaciones preventivas individuales.

Reflexiones metodológicas

De los estudios sobre la eficacia del profiláctico como anticonceptivo o como medio de protección de las enfermedades sexuales clásicas resulta una amplia gama de posibilidades (véase Tabla 1). Estas revelan, sin embargo, problemas metodológicos de fondo que hasta ahora no han encontrado una solución adecuada.

Estas y otras dificultades de método aparecen también en las investigaciones sobre la protección efectiva del profiláctico para impedir la transmisión del virus VIH. Indicamos a continuación estas dificultades: 1) los experimentos *in vitro* dan únicamente indicaciones sobre la calidad del material y de la producción, así como sobre la permeabilidad del profiláctico al virus; 2) los datos sobre la frecuencia del recurso al profiláctico, y sobre su uso correcto, son obtenidos de los datos anamnésticos y no tienen, por tanto, objetividad científica. Faltan, en general, indicaciones sobre por qué el profiláctico ha resultado inútil (custodia en un lugar adecuado y además la fecha de caducidad; laceración al abrir el envase o rotura al poner el profiláctico; uso incorrecto u olvido a causa de la excitación sexual o sobre todo del influjo del alcohol o de la droga); 3) determinadas investigaciones no pueden llevarse a cabo por motivos éticos, si se considera la elevada letalidad de la infección por VIH. Hay que excluir, por ejemplo, un estudio comparativo prospectivo con sujetos que se presten a relaciones sexuales con seropositivos, con y sin profiláctico. Estudios de este tipo resultan problemáticos, bajo el perfil ético, incluso en regiones con alta prevalencia de VIH;¹⁰ 4) para poder establecer con precisión el grado de protección del profiláctico habría

que excluir potenciales vías de transmisión secundarias —por ejemplo el beso profundo¹¹ o la relación oral-genital (cunilingo)¹²—; 5) para diagnosticar la infección por VIH disponemos de pruebas de los anticuerpos de alta sensibilidad y especificidad. Para el diagnóstico subsiste, sin embargo, un margen de inseguridad debido a la posibilidad de decurso silencioso de la infección en sus inicios (llamado período ventana). Reina también la incertidumbre en cuanto al período de seroconversión. Algunos estudios que referían ventanas diagnósticas de varios años —con base sobre todo en análisis mediante la *Polymerase Chain Reaction* (PCR)¹³— han sido luego redimensionados.¹⁴ Se puede suponer que cuando son inoculadas cantidades modestas de virus —como en el caso de la transmisión sexual— se necesita más tiempo para que se formen anticuerpos;¹⁵ 6) investigaciones confiables respecto del grado de protección del profiláctico de una infección por VIH deberían cubrir un período de tiempo de muchos años (véase también los puntos 5 y 8) desde el primer contacto con un seropositivo; 7) con frecuencia se hacen investigaciones en grupos de personas con comportamientos de riesgo, como por ejemplo las prostitutas o personas de elevada promiscuidad. Sin embargo, no se sabe si han tenido relaciones sexuales con seropositivos y con cuántos. Una prueba de VIH negativa de un sujeto bajo observación puede significar, simplemente, que no se ha tenido contacto con seropositivos. Se atribuiría así erróneamente al profiláctico un efecto protector. Esta reserva es obligada sobre todo en zonas con baja prevalencia de VIH; 8) es difícil establecer el grado de contagiosidad en un seropositivo, puesto que varía con la evolución de la enfermedad. Al día de hoy no se ha establecido todavía por qué algunas personas resultan contagiadas después de una sola relación sexual,¹⁶ mientras otras siguen siendo seronegativas incluso después de repetidas relaciones con un seropositivo durante ocho años.¹⁷ Probablemente esto se explica por las múltiples variantes del virus que se diferencian incluso en la virulencia. Según una hipótesis, avalada por muchos indicios, el virus VIH cambia constantemente en el mismo sujeto y con el tiempo se desarrollan mutantes con un grado más elevado de infectividad. Esto parece depender además de las dimensiones de la viremia,¹⁸ de tal manera que posiblemente casi siempre el elevado grado inicial de infectividad (viremia en ausencia de anticuerpos) tiende a bajar después de la formación de anticuerpos. Volverá a subir, sin embargo, al paso del

tiempo, cuando aumente la viremia y disminuya el número de células CD4⁺.¹⁹

De lo expuesto hasta aquí se puede deducir que las investigaciones más confiables sobre el grado de protección del profiláctico de una infección por VIH son las llevadas a cabo en parejas monógamas heterosexuales con un compañero seropositivo, en cuanto que: *a*) se conoce el estado serológico del compañero; *b*) es un solo compañero sexual; *c*) declaraciones de un compañero son confirmadas por los datos anamnésticos del otro compañero; *d*) los datos anamnésticos relativos a los comportamientos sexuales y al uso del profiláctico son más confiables que los concernientes a personas de alta promiscuidad; *e*) el estadio de la enfermedad por VIH del compañero sexual es a menudo conocido, lo que permite indirectamente una evaluación de su contagiosidad.

El profiláctico como medio de protección de una infección por VIH

El grado de protección del profiláctico debe ser examinado bajo dos aspectos: primero, la calidad del profiláctico *a) in vitro*, esto es, en las condiciones de laboratorio, y *b) in vivo*, es decir, en el uso práctico; segundo, el grado de protección de una infección por VIH ofrecido por el uso regular del profiláctico.

Estudios sobre la calidad del profiláctico

Los estudios *in vitro* proporcionan información relativa a la calidad del material. Los estudios *in vivo* permiten, además, comprobar la frecuencia de errores en el uso, así como la calidad del profiláctico en la práctica.

a) In vitro. Algunos estudios *in vitro* evidencian la impermeabilidad del profiláctico de látex al virus VIH y a otros agentes patógenos de las EST.²⁰ Estos resultados han sido puestos en duda —entre otras instancias, en la V Conferencia Internacional sobre el SIDA, en Montreal— después de haber constatado, bajo condiciones fisiológicas, la permeabilidad aun de los profilácticos de marca, con partículas (microesferas) de dimensiones mucho mayores que el VIH (seis profilácticos entre 69).²¹ Gordon²² llega a la conclusión que los actuales métodos de control

de los profilácticos no son suficientes para excluir su permeabilidad a los virus. Los profilácticos están sometidos a controles electrónicos de rutina para comprobar que no estén perforados, y a la prueba de estallido para verificar su resistencia. En Estados Unidos y en Suiza, donde rigen severas normas de calidad, se admiten sólo profilácticos de alta resistencia (se tolera como máximo el estallido de uno entre 250 profilácticos).²³ En el resto del mundo hay más tolerancia. Los defectos del material y de fabricación giran, pues, en torno a pocas unidades por mil.

b) *In vivo*. El porcentaje de resultados no satisfactorios en el uso práctico del profiláctico se debe a una utilización equivocada y a los defectos del material. Sin embargo, en la práctica es imposible distinguir entre estos dos factores. El uso incorrecto tendrá una parte relevante para los principiantes. La Tabla 2 recoge las investigaciones sobre el porcentaje de resultados negativos de personas expertas en el uso del profiláctico.

Una amplia investigación norteamericana sobre la eficacia de los diversos anticonceptivos ha demostrado lo que sigue: el porcentaje de resultados no satisfactorios (embarazo no deseado) entre los jóvenes en el primer año de uso del preservativo asciende al 15 por ciento, mientras entre los experimentados en su utilización llega al 2 por ciento.²⁴ Este porcentaje no parece poder descender sensiblemente por debajo del 1 por ciento, incluso en el caso de personas con experiencia superior a la media debida al alto grado de promiscuidad y a la frecuencia de las relaciones sexuales.

Tabla 2

Investigaciones "in vivo" sobre la incidencia de laceraciones o roturas del profiláctico

<i>Autor/año</i>	<i>Sujetos</i>	<i>Tipo de relación sexual</i>	<i>Relaciones en cifras</i>	<i>Resultados</i>
Richters et al. 1988 ²⁶	4 prostitutas 30 prostitutos	vaginal anal	605 664	0.8% lacerados 0.8% lacerados

Gotzsche y Hording 1988 ²⁷	25 prostitutas personal sanitario, 15 entre hombres y mujeres	vaginal vaginal	250 135	5% lacerados
Golombok et al., 1989 ²⁸	42 homosex. (hombres)	anal	818	3.7 % lacerados
	44 homosex. (hombres)	anal	ca. 800	3.8% salidos
Tindall et al. 1989 ²⁹	ca. 350 homosexuales (hombres/ mujeres)	anal	?	5-7% lacerados
De Vincenzi et al. 1991 ³⁰	heterosexuales (hombres/ mujeres)	vaginal	3401	1.08% lacerados
	prostitutas	vaginal	4768	0.8% lacerados
	homosexuales (hombres)	anal	1617	5.1% lacerados
	heterosexuales (hombres/ mujeres)	anal	246	7.1% lacerados

La protección efectiva del contagio por VIH recurriendo al profiláctico

Los estudios más confiables en relación con el grado efectivo de protección que presenta el profiláctico del contagio por VIH están constituidos por las investigaciones en parejas monógamas con un compañero seropositivo. En la Tabla 3 figuran investigaciones que se

acercan a este modelo ideal de estudio. En cuatro investigaciones, entre las 14 referidas,²⁵ se confrontaron en cada caso tres parejas monógamas con compañero seropositivo: parejas que practican la abstinencia sexual, parejas que hacen regularmente uso del profiláctico y parejas con relaciones sexuales no protegidas. En nueve investigaciones se confrontaron únicamente personas que usaban siempre el profiláctico y otras que no lo usaban nunca. Una investigación, finalmente, indica sólo la tasa de seroconversión de todos los sujetos que participaron en el estudio, sin una ulterior subdivisión.³¹

Algunas observaciones:

a) *Parejas que practican la abstinencia sexual.* En las parejas con compañero seropositivo que se abstienen de las relaciones sexuales no se registra un solo caso de seroconversión en ninguna de las investigaciones. El porcentaje de las parejas que han optado por la abstinencia completa, después de conocer el diagnóstico de infección por VIH, giraba en torno al 11-25 por ciento. Estas cifras concuerdan con todos los casos de estudio en Estados Unidos, en Europa y en Africa y no están, pues, condicionadas por factores culturales.³²

b) *Parejas que usan regularmente el profiláctico.* En estos grupos, el porcentaje de seroconversión oscila entre el 0 y el 22 por ciento por períodos de observación comprendidos entre seis meses y tres años. No es posible establecer una relación entre la duración del período de observación y el porcentaje de seroconversión.

c) *Parejas que tienen relaciones sexuales no protegidas.* El porcentaje de seroconversiones se sitúa en este caso entre el 0 y el 86 por ciento. Ni siquiera aquí es posible establecer una relación entre la duración de la observación y el porcentaje de seroconversión.

d) *El índice de protección.* Para calcular el índice de protección a través del uso del profiláctico se dividirá el porcentaje de seroconversiones en las parejas con relaciones sexuales no protegidas por el porcentaje de seroconversiones en las parejas que hacen uso del profiláctico. Entre las investigaciones efectuadas, sólo dos³³ proporcionan, sin embargo, indicaciones sobre el número de relaciones sexuales y sobre el grado de contagiosidad del compañero. El cálculo del índice de protección debe ser aceptado con reserva. La Tabla 3 indica que, en diez de cada 14

investigaciones, el uso regular del profiláctico en las relaciones sexuales de parejas con compañero seropositivo lleva a una disminución del riesgo de transmisión del VIH. El índice de protección en las investigaciones citadas oscila entre 1 (el porcentaje de seroconversión entre quien hace uso del profiláctico y quien no hace uso de él es inexistente) y >10 (investigaciones de las que no resulta seroconversión alguna para quien utiliza el profiláctico, al contrario de quien no hace uso de él). El valor promedio de estos índices de protección es en todas las investigaciones de 5.

e) *Disponibilidad al uso del profiláctico.* En ocho de las 14 investigaciones se puede calcular el porcentaje de las parejas que usan a menudo o en toda circunstancia el profiláctico (>50 por ciento). En tres investigaciones multicéntricas, con un número elevado de sujetos observados,³⁴ respectivamente el 12 por ciento, 15 por ciento, el 50 por ciento de las parejas usaron el profiláctico en más del 50 por ciento de las relaciones sexuales. En las investigaciones con un número menor de sujetos³⁵ el porcentaje oscilaba entre el 18 por ciento y el 51 por ciento. Finalmente, De Vincenzi et al.³⁶ hablan de 24 parejas (igual al 4 por ciento de todos los sujetos observados en las investigaciones) que hicieron uso constante del profiláctico desde la primera relación sexual.

Discusión

Problemas metodológicos

La respuesta a nuestro interrogante se hace más ardua sobre todo respecto de los problemas metodológicos, de manera que la relevancia de las investigaciones hasta aquí llevadas a cabo a propósito del grado efectivo de protección de los profilácticos contra una infección por VIH es más o menos limitada. En muchas investigaciones el grado de protección del profiláctico contra el contagio viral es tratado sólo marginalmente y faltan, por tanto, datos precisos. Pero incluso allí donde el problema de la seguridad del profiláctico ocupa el centro del interés y se dispone de un número muy considerable de casos, es posible hacer a veces sólo afirmaciones de alcance limitado a propósito de la eficacia del profiláctico, como ponen en evidencia los dos casos siguientes.

Muchas investigaciones no permiten distinguir entre los diversos factores que inciden en la evolución del contagio. Tuliza et al., por ejemplo, distribuyeron regularmente profilácticos a 434 prostitutas de Kinshasa (Zaire) y cuidaron al mismo tiempo las frecuentes y recurrentes EST. En el período bianual de observación pudieron registrar una regresión del porcentaje anual de seroconversiones VIH del 18 por ciento al 3 por ciento. Puesto que las EST constituyen un importante factor de riesgo para la transmisión del VIH, no sabemos en qué medida el efecto positivo observado haya que atribuirlo al uso del profiláctico o por el contrario al tratamiento de las EST o quizás a otros factores.³⁷

Los problemas metodológicos pueden replantearse incluso en presencia de cifras muy altas de casos examinados, como se evidencia en una investigación en más de 18,000 pacientes. McCray y Onorato, de los CDC, han estudiado el porcentaje de infecciones por VIH en relación con el uso del profiláctico y con el número de compañeros.³⁸ De los 18,616 pacientes hospitalizados en 39 clínicas para EST., 13,744 no se habían expuesto a un particular riesgo de infección por VIH, con base en la anamnesis, sino que habían tenido únicamente relaciones heterosexuales. El porcentaje de infecciones de estos pacientes era del 0.8 por ciento y no dependía, como era de esperarse, del número de compañeros o del uso del profiláctico. En el caso de los pacientes que, aun teniendo una relación de pareja estable, admitieron otros contactos sexuales con varios compañeros, la prevalencia de VIH resultaba paradójicamente más elevada (0.9 por ciento) entre quienes habían hecho uso del profiláctico que entre quienes lo habían utilizado esporádicamente (0.7 por ciento). Consideradas las insuficiencias metodológicas —faltan por ejemplo datos sobre la frecuencia de las relaciones sexuales— es prácticamente imposible deducir de estas cifras una clara indicación en cuanto a la eficacia protectora del profiláctico.

Investigaciones en parejas monógamas con compañero seropositivo

En la tabla sinóptica se refieren únicamente investigaciones sobre la evolución del contagio en las parejas monógamas heterosexuales con compañero seropositivo (Tabla 3), puesto que en su caso ciertos problemas metodológicos fundamentales resultaron disminuidos (la incertidumbre, por ejemplo, en cuanto a los datos anamnésicos) o pudieron estar ex-

cluidos (ignorancia del estado VIH del compañero sexual, por ejemplo). No obstante esto, se dan notables incertidumbres de método:

1) En general, no es posible indicar el momento preciso del contagio por VIH de las personas de referencia, como tampoco de los compañeros infectados. Pero sobre todo, no se habla en ninguna investigación del momento exacto del contagio de todos los sujetos en observación, y menos aún del momento en que comenzaron a usar el profiláctico. No sabemos, por tanto, si hubo relaciones sexuales no protegidas con un compañero ya contagiado por VIH, ni la frecuencia y la duración de tales relaciones. Sólo De Vincenzi et al.³⁹ hablan de 24 parejas con compañero seropositivo que usaron siempre el profiláctico desde la primera relación sexual. Para estas parejas no se observó ninguna transmisión del virus VIH. Faltan indicaciones sobre la duración de la relación así como de la frecuencia de las relaciones sexuales (dos relaciones sexuales en el curso del último año constituían el criterio mínimo para los fines de la investigación).

2) Sólo pocas investigaciones proporcionan información indirecta sobre el grado de contagiosidad (estadio de la enfermedad, posibilidad de cultivo del virus).

3) Las investigaciones referidas por nosotros están enfocadas de manera notablemente diferente, de modo que no se prestan bien a la confrontación. Baste considerar que los pacientes de las investigaciones más recientes fueron sometidos a un tratamiento con azidotimidina (AZT), al contrario de los pacientes de investigaciones anteriores; que los períodos de seguimiento fueron muy diversos; que los resultados de las investigaciones están documentados de manera incompleta: no se indican, por ejemplo, las cifras absolutas.

4) En las investigaciones se utilizaron métodos de diagnóstico para la prueba de varia sensibilidad (prueba VIH para los anticuerpos, PCR, prueba VIH de los antígenos, cultivo del virus). Hewlett et al.⁴⁰ examinaron sus sueros tanto con la prueba VIH como con la prueba PCR.

Entre las 21 compañeras femeninas de hemofílicos seropositivos, que resultaron negativas a la prueba VIH para la búsqueda de anticuerpos, los autores diagnosticaron una infección por VIH en once casos (52 por ciento) con la prueba PCR. En el caso de las dos mujeres positivas a la prueba PCR y entre quienes utilizaron el profiláctico no se encontraron anticuerpos VIH. Si se consideran sólo los resultados de la prueba VIH

de los anticuerpos, el profiláctico tendría un buen grado de protección (0 por ciento de seroconversión). Si se consideran en cambio los resultados de la prueba PCR, el profiláctico no tiene sino un efecto protector modesto (22 por ciento de seroconversiones).

Tabla 3

Investigaciones sobre el desarrollo de la infección por VIH de parejas con compañero seropositivo que recurrieron o no al profiláctico

<i>Autor/año</i>	<i>Investigación</i>	<i>Uso del condón</i>	<i>Contagio del compañero</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>IP</i>
Fischl et al. 1987 ⁴¹	seroconversión VIH-AC de 32 compañeros de seropositivos en 15 meses	abstinencia sí no	0/8 1/10 12/14	0 10 86	9
Fischl 1988 ⁴²	seroconversión VIH-AC de 58 compañeros de seropositivos	abstinencia sí no	0/13 3/23 14/22	0 13 64	5
Smiley et al. 1988 ⁴³	test antígenos VIH o cultivo virus para 18 de hemofílicos seropositivos	sí no	1/9* 2/9	11 22	2

Laurian et al.** 1988 ⁴⁴	seroconversiones de 31 compañeros de hemofílicos seropositivos	si no	0/14 3/17	0 17	>10
Hewlett et al.** 1988 ⁴⁵	resultados PCR para 26 compañeros de hemofílicos seropositivos	si no	2/9 14/17	22 827	4
Lawrence et al.** 1989 ⁴⁶	seroconversión VIH-AC de 38 compañeros de hemofílicos seropositivos (1984-1987)	siempre raramente no	1/7 1/6 3/25	14 17 12	1
Feldblum et al. 1990 ⁴⁷	seroconversión VIH-AC de 85 compañeros de hemofílicos seropositivos en ½ año	porcentaje semestral de seroconversiones			
		9.4% (73% uso profiláctico), 10.5% no uso del profiláctico			

Feldblum et al. 1991 ⁴⁸	seroconversión VIH-AC de 98 compañeros de hemofílicos seropositivos en 13 meses	porcentaje de seroconversiones: 3.5 por 100 años-pareja (siempre), 10.1 por 100 años-pareja (uso intermitente)				3
Kamenga et al. 1991 ⁴⁹	seroconversión VIH-AC de 149 compañeros en 15 meses	porcentaje de seroconversión: 3.1 por 100 años-pareja (70% uso regular del profiláctico)				?
Lazzarin et al. 1991 ⁵⁰	seroconversión VIH-AC de 368 compañeros de seropositivos (hombres, retrospect.)	a menudo o siempre intermitente nunca	5/54 10/53 84/26 1	9 19 32		5+
Moore et al. 1991 ⁵¹	seroconversión VIH-AC de 161 parejas con compañero seropositivo, seguimiento 1 año (promedio)	abstinencia si intermitente no	0/40 0/23 0/?	0 0 0		?
Papetti et al. 1991 ⁵²	seroconversión VIH-AC	aumento del factor				2.5

	de 88 pa- rejas con compañero seropositivo (estudio retrospectivo)	tor de riesgo 2.5 por no uso del profiláctico (análisis de multivarianza, p=0.0018)			
De Vincenzi et al. 1992 ⁵³	seroconver- sión VIH-AC de 563 pa- rejas dis- cordantes (prospect., retrospect.)	siempre > >50% <50%	0/24 6/44 95/49 5	0 14 19	>10
Saracco 1993 ⁵⁴	seroconver- sión VIH-AC de 343 com- pañeros de seropositi- vos en 24 meses (pros- pect.)	abstinen- cia siempre intermi- tente nunca	0/38 3/171 8/55 8/79	0 2 15 10	5

Leyenda: n.d.= ningún dato; PCR= *Polymerase Chain Reaction*; IP= índice de protección (seroconversión con profiláctico/seroconversión sin profiláctico).

* Vía de transmisión incierta por la presencia de punciones de aguja.

** La mayor parte de los sueros de los sujetos estudiados por Laurian et al. 1988 fueron revisados por Hewlett et al. en 1990 con el método PCR.

+ Odds ratio 0.2 (95% intervalo de confiabilidad 0.1 - 0.5); una parte de estos sujetos se incluyó en la investigación de Saracco.⁵⁵

Grado de protección del profiláctico contra la transmisión del VIH

a) *Errores en el uso.* Una cuestión muy debatida en relación con la protección que el profiláctico ofrecería respecto del VIH es su uso incorrecto. Algunos autores creen poder reducir el porcentaje de resultados negativos a un riesgo residual aceptable al excluir los errores en el uso práctico del profiláctico. Varias investigaciones sobre los errores cometidos en el manejo del profiláctico —llevadas a cabo en prostitutas y homosexuales— indican un porcentaje de errores del orden del 1 por ciento aproximadamente (entre 0.5 y el 6 por ciento). Puesto que en estos grupos de estudio la frecuencia de las relaciones sexuales y del cambio de pareja es elevada, pero es igualmente elevado el grado de información, la cifra citada es difícilmente susceptible de una ulterior reducción. Si se considera que el recurso al profiláctico se hace en situación de estrés emotivo, resulta evidente que siempre se verificarán errores. Por esta razón, también parece discutible, bajo el perfil ético, limitar la prevención del VIH a la recomendación de ejercitarse en el uso del profiláctico, especialmente si está dirigida a los jóvenes. Probablemente muchos jóvenes se habrán infectado con el VIH antes de haber adquirido una cierta experiencia en el uso del profiláctico.⁵⁶ Además, no hay que descartar del todo los defectos de fabricación. Incluso ante normas de calidad severísimas debe ser autorizada la venta de profilácticos que —en la medida de uno entre 250— no superan la prueba del estallido y por motivos técnicos inherentes a la producción este porcentaje no puede ser reducido.

b) *Reducción del riesgo en las parejas con un compañero seropositivo.* El método más eficaz de prevención para las parejas con un compañero seropositivo es obviamente la abstinencia de las relaciones sexuales. En las parejas que practican la abstinencia sexual no se registra ningún caso de transmisión de virus. Esto coincide con el hecho conocido de que es improbable el contagiarse en las relaciones sociales comunes con los seropositivos.⁵⁷ Desde que hace poco tiempo se ha dado a conocer una infección por VIH en los contactos domésticos (contacto con sangre) como vía de transmisión, se aconseja atenerse a las normas de higiene normales: no usar la misma rasuradora eléctrica ni el mismo cepillo de dientes.⁵⁸ Aproximadamente una quinta parte de las parejas con compa-

ño seropositivo decide, espontáneamente, abstenerse de tener relaciones sexuales. Si confrontamos estas parejas con otras, también con un compañero seropositivo que hacen uso de profilácticos, se comprueba, ante todo y sin posibilidad de equívoco, que entre estas últimas se dan casos de contagio por VIH. De las investigaciones aquí reseñadas no se puede deducir cuánto aumenta el riesgo en general. Lo más que se puede afirmar es que el porcentaje de transmisión del contagio VIH resulta, en líneas generales, cinco veces inferior en las parejas que hacen uso regular del profiláctico que en las parejas que tienen relaciones sexuales no protegidas. La eficacia protectora del profiláctico contra el contagio por VIH es más o menos la misma que la que ofrece contra otras enfermedades sexualmente transmisibles.

Para darse una idea del índice de magnitud del riesgo de infección, algunos autores —igual que el Índice Pearl— indican la incidencia de contagio por VIH por 100-pareja. En cuanto al método, se observará que en este caso no se considera la frecuencia de las relaciones sexuales. Feldblum⁵⁹ ha publicado un compendio de investigaciones africanas e italianas (Tabla 4). Sin embargo indica solamente en su propia investigación los porcentajes de contagio para aquellos que hacen uso regular del profiláctico (3.5 por 100 años-pareja) y para quienes no lo utilizan (10.1 por 100-pareja). La probabilidad de transmisión del virus para las parejas con compañero seropositivo que usan el profiláctico es, por tanto, del mismo orden de magnitud de las probabilidades de concepción a pesar del uso del profiláctico. El Índice Pearl da un valor entre 2 y 15 (en promedio entre 3 y 4) sobre el uso del profiláctico como anticonceptivo.⁶⁰

Conclusiones

Las investigaciones más confiables bajo el aspecto metodológico muestran que —con base en los porcentajes de seroconversiones de quien usa regularmente el profiláctico respecto de quien no lo usa— el índice de protección del profiláctico contra una infección por VIH gira en torno a 5.

Tabla 4

**Investigaciones sobre la infección por VIH con compañero seropositivo:
número de infecciones por 100-pareja (1-5 según Feldblum 199161)***

<i>Autor/año</i>	<i>Período de observación (meses)</i>	<i>% Sero-conversión</i>	<i>(95% IC)</i>	<i>% Infección/100 años-pareja</i>
Chirianni et al. 1989 ⁶²	14	2/28	7 (2-23)	6
Tice et al. 1990 ⁶³	10	3/46	7 (2-18)	7.5
Saracco 1990 ⁶⁴	8	6/158	4 (2-8)	5.6
Kamenga et al. 1991 ⁶⁵	15	6/149	4 (2-9)	3.1
Feldblum 1991 ⁶⁶	13	9/89	9 (5-17)	8.3 (promedio) 3.5: siempre profiláctico 10.1: uso intermitente
Saracco 1993 ⁶⁷	24	19/305 3/171 8/55 8/79 0/38	6 2 15 10 0	3.9 (promedio) 1.1 (siempre profiláct.) 9.7 (uso intermitente) 5.7 (nunca profiláct.) 0 (abstinencia sexual)

Leyenda: IC= Intervalo de confiabilidad.

* Los porcentajes de infección no tienen en cuenta, salvo en el caso de Feldblum⁶⁸ y Saracco 1993,⁶⁹ el uso o no del profiláctico.

En presencia de una enfermedad sexualmente transmisible con una letalidad muy elevada, el grado de protección del profiláctico debe considerarse insuficiente, especialmente si se recomienda como el único o el más importante medio de prevención. Nuestra lectura de las pruebas especializadas confirma lo que ya se deducía de anteriores trabajos comparativos,⁷⁰ esto es, que la difundida hipótesis según la cual el profiláctico constituye una medida eficaz de prevención contra la infección por VIH no tiene valor científico.

Indudablemente, incluso las investigaciones más confiables que hemos referido en parejas con compañero seropositivo están viciadas por notables errores de método. Sin embargo, permiten sacar conclusiones suficientemente seguras en cuanto a las recomendaciones en materia de prevención del VIH. Por otra parte, los problemas de principio metodológicos y éticos, inherentes a las investigaciones sobre la eficacia protectora del profiláctico contra la infección por VIH, no podrían circunscribirse después en forma decisiva, o incluso eliminarse, aun cuando fuera posible—invirtiendo más recursos—mejorar el nivel de las investigaciones. Desde nuestro punto de vista, nuevas investigaciones sobre el grado de protección del profiláctico de la infección por VIH no tienen ninguna relevancia práctica. Lo demuestra el hecho de que, en 1988, el gobierno de Estados Unidos suspendió el financiamiento de una investigación de la Universidad de California sobre la eficacia del profiláctico como medio para impedir la difusión del SIDA. Fue decisivo el temor de que el profiláctico, dado el elevado porcentaje de seropositivos entre los homosexuales, no ofreciera una protección adecuada a los participantes en la investigación.⁷¹

Prevención del VIH

La pandemia de VIH ha alcanzado tales dimensiones a nivel mundial (la Organización Mundial de la Salud calcula en 40 millones el número de seropositivos en el año 2000⁷²) que hay que poner en marcha las medidas preventivas posibles para contener el fenómeno: *a)* medidas epidemiológicas (investigaciones sobre la incidencia y la prevalencia, obligación de declaración, información del compañero, higiene hospitalaria, etcétera); *b)* investigación de vacunas y de medicamentos; *c)* prevención

individual (información sobre la infección y la prevención, prueba del VIH con asesoría, fidelidad, elección cuidadosa del compañero —evitar contactos sexuales con seropositivos—, profilácticos —con las limitaciones señaladas en este estudio—, reducción de la promiscuidad y de las prácticas sexuales con riesgo, etcétera).

Hay que insistir en todos los puntos que acabamos de mencionar. Dar mayor importancia a uno de ellos solamente, creyendo resolver el problema apuntando exclusivamente al uso del profiláctico —o bien a la prueba del VIH, o a la información del compañero, a la obligación de declaración nominativa o a la administración de metadona a los toxicodependientes— no podrá satisfacer las exigencias de una auténtica y eficaz prevención del VIH.⁷³ La recomendación del profiláctico no es sino una medida preventiva entre otras más a las que hay que recurrir y que está marcada por todas las limitaciones que hemos recordado.

Por lo que concierne al valor del profiláctico en la prevención individual, hacemos nuestra la opinión diferenciada de las autoridades sanitarias estadounidenses, los CDC, de 1988.⁷⁴ Las únicas estrategias de prevención verdaderamente eficaces —dicen— están constituidas por la abstinencia y por las relaciones sexuales con un compañero no infectado, en el respeto de la fidelidad recíproca. El uso correcto del profiláctico en toda relación sexual puede reducir el riesgo de transmisión de una enfermedad venérea, pero no eliminarlo completamente. Las personas que contraigan la infección por VIH, o que ya resulten seropositivas, deberán tener en cuenta que el uso del profiláctico en cualquier relación sexual no excluye del todo el riesgo de transmisión del virus.

Los CDC publicaron, en 1993, una *Update*⁷⁵ en la que se lee: “aun cuando la estrategia más eficaz para la prevención del VIH siga siendo evitar el contacto sexual con un seropositivo, la experiencia sanitaria aconseja los profilácticos como parte de su estrategia”. Si bien nos unimos a esta afirmación, no consideramos correcto el comentario de los CDC, en la misma publicación, de que los profilácticos son muy eficaces (*highly effective*) para la prevención del VIH. Un medio de prevención con un índice de magnitud del riesgo de infección de cinco no puede, a nuestro parecer, ser considerado como *muy* eficiente.

La contribución a la prevención del VIH por parte del médico

Una anamnesis en profundidad y la capacidad de ensimismamiento del médico son componentes indispensables de una eficaz asesoría con vistas a prevenir la infección por VIH. Para ser completa la asesoría deberá abarcar también una información detallada del paciente sobre las diversas posibilidades de prevención (prueba de VIH, fidelidad, elección cuidadosa del compañero —evitar contactos sexuales con seropositivos—, uso del profiláctico). Es importante indagar, en la conversación con el paciente, el medio más seguro para él, pero también un medio factible de ponerse en práctica. Considerando la máxima de que *primum non nocere* (primeramente no hacer daño), está contraindicado dar consejos que quizás sean seguidos (el uso del profiláctico, por ejemplo) y renunciar en cambio a propuestas de mayor eficacia preventiva o que el paciente esté más dispuesto a aceptar (sugerir, por ejemplo, una elección cuidadosa del compañero, esto es, de un compañero no seropositivo con el cual establecer una relación basada en la fidelidad).⁷⁶ Estudios representativos en Alemania indican que la disponibilidad al uso del profiláctico es relativamente escasa (4-6 por ciento de la población).⁷⁷ Incluso en las investigaciones aquí referidas en parejas con compañero seropositivo, y por tanto en un ámbito de riesgo elevado de infección, se pone de relieve que el 51 por ciento como máximo de parejas no dispuestas a la abstinencia, ha hecho uso del profiláctico regularmente, mientras en las investigaciones multicéntricas ha recurrido a él el 12-50 por ciento.⁷⁸ En la investigación más amplia se afirma que sólo 24 de entre 563 parejas con compañero seropositivo (el 4 por ciento) hicieron uso del profiláctico desde la primera relación sexual. El mejor consejo para las parejas con compañero seropositivo sería abstenerse de las relaciones sexuales⁷⁹ o de limitarse a formas de sexualidad sin intercambio de fluidos corporales.⁸⁰

El alentar el uso del profiláctico puede infundir una sensación engañosa de seguridad en una situación de riesgo.⁸¹ E incluso para quien quiera *contentarse* con el profiláctico como medio de reducción del riesgo de transmisión, rehusándose a adoptar medidas de prevención más eficaces, se mantiene el deber moral de respetar el valor objetivo del propio bien personal, bien no disponible y que no puede ser expuesto arbitrariamente a un riesgo mortal como es el SIDA.

Referencias bibliográficas

- ¹ DUBOIS, F., GUTZWILLER, G., *Evaluation der AIDS-Präventionskampagne*, Schweiz. Aerztezeitung 1988, 69: 972; FRÖSNER, G., *AID-Bekämpfung: Die unterschiedliche Seuchenbekämpfung in verschiedenen Ländern*, AID Forschung (AIFO) 1989, 11: 597; HEUSSER, R., BAUER, G., TSCHOPP, A. et al., *Wie sicher schützen Kondome vor einer VIH-Infektion?*, Schweiz. Med. Wochenschr 1993, 123: 987-996.
- ² DÖRING, G.K., *Empfängnisverhütung*, Nueva York: Aufl. Stuttgart, 1983, S. 28f: 126; JONES, E.F., FORREST, J.D., *Contraceptive failure rates based on the 1988 NSFG*, Family Planning Perspectives 1992, 24: 12-19; TIETZE, C., *Advances in Sex Research*, Nueva York, 1963.
- ³ ROSENBERG, M.J., DAVIDSON, A.J., CHENN, J.H. et al., *Barrier contraceptives and sexually transmitted diseases in women: a comparison of female-dependent methods and condoms*, Am. J. Public Health 1992, 82 (5): 669-674; STONE, K.M., GRIMES, D.A., MAGDER, L.S., *Personal protection against sexually transmitted diseases*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1986, 155: 180; STONE, K.M., GRIMES, D.A., MAGDER, L.S., *Primary prevention of sexually transmitted diseases*, JAMA 1986, 13: 255; CATES, W., STONE, K.M., *Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice: a literature update*, Family Planning Perspectives 1992, 24: 75-84.
- ⁴ CATES, STONE, *Family planning...*
- ⁵ STONE, GRIMES, MAGDER, *Personal protection...*
- ⁶ LEMP, G.F., PAYNE, S.F., RUTHERFORD, G.W. Et al., *Projections of AIDS morbidity and mortality in San Francisco*, J. Am. Med. Ass. 1990, 263: 1497-1501.
- ⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global Program on AIDS. Current and future dimensions of the VIH/AIDS pandemic. A capsule summary*, Genf, Januar 1992.
- ⁸ KOCH, M.G., *Die VIH/AIDS Epidemie - Ihre Relevanz für Heterosexuelle*, AIDS-Aufklärung Schweiz, Zurich 1991.
- ⁹ OTTEN, M., PETERMAN, T., ZAIDI, A. et al., *High VIH seroconversion rates for Miami STD clinic patients*, VIII Internat. Conf. on AIDS 1992, Abstract e Poster PoC 4304.
- ¹⁰ PARACHINI, A., *AIDS-Condom Study Grant Cut Off by U.S.*, Los Angeles Times, 10.8.1988, S. 25.
- ¹¹ ILLA, R.V., *Possible salivary transmission of AIDS, First Symposium on Oral-AIDS*, Quebec 1989, Abstract: 3.6; PIAZZA, M., CHIRIANNI, A., PICCIOTTO, A. et al., *Passionate kissing and microlesions of the oral mucosa: possible role in AIDS transmission*, JAMA 1989, 261: 245; Id., *Blood in saliva of patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome: possible implication in sexual transmission of the disease*, Journal of Medical Virology 1994, 42: 38-41; ROZEMBAUM, W., GHARAKHANI, S., CORDON, B. et al., *VIH transmission by oral sex*, The Lancet 1988, Y: 1395; SALAHUDDIN, S.Z., GROOPMAN, J.E., MARKHAM, P.D. et al., *HTLV-III in symptom-free seronegative persons*, The Lancet 1984, II: 1418-1420.
- ¹² FRÖSNER, G., *How efficient is "safer sex" in preventing VIH infection?*, Infection 1989, 1: 3-5; MONZON, T.O., CAPELLAN, J.M.B., *Female-to-female transmission of VIH*, The Lancet 1987, II: 41; RIBBLE, D., MARTE, C., KELLY, J., *VIH-infections in lesbians*, V. International Conference on AIDS, Montreal 1989, Abstract: W.A.P. 10.
- ¹³ AMEISEN, J.C., GUY, B., CHAMARET, S. et al., *Persistent antibody response to the VIH-1-nef in VIH-1-infected seronegative persons*, N. England J. Med. 1989, 320: 251; HEWLETT, I.K., LAURIAN, Y., EPSTEIN, J. et al., *Assessment by gene amplification and serological markers of transmission of VIH-1 from hemophiliacs to their compañeros and secondarily to their children*, J. Acqu. Imm. Def. Syndr. 1990, 3: 714;20; IMAGAWA, D.T., LEE, M.,

- WOLINSKY, S.M. et al., *VIH-1 infection in homosexual men who remain seronegative for prolonged periods*, N. England J. Med. 1989, 320: 1458-62; PEZZELLA, M., MANNELLA, E., MIROLO, M. et al., *VIH genome in peripheral blood mononuclear cells of seronegative regular sexual compañeros of VIH-infected subjects*, J. Med. Virol. 1989, 28: 209; WOLINSKY, S.M., RINALDO, C., KWOK, S. et al., *Human Immunodeficiency Virus type 1 (VIH-1) infection a median of 18 months before a diagnostic Western blot*, Ann. Int. Med. 1989, 111: 961-72.
- ¹⁴ IMAGAWA, D.T., DETELS, R., *VIH-1 in seronegative homosexual men (Letter)*, N. Engl. J. Med. 1991, 325: 1250-1251; SHEPPARD, H.W., DONDERO, D., ARNON, J. et al., *An evaluation of the polymerase chain reaction in VIH-1 seronegative men*, J. Acqu. Imm. Def. Syndr. 1991, 4: 819-823.
- ¹⁵ HEWLETT, LAURIAN, EPSTEIN et al., *Assessment by gene amplification...*; HO, D.D., MOUDGIL, T., ALAM, M., *Quantitation of VIH-1 in the blood of infected persons*, N. Engl. J. Med. 1989, 321: 1621; HORSBURGH, C.R. JR., JASON, J., LONGINI, I.M. Jr. et al., *Duration of human immunodeficiency virus infection before detection of antibody*, The Lancet 1989, II: 637-640; LEVY J.A., *Human immunodeficiency viruses and the pathogenesis of AIDS*, JAMA 1989, 261: 2997-3006.
- ¹⁶ CLUMECK, N., TELMAN, H., HERMANS, P. et al., *A cluster of VIH infection among heterosexual people without apparent risk factors*, N. Eng. J. Med. 1989, 321: 1460; PETERMAN, T.A., STONEBUMER, R.L., ALLEN, J.R. et al., *Risk of VIH transmission from heterosexual adults with transfusion-associated infections*, JAMA 1988, 259: 55-58; STASZEWSKI, S., SCHIECK, E., REHMET, S. et al., *VIH transmission from male after only two sexual contacts*, The Lancet 1987, II: 628.
- ¹⁷ HEWLETT, LAURIAN, EPSTEIN et al., *Assessment by gene amplification...*
- ¹⁸ LAURIAN, Y., PEYNEWT, J., VERROUST, F., *VIH infection in sexual compañeros of VIH seropositive patients with hemophilia*, N. Engl. J. Med. 1989, 320: 183.
- ¹⁹ HASELTINE, W.A., *Silent VIH infections*, N. Engl. J. Med. 1989, 320: 1487-1489; HO, MOUDGIL, ALAM, *Quantification of VIH-1...*; HOLMBERG, S.D., HORSBURGH, C.R. JR., WARD, J.W. et al., *Biologic factors in the sexual transmission of the VIH*, J. Inf. Dis. 1989, 160: 116; LAZZARIN, A., SARACCO, A., MUSICCO, M. et al., *Man-to-woman sexual transmission of the human immunodeficiency virus*, Arch. Intern. Med. 1991, 151: 2411-2416; MOE, C.E., GONZALES, J.J., DAVIDSON, P. et al., *Sensitivity of the spread of VIH-infection to the latency period of contagiousness and continuously increasing infectivity of VIH carriers*, AIFO 1990, 11: 588; RYDER, W., NSA, W., HASIG, S.A. et al., *Perinatal transmission of the VIH-1 to infants of seropositive women in Zaire*, N. Engl. J. Med. 1989, 320: 1637; WARD, J.W., BUSH, T.J., PERKINS, H.A. et al., *The natural history of tranfusion associated infection with VIH: factors influencing the rate of progression to disease*, N. Engl. J. Med. 1989, 321: 947.
- ²⁰ CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Condoms for prevention of sexually transmitted diseases*, MMWR 1988, 37: 133-137; CONANT, M., HARDY, D., SPICER, D. et al., *Condoms prevent transmission of AID-associated virus (Letter)*, JAMA 1986, 255: 1706.
- ²¹ HERMANN, B.A., RETTA, S.M., SINALDI, I.E., *A simulated physiologic test of latex condoms*, V Internat. Conf. on AIDS 1989, Abstract WAP 101.
- ²² GORDON R., *A critical review of the physics and statistic of condoms and their role in individual versus societal survival of the AIDS epidemic*, J. Sex Mar. Ther. 1989, 15: 5-30.
- ²³ CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Condoms for prevention...*
- ²⁴ JONES, FORREST, *Contraceptive failure rates...*
- ²⁵ FISCHL, M.A., DICKINSON, M., SCOTT, G. et al., *Evaluation of heterosexual compañeros, children and household contacts od adults with AIDS*, JAMA 1987, 257: 640-644; FISCHL, M.A., *Preventing the heterosexual spread of AIDS*, en *AIDS - Ethology, diagnosis, treatment*

- and prevention, Philadelphia 1988; MOORE, L., PADIAN, N., SHIBOSKI, S. et al., *Behavior change in a cohort of heterosexual couples with one VIH-infected compañero*, VII Internat. Conf. on AIDS 1991, Oral presentation WC 103; SARACCO, A., MUSICCO, M., NICOLOSI, A. et al., *Man-to-woman sexual transmission of VIH. Longitudinal study of 343 steady compañeros of infected men*, J. Acqu. Imm. Def. Syndr. 1993, 6: 497-502.
- ²⁶ RICHTER, J., DONOVAN, B., GEROFI, J. et al., *Low condom breakage rate in commercial sex*, The Lancet 1988, I: 1487-1488.
- ²⁷ GOTZSCHE, P.C., HORDING, M., *Condoms to prevent VIH transmission do not imply truly safe sex*, Scand. J. Infect. Dis. 1988, 20: 233-234.
- ²⁸ GOLOMBOK, S., SKETCHLEY, J., RUST, J., *Condom failure among homosexual men*, J. Acqu. Imm. Def. Syndr. 1989, 2: 404-409.
- ²⁹ TINDALL, B., SWASON, C., DONOVAN, B., COOPER, D., *Sexual practices and condom usage in a cohort of homosexual men in relation to human immunodeficiency virus status*, Med. J. Aust. 1989, 151: 318-322.
- ³⁰ DE VINCENZI, I., DELMAS, M.C., BRUNET, J.B., *Prospective tests of nine brands of condoms by 319 volunteers*, VII Internat. Conf. on AIDS 1991, Abstr. e Poster MC 3036.
- ³¹ KAMENGA, M., RYDER, E.W., JINGU, M. et al., *Evidence of marked sexual behavior change associated with low VIH-1 seroconversion in 149 married couples with discordant VIH-1 serostatus: experience at an VIH counselling center in Zaire*, AIDS 1991, 5: 61-67.
- ³² FISCHL, DICKINSON, SCOTT et al., *Evaluation of heterosexual compañeros...*; FISCHL, *Preventing the heterosexual spread...*; KAMENGA, RYDER, JINGU et al., *Evidence...*; MOORE, PADIAN, SHIBOSKI et al., *Behavior change...*; SARACCO, MUSICCO, NICOLOSI et al., *Man-to-woman...*
- ³³ LAZZARIN, SARACCO, MUSICCO et al., *Man-to-woman sexual...*; SARACCO, MUSICCO, NICOLOSI et al., *Man-to-woman...*
- ³⁴ DE VINCENZI, I., *Comparison of female to male and male to female transmission of VIH in 563 stable couples*, Br. Med. J. 1992, 304: 809-813; LAZZARIN, SARACCO, MUSICCO et al., *Man-to-woman sexual...*; SARACCO, MUSICCO, NICOLOSI et al., *Man-to-woman...*
- ³⁵ FISCHL, DICKINSON, SCOTT et al., *Evaluation of heterosexual compañeros...*; FISCHL, *Preventing heterosexual spread...*; HEWLETT, LAURIAN, EPSTEIN et al., *Assessment by gene amplification...*; LAURIAN, Y., PEYNET, J., VERRROUST, F., *VIH infection in sexual compañeros and offspring of U.S. hemophilic men*, Am. J. Hematol. 1989, 30: 68-76; SMILEY, M.L., WHITE, G.C., BECHERER, P. et al., *Transmission of human immunodeficiency virus to sexual compañeros of hemophiliacs*, Am. J. Hematol. 1988, 28: 27-32.
- ³⁶ DE VINCENZI, *Comparison of female...*
- ³⁷ TULIZA, M., MANOKA, A.T., NZILA, N. et al., *The impact of STD control and condom promotion on the incidence of VIH in Kinshasa prostitutes*, VII Internat. Conf. on AIDS 1991, Oral presentation/Abstract MC2.
- ³⁸ MCCRAY, E., ONORATO, I., *Condom use and VIH infection in heterosexual clients attending sexually transmitted disease clinics*, United States 1989-90, VII Internat. Conf. on AIDS 1991, Poster WC3127.
- ³⁹ DE VINCENZI, *Comparison of female...*
- ⁴⁰ HEWLETT, LAURIAN, EPSTEIN et al., *Assessment by gene amplification...*
- ⁴¹ FISCHL, DICKINSON, SCOTT et al., *Evaluation of heterosexual compañeros...*
- ⁴² FISCHL, *Preventing the heterosexual spread...*
- ⁴³ SMILEY, WHITE, BECHERER et al., *Transmission of human immunodeficiency...*
- ⁴⁴ LAURIAN, PEYNET, VERRROUST, *VIH infection...*
- ⁴⁵ HEWLETT, LAURIAN, EPSTEIN et al., *Assessment by gene amplification...*

- ⁴⁶ LAWRENCE, JASON, HOLMAN et al., *Sex practice...*
- ⁴⁷ FELDBLUM, P.J., HIRA, S.K., MUKOLO, P. et al., *Anti-VIH efficacy of barrier contraceptives in VIH-discordant couples*, VI Internat. Conf. on AIDS 1990, Abstract Th. C. 580.
- ⁴⁸ FELDBLUM, P.J., *Results from prospective studies from VIH-discordant couples*, AIDS 1991, 5: 1265-1266.
- ⁴⁹ KAMENGA, RYDER, JINGU et al., *Evidence of marked sexual behavior...*
- ⁵⁰ LAZZARIN, SARACCO, MUSICCO et al., *Man-to-woman sexual...*
- ⁵¹ MOORE, PADIAN, SHIBOSKI et al., *Behavior change...*
- ⁵² PAPETTI, C., MEZZARONA, Y., D'OFFIZI, G.P. et al., *Risk factors for heterosexual transmission of VIH-1 in stable couples*, VII Internat. Conf. on AIDS 1991, Poster WC3108.
- ⁵³ DE VINCENZI, *Comparison of female...*
- ⁵⁴ SARACCO, MUSICCO, NICOLOSI et al., *Man-to-woman...*
- ⁵⁵ *Ibid.*
- ⁵⁶ JONES, FORREST, *Contraceptive failure rates...*
- ⁵⁷ FISCHL, DICKINSON, SCOTT et al., *Evaluation of heterosexual compañeros...*
- ⁵⁸ FITZGIBBON, J.E., GAUR, S., FRANKEL, L.D. et al., *Transmission from one child to another of human immunodeficiency virus type I with a zidovudine resistance mutation*, N. Engl. J. Med. 1993, 329: 2835-2841; SIMONS, R.J., ROGERS, M.F., *VIH prevention: bringing the message home*, N. Engl. J. Med. 1993, 329: 1883-1885.
- ⁵⁹ FELDBLUM, *Results from prospective...*
- ⁶⁰ DÖRING, *Empfängnisverhütung...*
- ⁶¹ FELDBLUM, *Results from prospective...*
- ⁶² CHIRIANNI, A., D'ABRACCIO, M., TULLIO CATALDO, P. et al., *Transmission of VIH infection in heterosexual compañeros of VIH-infected drug abusers*, V Internat. Conf. on AIDS 1989, Abstract TAP115.
- ⁶³ TICE, J., ALLEN, S., SERUFILIRA, A. et al., *Impact of VIH testing on condom/spermicide use among VIH discordant couples in Africa*, VI Intern. Conf. on AIDS 1990, Abstract SC694.
- ⁶⁴ SARACCO, A., *Incidence of seroconversion in women who are study compañeros of VIH infected men*, VI Intern. Conf. on AIDS 1990, Abstract Th C586.
- ⁶⁵ KAMENGA, RYDER, JINGU et al., *Evidence of marked sexual behavior...*
- ⁶⁶ FELDBLUM, *Results from prospective...*
- ⁶⁷ SARACCO, MUSICCO, NICOLOSI et al., *Man-to-woman...*
- ⁶⁸ FELDBLUM, *Results from prospective...*
- ⁶⁹ SARACCO, MUSICCO, NICOLOSI et al., *Man-to-woman...*
- ⁷⁰ APRIL K., SCHREINER W., *Zur frage der schutzwirkung des Kondoms gegen VIH-Infektionen*, Schweiz. Med. Wschr. 1990, 120: 972-978; CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Condoms for prevention...*; FELDBLUM, P.J., FORTNEY, J.A., *Condoms, spermicides, and the trasmission of VIH: a review of literature*, Am. J. Public Health 1988, 260: 1404-1405; FRÖSNER, *How efficient...*; WELLER, S.C., *A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted VIH*, Soc. Sci. Med. 1993, 36: 1635-1644.
- ⁷¹ PARACHINI, *AIDS-Condom Study...*
- ⁷² WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global Programme on AIDS...*
- ⁷³ CATES, W. JR., HINMAN, A.R., *AIDS and absolutism - The demand for perfection in prevention*, N. Engl. J. Med. 1992, 327: 492-494.
- ⁷⁴ CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Condoms for prevention...*
- ⁷⁵ CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Update: barrier protection against VIH infection and other sexually transmitted diseases*, Morbid. Mortal. Weekly R. 1993, 42: 589-591.
- ⁷⁶ APRIL, K., BARBEN, J., *Arbeitskreis AIDS-Aufklärung VPM, AIDS - Lähmung der Abwehr*

in *Individuum und Gesellschaft*, Zurich: AIDS-Aufklärung Schweiz, 1992; GOEDERT, J.J., *What is safe sex?*, N. Engl. J. Med. 1987, 136: 1339-1342; HEARST, N., HULLEY, S.B., *Preventing the heterosexual spread of AIDS. Are giving our patients the best choice?*, JAMA 1987, 257: 2428-2432; KOOP, C.E., *Physician leadership in preventing AIDS*, JAMA 1987, 258: 2111.

⁷⁷ DÖRING, G., BAUR, S., FRANK, P. et al., *Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Familienplanungsverhalten in der Bundesrepublik Deutschland 1985*, Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1986, 12: 857-920; RUNKEL, G., *Sexualverhalten und Meinungen zu AIDS in der Bundesrepublik Deutschland*, AIDS-Forschung (AIFO) 1990, 7: 359-375.

⁷⁸ DE VINCENZI, *Comparison of female...*; LAZZARIN, SARACCO, MUSICCO et al., *Man-to-woman sexual...*; SARACCO, MUSICCO, NICOLOSI et al., *Man-to-woman...*

⁷⁹ DE VINCENZI, *Comparison of female...*

⁸⁰ HEARST, HULLEY, *Preventing the heterosexual spread...*; KAPLAN, H.S., *The real truth about women and AIDS*, Nueva York: 1987, S. 110ff.

⁸¹ GOETZSCHE, HORDING, *Condoms to prevent VIH...*



*Puebla, Puebla. Iglesia de Santo Domingo.
Cúpula de la capilla del Rosario. Siglo XVII.*

Principio de legítima defensa y anticoncepción quirúrgica

*Francisco-Cristóbal Fernández Sánchez**

Resumen

El autor discute el problema de la esterilización quirúrgica de los enfermos mentales con objeto de prevenir la violación y sus consecuencias.

El artículo distingue entre los conceptos de esterilización anticonceptiva y esterilización terapéutica. Estos dos procedimientos quirúrgicos son muy diferentes desde el punto de vista ético, de acuerdo con el modelo personalista.

Efectivamente, el objetivo de la esterilización anticonceptiva es la destrucción u obstrucción de la función reproductiva, y por esta razón nunca es justificable éticamente. Por el contrario, la esterilización terapéutica conlleva la búsqueda de la recuperación de la salud (terapéutica por lo tanto), a pesar de que produzca la destrucción (temporal o permanente) de la función reproductiva. Por tanto, la esterilización terapéutica es justificable éticamente.

El autor exige atención a la estructura ontológica de la elección del individuo que conduce a un concepto biologista de la contracepción, el cual impide la comprensión del objetivo, intrínsecamente inético, de la elección de la esterilización contraceptiva.

* Lic. en Medicina y Cirugía (Univ. A. Barcelona); Lic Teología Moral (Pont. Univ. Gregoriana de Roma). Ha defendido su tesis doctoral en el Pontificio Instituto "Juan Pablo II de estudios para el Matrimonio y la Familia" (Roma, 1994), Médico en ejercicio, Santiago de Compostela (España).

Así, la falta de consentimiento informado por enfermedad mental —para ordenar una esterilización contraceptiva en este tipo de paciente— no puede ser sustituida por una normativa de ley. Tampoco un principio terapéutico o un principio de auto-defensa puede justificar la esterilización quirúrgica para los enfermos mentales.

La reciente decisión del tribunal constitucional español, declarando la validez jurídica de la ley de 1-6-1989, en la cual se autoriza en algunos casos la esterilización de incapacitados psíquicos, ha provocado una considerable polémica. Calificada de violación legislativa del derecho natural a la integridad física, ha sido duramente criticada desde diversos ámbitos. En otoño de 1992, el Parlamento europeo adoptó la resolución de recomendar legislaciones en este sentido y es, desgraciadamente, previsible el aumento de presiones en algunos parlamentos europeos que no se han mostrado favorables a la esterilización de estos enfermos.

No pretendemos abordar aquí las objeciones presentadas en el plano jurídico, ni las razones de índole social, política, deontológica y médica que permiten mostrar las graves consecuencias éticas familiares, sociales y psíquicas de la esterilización de incapacitados psíquicos. Sólo queremos mostrar las razones de la intrínseca malicia de la anticoncepción quirúrgica (AQ) mostrando cómo estas se extienden también a la AQ de incapacitados psíquicos. Asimismo, la afirmación de esta verdad moral no está en contradicción con ciertas aplicaciones del principio de legítima defensa, comúnmente aceptadas en la bioética de fundamento personalista.

Anticoncepción quirúrgica y esterilización terapéutica

Desde el punto de vista ético, es preciso distinguir bien ambas conductas que, si bien pueden ser equiparables quirúrgicamente, no son idénticas, en absoluto, moralmente.¹

La *esterilización quirúrgica terapéutica* (EQT) es aquella en la cual se destruye o impide (temporal o permanentemente) la función generadora para el restablecimiento de la salud psicofísica del paciente. Es por tanto una técnica quirúrgica con finalidad terapéutica. No hay una finalidad anticonceptiva en el acto operatorio, sino un efecto que se sigue de una terapia. Con la acción operatoria se busca restablecer al paciente de una determinada patología, tratamiento que, en este caso, tiene como efecto secundario el destruir o impedir la facultad generadora fisiológicamente normal. Moralmente suele denominarse *esterilización indirecta* y su licitud se considera a partir del principio de los actos de doble efecto.²

La *anticoncepción quirúrgica*³ (AQ), en cambio, es una conducta completamente diferente. Aun cuando la técnica quirúrgica sea la misma, se trata de una realidad ética distinta. En este caso, la acción operatoria busca, como fin en sí mismo o como un modo de alcanzar un fin determinado, destruir o impedir la función generativa. Se intenta, mediante la técnica quirúrgica, la anticoncepción en sí misma (para que el sujeto no genere) o por otro motivo (para que el sujeto no genere, debido a alguna causa, por ejemplo, que no esté capacitado para responsabilizarse de sus hijos, o que no se encuentre en condiciones de salud para soportar un embarazo, etc.).

La AQ es siempre un mal objetivo porque supone la eliminación voluntaria de una dimensión básica de la persona que forma parte de un bien integral: la capacidad de generar, íntimamente vinculada a la sexualidad. A nadie se le oculta que es preferible, al menos en principio, que una persona no tenga que encontrarse en circunstancias en las que la AQ se muestre como un bien aparente. La integridad corporal y funcional humana es, en principio, un bien objetivo y la renuncia voluntaria a ella, un mal.

En lo que se refiere a la cuestión que nos ocupa, primero es conveniente señalar que la AQ (permanente o temporal) de incapacitados psíquicos es siempre y en todos los casos una elección moral objetivamente mala, mostrando la razón de ello; segundo, poner de manifiesto cómo ambas afirmaciones no entran en contradicción con la licitud de determinadas medidas de previsión de una posible fecundación tras agresiones sexuales injustas, que son consideradas lícitas por un buen número de moralistas católicos.

Licitud de la EQT e ilicitud de la AQ

La AQ de incapacitados psíquicos se muestra, en muchos casos, como un bien aparente, de esto existe una amplísima literatura. Son muchas las circunstancias dramáticas en las cuales todo parece indicar que la esterilización es un mal menor asumible por los tutores, educadores y por la misma sociedad. La paternidad-maternidad que no puede ser asumida responsablemente, la incapacidad de asumir las obligaciones y costos de la educación por parte del sujeto, la familia, la sociedad (razón de bienestar psíquico y social).

También se suele aducir un presunto “derecho del incapacitado psíquico a la sexualidad” (especialmente en deficientes mentales) que al no ir acompañado de un mínimo de capacidad de responsabilizarse de la educación de sus hijos, justificaría la adopción de esta medida en beneficio del mismo, posibilitándole una vida sexual “normal” sin los graves inconvenientes de una reclusión de por vida. Por otra parte, la probabilidad o certeza de generación de hijos con graves minusvalas (razón eugenésica) suele ser aducida para justificar esta elección (por ejemplo, en caso de síndrome de Down).

Por otra parte, es preciso señalar que son muy frecuentes los planes educativos de deficientes mentales que incluyen actividades comunes entre enfermos de ambos sexos. La capacidad procreadora es vista por algunos técnicos sociales como un lastre que impide un correcto desarrollo sexual, al cual la anticoncepción quirúrgica podría eliminar. Frecuentemente se afirma que la anticoncepción quirúrgica es la alternativa al aborto. Son muchos los sofismas que se encuentran en planteamientos semejantes.

El presunto “derecho a la sexualidad”, de existir, comportaría unos “deberes de la sexualidad” que no podrán reducirse a la mera capacidad de no-agresión del “*partner*” sexual, sino también a una capacidad de entrega de amor verdaderamente humano, de la que estos enfermos por lo general carecen. El recurso a la esterilización tiene mucho de fácil solución y de falta de responsabilidad, cuando no de verdadera omisión de graves deberes. Subyace, en buena parte de las explicaciones similares, un profundo error antropológico: la confusión entre capacidad natural sexual-generativa y ejercicio de la sexualidad. Por otra parte, apuntamos simplemente que la elección del tan tardío y llamado “mal menor” es

sólo lícita cuando es forzoso obrar y la única alternativa es un mal mayor. Entonces puede permitirse una consecuencia mala de una elección que no lo es, pero no puede ser elegido libremente como objeto directo de la voluntad. Es bastante común, en planteamientos como el que nos ocupa, mostrar el aborto como un “mal mayor” y como alternativa inevitable, lo que representa una *petitio principii* inaceptable.

Es amplísima la bibliografía al respecto. Aquí sólo me limito a señalar que estas argumentaciones erróneas tienen, eso sí, el valor de poner de manifiesto que la AQ de incapacitados psíquicos a veces parece un bien, es decir, se muestra como un bien aparente.

A pesar de ello, la AQ es siempre y en todos los casos un mal. No es nunca un bien objetivo inteligible, sino un mal objetivo. El objeto de la AQ (de la que la AQ de incapacitados psíquicos es solo una aplicación) es la destrucción o impedimento voluntarios de la facultad generativa con fin antiprocreativo, de manera que sean posibles actos sexuales infecundos.

No puede ser alegada la tutela del derecho a una libre elección en este sentido, porque la libertad de elección no alcanza a la mutilación o destrucción de facultades que corresponden a tendencias naturales que componen el bien humano integral. La capacidad sexual-generadora es una de ellas. El ser humano no se integra completamente en su proceso de perfección vital sin integración de esta dimensión de su persona; la supresión voluntaria de la misma, con el objeto de impedir la procreación, es siempre mala.⁴ La integración de la sexualidad en la persona es una tarea a realizar también por el incapacitado psíquico, en la medida en que se dispone de cierta personalización de su inclinación sexual, mediante la continencia que debe ser educada, favorecida y no dificultada por la exaltación del ejercicio de la sexualidad.⁵

La AQ o esterilización directa de la person humana es un mal porque atenta contra una dimensión natural básica de la persona: la ordenación teológica de la persona a un progresivo perfeccionamiento que incluye la personalización de su capacidad sexual en la continencia, lo que comporta el derecho a la integridad personal de la completa función generadora del sistema sexual, es decir, del sistema sexual-generador. Es contrario a las tendencias naturales de la persona eliminar artificialmente la función generadora del sistema sexual-generador para permitir un uso infecundo de la sexualidad.⁶

La AQ consiste esencialmente en el modelado (mediante técnica quirúrgica) de un “sistema sexual infecundo” partiendo de la destrucción previa del orden de la estructura natural humana, así como el dinamismo natural de la tendencia sexual, que es en sí misma generativa. Mediante cirugía la imita artificialmente un defecto de la naturaleza: la esterilidad patológica. Mediante un sencillo acto operatorio (técnico) se destruye el sistema sexual-generator natural mutándolo artificialmente en un sistema sexual infértil.⁷

La razón por la cual esto no es justificable radica en que no tenemos dominio absoluto sobre lo que somos, sustancialmente. Así por ejemplo, si alguien quiere cortarse arbitrariamente un brazo, tenemos perfecto derecho a suponer que ha perdido el juicio; el derecho natural a la integridad corporal comporta el deber de atender a la misma, porque el dominio sobre el propio cuerpo no es absoluto.⁸

Del mismo modo que no hay dominio absoluto sobre el propio cuerpo, no hay potestad de quien tutela al incapacitado psíquico para violar este derecho fundamental de la persona de naturaleza humana a la integridad. La AQ de incapacitados psíquicos, por tanto, es una grave injusticia.

La tradición ética cristiana siempre fundamentó el deber de mantener la integridad corporal y funcional básica en su condición de recibida de Dios para su administración. El reciente Catecismo de la Iglesia Católica (CIC) expresa esta verdad moral, referida a la integridad de la vida, del siguiente modo: “cada cual es responsable de su vida delante de Dios que se la ha dado. Él sigue siendo su soberano Dueño. Nosotros estamos obligados a recibirla con gratitud y a conservarla para su honor y para la salvación de nuestras almas. Somos administradores y no propietarios de la vida que Dios nos ha confiado”.⁹

Esta condición sagrada de la vida se prolonga a las inclinaciones y estructuras humanas básicas, razón por la cual: “exceptuados los casos de prescripciones médicas de orden estrictamente terapéutico, las amputaciones, mutilaciones o esterilizaciones directamente voluntarias de personas inocentes son contrarias a la ley moral (cfr. D-S 3722)”.¹⁰

El Magisterio se ha pronunciado repetidas veces condenando la esterilización directa.¹¹ Aunque sus intervenciones no están ligadas a determinados razonamientos, sino que tienen un valor con independencia

de los mismos, en el ámbito de la teología moral católica la intervención magisterial se encuentra en perfecta sintonía con el desarrollo orgánico de la doctrina moral de la Iglesia y sus funciones en la vida eclesial. Los elementos aportados por los moralistas en convergencia armónica con la enseñanza de la Iglesia y el Magisterio son, en este sentido, sumamente útiles para la bioética, en la medida en que suponen hitos insoslayables para la búsqueda sincera de la verdad moral. De aquí el enriquecimiento que resulta de la aportación del Magisterio (y de modo autónomo incluso, respecto a su valor de autoridad en la vida de la Iglesia) para la reflexión ética en ambiente no exclusivamente católico, en especial de aquellos elementos referidos a la ley natural, accesibles también desde el ámbito de la bioética.

Es común en la moral católica el recurso a determinados principios para poner de manifiesto la articulación racional del conocimiento moral en forma claramente silogística, con el fin de salvaguardar la racionalidad de la argumentación y, al mismo tiempo, el específico lugar lógico moral de la autoridad de la Iglesia respecto a la verdad sobre el bien y el mal moral. Durante mucho tiempo los moralistas, para distinguir entre aquellas intervenciones quirúrgicas éticamente justificables de aquellas que no lo son, se han servido del llamado principio de los actos de doble efecto o “de voluntario indirecto”, que admite varias formulaciones diferentes.¹²

Respecto a las mutilaciones, sin embargo, sólo admiten la aplicación de este principio de totalidad;¹³ el fundamento de esta aplicación restringida del principio del voluntariado indirecto a sólo aquellos casos en que se respeta el principio de la totalidad es, precisamente, que el dominio sobre el propio cuerpo no es absoluto, dado que la vida es sagrada y hay órganos y funciones que no es lícito suprimir sino por un bien mayor.¹⁴

Dicho de otro modo, el principio de voluntariado indirecto sólo es aplicable en las mutilaciones cuando el principio de la totalidad es aplicable simultáneamente. La EQT puede ser lícita porque es un efecto sólo indirectamente voluntario de una medida necesaria para la conservación de todo el cuerpo (principio de totalidad). La AQ, en cambio, es ilícita porque es una injusta violación de la integridad corporal.¹⁵

Principios de totalidad y legítima defensa. Razón de su no aplicabilidad a la AQ de incapacitados psíquicos.

El principio de totalidad, por tanto, es aplicable a la EQT. Esto nunca fue puesto en discusión en época reciente. Sin embargo, tras las legislaciones eugenésicas que se empezaron a desarrollar en los Estados Unidos (EE.UU.) y Europa a principios del s. XX, algunos autores empezaron a proponer una “ampliación del principio de totalidad” a la misma AQ. Así, en 1927 P. J. Mayer propuso una “extensión” del principio de la totalidad en el siguiente sentido: el cuerpo social compone una totalidad; el agente privado no puede nunca recurrir a la esterilización, pero el Estado podría legislar imponiéndola obligatoriamente por motivos eugenésicos, es decir, por la “salud del cuerpo social”.¹⁶ A partir de 1944 se propuso también una extensión del principio de totalidad con base en el Cuerpo Místico, teoría que permitiría justificar mutilaciones por caridad (con vistas a la justificación del trasplante).¹⁷

Más recientemente un buen número de moralistas (entre ellos bastantes católicos),¹⁸ mantenían la posibilidad de excepciones (téngase en cuenta que esto sucede antes de la publicación de la Encíclica *Veritatis Splendor*). Según estos moralistas, la AQ podría estar justificada con base en una definida “extensión” del principio de la totalidad a la “globalidad” del bienestar psíquico, físico y social del sujeto en situación. No obstante, en ningún caso se consigue mostrar mínimamente la compatibilidad de esta afirmación con la enseñanza moral de la Iglesia.¹⁹

Una segunda vía aparentemente posible para justificar una esterilización es el principio de legítima defensa. El debate se inició cuando en marzo de 1987 el Tribunal de Apelación de la Gran Bretaña autorizó la práctica de esta intervención quirúrgica a Jeannette, una menor deficiente mental. Ya entonces se expresó la convicción de la necesidad del consenso explícito para proceder a una intervención de estas características.²⁰

No obstante, pensamos que existen importantes razones para afirmar que este tipo de intervenciones es moralmente inaceptable, no sólo por razones extrínsecas sino por razón de su misma estructura ética. En definitiva, creemos que la intervención quirúrgica de esterilización de incapacitados es una técnica de AQ en enfermos mentales y que, aunque el fin intentado es honesto, el medio para obtenerlo no lo es, dado que

éticamente se trata de una modalidad directa. Pensamos que el principio de legítima defensa, si bien justifica la aplicación de determinadas medidas de protección, no puede fundamentar la violación del derecho de integridad personal que supone la AQ en incapacitados psíquicos, de modo análogo a como lo justifica el principio de totalidad en las personas sanas.

Con el fin de ponerlo de manifiesto, conviene primero tratar de aquellas realidades que fueron puestas durante algún tiempo como “excepciones” que deban hacer reconsiderar la formulación clásica de los principios de totalidad y legítima defensa, cuando no la concepción misma de la esterilización directa como intrínsecamente mala.

Desde el desarrollo, a finales de los años 50, de los nuevos anovulatorios a base de Progesterona (G. Pincus 1951) y el éxito de la experimentación de los primeros fármacos anovulatorios con fin anticonceptivo en Boston y Puerto Rico (J. Rock, 1956), la distribución masiva de anticonceptivos químicos en los EE.UU. fue una realidad (iniciada por la compañía “Searle”, fue aprobada por la *Federal Food and Drug Administration* en 1960; a ella se sumaron rápidamente muchas otras firmas farmacéuticas con preparados similares). Pocos años después empezaron a plantearse nuevas situaciones en las que el uso de anovulatorios permitía hacer frente a graves consecuencias.

Así, en 1969 un grupo armado en el antiguo Congo Belga amenazó con violar a las religiosas católicas que se encontrasen en el país. Se hizo una consulta a un grupo de prestigiosos moralistas respecto a la licitud de emplear anovulatorios en esta situación extrema, inclinándose estos por la afirmativa; fue publicado su trabajo, obteniendo, en general, el consenso de los moralistas.²¹ Con el paso de los años fueron proponiéndose distintas situaciones en las que parecía justificado el uso de anovulatorios; así por ejemplo, desde medios profesionales de deportistas femeninas casadas (que preguntaban sobre la licitud del uso de anovulatorios para regular el período menstrual con el objeto de encontrarse en estado óptimo en relación al calendario de competencias); estudiantes casadas (respecto a períodos de examen), etc. También se empezó a propagar su uso en casos extremos de enfermas incapacitadas psíquicas con hipersexualidad, en las cuales existía un peligro de violación y en casos de enfermas graves (cardiópatas o renales) que no podían obtener de ningún modo la abstinencia de su esposo, desequilibrados psíquicamente,

que las sometían a violación, con el consiguiente grave riesgo para la vida.²² En la reciente guerra de Bosnia, la llamada “limpieza racial” ha llegado a poner en peligro grave de violación a numerosas mujeres, a algunas de las cuales se les suministró anovulatorios.

En el caso de violación, los moralistas admiten también, por lo general, medidas conducentes a eliminar cuanto antes el sémen del violador (lavados vaginales y uterinos, etc.), en previsión de que pudiera producirse una fecundación, con el único límite de que, razonablemente, dicha fecundación no se haya producido aún (en cuyo caso, se trataría de un aborto).²³

En todos estos casos, una consideración meramente material del hecho puede confundir estas conductas con una conducta anticonceptiva, dado que el efecto que se produce es una procreación. En dos de los casos citados (el de deportistas o estudiantes que no están obligadas a la abstinencia conyugal, a pesar de la modificación del período menstrual mediante anovulatorios) es más fácil comprenderlo. El motivo para la modificación quimioterápica del ciclo menstrual es lícito, y la obligación de abstenerse de relaciones sexuales no existe. El bien inteligible objeto de la elección de la voluntad que elige la modificación del ciclo menstrual no es un mal objetivo (la anticoncepción), sino un bien objetivo (las óptimas condiciones fisiológicas en un momento dado). La elección de la voluntad que elige la relación conyugal en estas condiciones no es anticonceptiva (onanismo), sino no conceptiva (relación sexual infértil con voluntad sólo *secundum quid*, por medio lícito). Es lícito, en este caso, el bien de la relación sexual, a pesar de que la capacidad de procreación esté lícitamente impedida,²⁴ porque no es lo mismo elegir una relación sexual voluntariamente infértil (anticoncepción) a elegir una relación sexual cuando hay infertilidad de modo inculpable (no concepción).²⁵

Pero en los demás casos no es tan claro, ni mucho menos, que el principio de totalidad sea de aplicación.²⁶ De hecho, la gran mayoría de los moralistas los justifican con base en el principio de legítima defensa. Dicho principio de legítima defensa proporcionada (incluso cuando su ejercicio comporta la muerte del injusto agresor y no hay otro medio de evitar el grave peligro) es un derecho natural de los hombres y las sociedades: “la prohibición de causar la muerte no suprime el derecho de impedir que un injusto agresor cause daño. La legítima defensa es un

deber grave para quien es responsable de la vida de otro o del bien común".²⁷

Una objeción que pudiera plantearse es que la legítima defensa se refiere a una agresión actual. No obstante, es razonable la anticipación de las consecuencias de la agresión, cuando esta puede preverse.²⁸

Ahora bien, si el principio de legítima defensa ante el violador sexual legitima el derecho de frustrar la posible concepción que de ella pudiera seguirse (mediante medidas tras la violación, o mediante el previo uso de anovulatorios, cuando la violación es previsible) ¿por qué tampoco el principio de legítima defensa justifica la AQ de incapacitados psíquicos, mientras que si justifica las medidas anti-estupro apuntadas? Y, por otra parte, ¿cuál es la diferencia entre este acto preventivo de la violación sexual y un acto anticonceptivo? Ambas cuestiones están muy relacionadas entre sí.

Facultad sexual-generadora, uso de la sexualidad y estupro padecido

Decíamos antes que en la cuestión que nos ocupa es muy importante la clara distinción entre facultad sexual-generadora, uso de la sexualidad y ser objeto de abuso sexual. Muchas de las graves confusiones que se encuentran en los razonamientos sobre la materia se deben a no distinguir muy cuidadosamente entre ellas. Esto tiene por causa la consideración meramente material de un concepto muy común, el de acto sexual, concepto que se usa en forma unívoca para expresar realidades éticas completamente diferentes.

De este modo, suele aplicarse este término a cualquier acto en el que está implicada sustantivamente la sexualidad de la persona. Sin embargo, la perspectiva ética es diferente. La sexualidad, en cuanto dimensión de la persona, puede ser entendida desde una concepción exclusivamente fisiológica, ignorando que la realidad personal abarca ámbitos que la superan. Una concepción exclusivamente fisiologista de lo sexual acaba por dificultar una comprensión integrada de la persona en todas sus dimensiones. Pongamos el ejemplo de un oftalmólogo que realizase un discurso como el siguiente: "1. un acto es visivo o no según su consecuencia; 2. si la consecuencia del acto es la visión, es un acto visivo;

si su consecuencia es el no ver es anti-visivo; 3. luego, si alguien no ve, en un momento dado, un árbol ante él, dicho acto es un acto anti-visivo de la colina”.

El planteamiento inicial parece claro a primera vista. Se trata de una distinción que atiende a las consecuencias: un acto es visivo si con él se ve; es anti-visivo si con él no se ve. Sin embargo, la categoría “anti-visivo”, así empleada, es incorrecta y dicotomiza una realidad ética, empobreciéndola.

En efecto, es muy diferente no querer ver (y cerrar los ojos), no ver por tener los ojos cerrados desde antes, querer ver, pero no poder por ser ciego, querer mirar otra cosa, etc. En efecto la expresión “anti-” indica una oposición. En ética concretamente indica una oposición de la voluntad, es decir, odio. Y, por supuesto, no siempre que no vemos algo, nuestro acto puede ser llamado “anti-visivo”.

Deberíamos argumentar con nuestro interlocutor del siguiente modo: “es preciso advertir que una cosa es la facultad visiva, otra el uso de dicha facultad, otra un uso diverso de la misma, etc. Alguien para ver necesita poder ver, y además, querer ver en acto (si cierra los ojos, aun pudiendo ver, no verá); por otra parte, puede suceder que aun queriendo ver, no vea debido a algún impedimento; también puede suceder que quiera ver ahora otra cosa, sin por ello renunciar a mirar más adelante el árbol en cuestión.

Por tanto, es más adecuado distinguir, desde una consideración ética, de manera que las consecuencias no sean el único criterio de distinción. En el ejemplo que nos ocupa ello se consigue distinguiendo entre “acto-visivo”, “acto no visivo” y “acto anti-visivo”, porque hay dos aspectos de la realidad que se encuentran entre la facultad y su uso: la voluntad y la consecución del fin al que el acto tiende”.

En resumidas cuentas, no siempre que un acto no alcanza un determinado fin se debe directamente a la intencionalidad. Es preciso ser muy cuidadoso para no reducir la riqueza de la realidad moral, empobreciendo la expresión de la inteligibilidad del bien moral mediante el uso a-crítico de categorías inadecuadas de la ética.

A veces una acción no alcanza su fin por un impedimento externo variando, por tanto, las consecuencias. En otras ocasiones, aunque la voluntad tiende en principio a ello, las circunstancias son tales que obra voluntariamente de modo diferente. Aristóteles lo ilustra mediante un

ejemplo: si un comerciante lanza su mercancía al mar para evitar el naufragio, lo hace voluntariamente, pero su voluntad está en cierto modo condicionada, porque él querría conservar su mercancía. Sin embargo, las circunstancias le obligan a elegir entre perder la mercancía o perder la vida.

La elección de la voluntad respecto de un bien particular puede ser la elección del bien particular, la elección de lo opuesto a ese bien particular, o la elección de otro bien particular distinto. Sucede de modo análogo respecto a la procreación. La elección de la voluntad no puede reducirse a “acto a favor de la concepción” o “acto anticonceptivo”.

Todo acto que tiene como fin o como medio el destruir o impedir la procreación, como consecuencia natural del acto sexual, es un acto anticonceptivo (ya sea quirúrgico, químico o por otros medios, ya sea permanente o durante un sólo acto sexual aislado). Pero no todo acto que tiende a impedir la fecundación del óvulo femenino es un acto anticonceptivo, porque puede suceder que el objeto directo de dicho acto sea el rechazar una agresión sexual injusta. *Una agresión sexual injusta no es un acto sexual del sujeto agredido, sino un acto de injusta violencia sufrido en el sistema sexual-generator de la víctima.* Por esta razón, impedir la fecundación por los medios legítimos no es un acto anticonceptivo, sino el ejercicio del derecho de legítima defensa a no poner las condiciones de posibilidad de una concepción en estas circunstancias. Derecho que, en cambio, no puede ser ejercido mediante el aborto, porque el nuevo ser humano no es un agresor.

Del mismo modo que una mujer violada tiene derecho a rechazar a su agresor, lo tiene a expulsar sus secreciones, sus células germinales, y a impedir que estas fecunden un óvulo. También lo tiene a poner los medios para hacerlo cuando puede prevenir tal agresión. Del mismo modo que puede ausentarse de graves obligaciones para evitarla, puede modificar su ciclo para que, si se produjera la agresión temida, no se encuentren células en disposición de ser fecundadas. Todo ello puede justificarse con base en el derecho natural de legítima defensa.

Sin embargo, este acto de legítima defensa no es un acto anticonceptivo. Es, ciertamente, un acto cuyo objeto es la defensa de la integridad personal rechazando al injusto agresor y sus secreciones. El que no haya una concepción en circunstancias semejantes es, entonces, un efecto secundario. La elección de la voluntad tiende a un bien objetivo, a rechazar

un agresor. El efecto secundario no hace del acto que lo causa un acto anti-conceptivo, sino un acto no-conceptivo, sencillamente porque las células germinales del agresor no proceden de un acto sexual, sino que fueron depositadas ahí por un agresor. Si con violencia se depositaron injustamente, justamente pueden ser retiradas con violencia.

La situación cambia radicalmente cuando la posibilidad de procreación deriva de un acto sexual. Dicho acto está unido al momento de una posible fecundación por un vínculo estrechísimo, hasta el punto que puede hablarse de una unidad anitivo-procreativa: todo acto sexual tiene una dimensión procreativa que no puede ser separada de la unitiva. La intervención técnica para romper dicha unidad unitivo-procreativa es anticonceptiva, y su fin es destruir la posibilidad de concebir.

En cambio, tal unidad unitivo-procreativa no existe en el estupro, sencillamente porque este es un “acto sexual”, pero sólo en cierto sentido muy determinado: el estupro es un acto sexual intrínsecamente malo del agresor. Sin embargo, respecto del agredido es sólo una violencia sufrida por la persona, especialmente por la violencia en el sistema sexual-generativo, pero no un acto sexual, en el sentido moral del término, porque no es un acto voluntario del agredido, sino todo lo contrario, algo que se padece en contra de la voluntad.

Esta es, creemos, la verdadera condición de las relaciones sexuales del incapacitado psíquico.

El término “estupro” precisa de algunas matizaciones. Aunque para los moralistas medievales, en sentido estricto, se empleaba para designar la desfloración de una virgen bajo custodia paterna, hoy suele entenderse como la violación sexual contraria a la voluntad, por coacción física o moral. “La violación es forzar o agredir con violencia la intimidad sexual de una persona. Atenta contra la justicia y la caridad. La violación lesiona profundamente el derecho de cada uno al respeto a la libertad, a la integridad física y moral. Produce un daño grave que puede marcar a la víctima para toda la vida. Es siempre un acto intrínsecamente malo. Más grave todavía es la violación cometida por los padres (cfr. incesto) o por educadores con los niños que les son confiados”.²⁹

Obsérvese que no afecta esencialmente el hecho de que el estupro sea consentido por el niño, ya que la inmadurez psíquica y afectiva le hacen ser especialmente débil a la coacción moral. Lo mismo puede afirmarse del incapacitado psíquico. Podría pensarse que, cuando las

“relaciones sexuales” se establecen entre incapacitados (posibilidad que algunos programas parecen contemplar con simpatía), no existe coacción moral, pero se ignora la responsabilidad directa, por la acción u omisión de los responsables de la educación y actividades del incapacitado.³⁰

Nos parece justificable, mediante el principio de legítima defensa, la previsión de posibles estupro en casos de incapacitados psíquicos lábiles que puedan ser objeto de abusos sexuales.

Estas actuaciones no son anticonceptivas. Su objeto es en unos casos la eliminación de las secreciones sexuales del agresor para defender la integridad física y moral del agredido. Las células germinativas no están unidas formalmente con unidad unitivo-procreativa entre sí porque el acto moral del que proceden no es, de parte del que sufre el abuso, un acto sexual, sino una injusta agresión. La posible fecundación es sólo (de parte humana) una mera consecuencia material derivada de la presencia física de secreciones sexuales injustamente depositadas. En otros casos, el objeto es la modificación del ciclo menstrual en previsión de dicha violación. Se trata de actos en los que la legítima defensa justifica impedir la concepción mediante un acto cuya consecuencia es la restitución de la integridad física y moral de la persona, restableciendo la condición anterior, amenazada por las consecuencias de una injusta agresión, y cuya consecuencia indirecta es que no es posible la concepción (al impedir que las secreciones del agresor fecunden un óvulo de la agredida o proveer el modo que se impida).³¹

En cambio, cuando la presencia de las células germinales se debe a un acto sexual, estas se hayan unidas entre sí por una unidad moral unitivo-procreativa, de modo que atentar contra la misma es un acto anti-conceptivo, de naturaleza totalmente diferente a la del acto de legítima defensa descrito, y sólo similar desde el punto de vista material.

La situación, en estos casos, no parece del todo análoga a la de comparar la AQ (ilegítima) con al EQT (legítima en algunos casos), sólo porque la técnica quirúrgica puede ser similar... con una importante salvedad. Si el principio que hace justificable la aplicabilidad del principio de voluntario indirecto a la EQT es el principio de totalidad, el que hace justificables las medidas anti-estupro es el principio de legítima defensa. Ni en uno, ni en otro caso se hace lícito el recurso de la AQ, sencillamente porque esta es siempre un mal objetivo que supone una voluntad de eliminar la función sexual-generadora, transformándola

técnica y artificialmente en una capacidad sexual infértil, a lo que carece de derecho de autoridad pública quien tutela los derechos del sujeto, y aun el mismo sujeto.

Entre las medidas anti-estupro no debe ser incluida, de ningún modo, la AQ, porque es una esterilización directa que afecta a la función sexual-procreadora que forma parte del bien humano integral de la realización de la 'persona', y que no puede ser destruida ni impedida, a no ser por graves motivos fundados en el principio de totalidad (EQT).

Podría ser lícito, en algunos casos, el uso de las medidas anti-estupro señaladas, ya que su fin no conceptivo es legítimo (el restablecimiento del estado físico y moral anterior a la agresión sexual, o a la previsión de dicha agresión), pero nunca como situación de una adecuada atención a la persona del incapacitado psíquico, responsabilidad que es indeclinable, y a la que la sociedad debe también atender con base en los principios de solidaridad y subsidiariedad.

Algunas consecuencias éticas de la AQ de incapacitados psíquicos

Una consideración meramente fisicista de la esterilización impide captar la razón ética de su malicia. Ello se debe a que esto conduce erróneamente a pensar que la esterilización sea buena o mala según las consecuencias que comporte. De este modo, se trata de clasificar la esterilización de acuerdo con el fin intentado: esterilización terapéutica, esterilización eugenésica, esterilización anticonceptiva, tratando de definir si el fin intentado es o no bueno a partir de las consecuencias de la misma.

La AQ con fin eugenésico es un buen modelo que nos permite verificar cuanto se lleva dicho, porque es manifiesto que son las consecuencias de la gestación (y no la gestación misma) la que motiva la intervención, siendo, sin embargo, ilegítima. Antes de razonarlo, conviene repasar brevemente y a grandes rasgos las legislaciones (hoy casi olvidadas), que proliferaron antes de que la II Guerra Mundial pusiera en evidencia las aberrantes consecuencias de una política de "higien racial" (como la del régimen nazi)³² en la que los criterios éticos prescinden de la moralidad del modo de conseguir un fin determinado. Los actuales conflictos en Bosnia, Ruanda y Burundi inclinan a pensar que es oportuno recordarlo.

Conviene trazar, primeramente, una breve perspectiva de la historia de estas legislaciones en las tres naciones que comenzaron dotándose de leyes al respecto, EE.UU., Suiza y Alemania.³³

Estados Unidos

El primer intento de aprobación de una ley de esterilización fue un proyecto de ley en el estado de Michigan, que fue finalmente rechazado por unos pocos votos (1897). La ley resultó finalmente aprobada diez años después, en 1907. En ella se aprobaba sólo la esterilización de deficientes mentales y de alienados internados en instituciones del Estado. Declarada contraria a la Constitución de EE.UU. en 1918, volvió a ser promulgada en 1925, y fue extendida entonces a toda la población del estado de Michigan. La esterilización de enfermos psíquicos es obligatoria, según el texto; en cambio, es voluntaria la de deficientes mentales no ingresados en instituciones del estado, estableciéndose para ello un trámite legal.

Pensilvania fue el primer estado donde triunfó el proyecto de ley (1905), pero la ley no fue promulgada debido al veto del gobernador.

En 1907, el estado de Indiana (junto al de Michigan) vota y promulga una ley de esterilización no sólo eugenésica de deficientes mentales, sino también penal de criminales recalcitrantes (basándose en el antecedente de la ley de Kansas de 1855 de castración de negros que atentaran violación sexual de mujeres blancas). En 1927 fue reformada por insuficiencia de garantías jurídicas.

En 1909 es reconocida como constitucional (con lo que entra en vigor) la ley del estado de California, de contenido penal ante determinados delitos. En 1913 la ley se amplía a deficientes mentales y enfermos psíquicos internados en establecimientos, a propuesta de los directores de las instituciones.

En 1921 una nueva ley del estado de Washington amplía otra anterior de 1909 de esterilización penal (la cual había sido declarada constitucional en 1921), que autoriza la esterilización de deficientes mentales profundos, psicópatas, epilépticos, degenerados morales, pervertidos sexuales y aquellos individuos de dudosa curación ingresados en establecimientos dependientes del estado cuya procreación se considere indeseable.

Desde 1907 hasta el congreso de Munich de Organizaciones Eugénicas Internacionales (1928), fueron 23 los estados pertenecientes a

los EE.UU. en los que se habían promulgado leyes de esterilización con fin eugenésico y/o penal.³⁴ En cinco de ellos sólo era legal la esterilización voluntaria, en siete era obligatoria; el resto admitía distintas aplicaciones obligatorias o voluntarias.³⁵

Hasta 1920 la aplicación de estas leyes fue escasa (3233 esterilizaciones legales), excepto en el estado de California (2558).³⁶ El 1º de enero de 1928 el número de esterilizaciones legales practicadas en EE.UU. ascendía a 8,515 casos.³⁷

Suiza

La propuesta de la castración como remedio terapéutico del histerismo se debe a Forel (1886), inmediatamente recogida por algunos clínicos que extendieron dicha propuesta a diversas anomalías psíquicas. Zaccarelli, en 1895, emprende en Italia una activa campaña de sensibilización de la opinión, proponiendo la esterilización de dementes, epilépticos, tuberculosos, alcohólicos y criminales instintivos. Los avances quirúrgicos de principio de siglo, la campaña en pro de la eugenesia y la anticoncepción en EE.UU., Gran Bretaña, Francia y Alemania, las progresivas leyes en esta nación, así como el congreso de Munich de 1928, presagiaban una pronta implantación de leyes de esterilización en Europa.

Ya en 1905 la reunión anual de psiquiatras suizos había acordado por unanimidad recomendar la articulación de mecanismos legales que hicieran posible la esterilización de psicópatas. En el cantón de Zurich se practicaban esterilizaciones voluntarias a personas internadas en manicomios con el consentimiento de las autoridades, aunque los parlamentos cantonales impidieron repetidamente una legislación al respecto.

El cantón de Vaud promulgó, finalmente, una ley de esterilización que entró en vigor el 1º de enero de 1929. Era la primera imitación europea de la experiencia norteamericana. La ley podía aplicarse a enfermos mentales incurables y toxicómanos que requiriesen cuidados u ofrecieran peligro. La petición debía proceder de la familia, del tutor, del facultativo que lo atendía o ser de oficio. La decisión de esterilización la tomaba una institución suiza, el Consejo de Sanidad, escuchando el parecer de dos peritos. Asimismo, el cirujano que practicaba la esteri-

lización debía también estar conforme con la decisión del consejo de sanidad, para no obligarle a obrar en contra de su conciencia. Hasta 1932 la esterilización legal se aplicó en Suiza a 21 personas; 15 con diagnóstico de deficiencia mental, 3 de esquizofrenia, 1 de manía depresiva, 1 de epilepsia, 1 de post-encefalitis y una castración de un oligofrénico criminal sexual.³⁸

Alemania

En 1923 se redacta el primer proyecto de ley de la esterilización (“*Lex Zwickau*”), en medio de una activa campaña en círculos políticos, sociales y científicos prusianos. En 1925, el Código Penal alemán (promulgado durante el gobierno de izquierda) despenalizaba la castración voluntaria, pero sólo con la condición de no “atentar a la moral” y bajo indicación médica. La aplicación de la ley fue muy restringida, debido a las graves amenazas a los médicos que la practicasen con fines eugenésicos.

Con la llegada al poder del partido nacional socialista, el panorama cambia sustancialmente. La “ley para impedir la descendencia tarada genéticamente”, claramente eugenésica, es aprobada el 14 de julio de 1933, en medio de un considerable aparato de propaganda a todos los niveles. La ley previene la esterilización quirúrgica de todo enfermo con grandes visos de probabilidad de transmisión hereditaria, incluyendo ocho modalidades: oligofrenia congénita, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, epilepsia hereditaria, corea hereditaria, ceguera congénita, sordera congénita y grandes deformidades corporales transmisibles.³⁹ Se legaliza la esterilización voluntaria de enfermos de alcoholismo grave. La ley entró en vigor el 1º de enero de 1934. Por este motivo, se produjo la sonada dimisión del sacerdote católico Hermann L. August Muckermann, director de la sección de eugenesia del Instituto Antropológico de Berlín “Kaiser Wilhelm”.

Son suficientes estos datos para apreciar correctamente una importante decisión de la Santa Sede. Nos referimos a la condena de las legislaciones eugenésicas y, muy especialmente, a un pasaje de la misma donde se dice aquello que tratamos de mostrar en sus implicaciones: la esterilización no es objetivamente buena o mala en razón del fin que se propone el agente. El pasaje en cuestión es el siguiente: “es lícito el objetivo

de la ley, que es procurar la salud y el vigor de las futuras generaciones y evitar la descendencia defectuosa, lo cual no es reprobable, pero debe reprobarse por completo el objeto de la ley, por ejemplo, el medio prescrito para la obtención del fin".⁴⁰

En definitiva, no es el fin al que tiende la voluntad del agente (en este caso eugenésica, pero es extensible a otras) lo que hace objetivamente buena o mala la aplicación de este tipo de actos legislativos mediante una operación quirúrgica de esterilización.

Si así fuera, sería difícil comprender por qué no debe recurrirse al principio de legítima defensa para justificar la AQ de incapacitados psíquicos. Dicha intervención puede ser practicada con el fin de evitarle, al incapacitado, los graves inconvenientes derivados de una paternidad-maternidad que no está en condiciones de asumir, y a los que lo cuidan (y en su defecto a la sociedad), el tener que suplir dicha incapacidad.

Es la elección de la voluntad de crear quirúrgicamente una sexualidad infértil, mediante la destrucción de la facultad sexual-generadora fisiológica normal (AQ), la que es moralmente injustificable.

Por esta razón, las medidas para prevenir las consecuencias del estupro de los incapacitados psíquicos son legítimas y no, en cambio, la esterilización directa. El fin inmediato es, entonces, un bien objetivo: la defensa de la integridad corporal y moral con base en el principio de legítima defensa. Pero no mediante una elección de la voluntad que tiende a la anticoncepción, sino mediante un acto que tiende a la protección de dicha integridad, siendo el efecto indirecto que no se dé la fecundación. El efecto material es el mismo cuando el elemento legitimador es el principio de la totalidad, en el caso de la terapia quirúrgica, o —como la hemos denominado, creemos que con mayor propiedad— EQT, pero la estructura ética es muy distinta.

Una última observación. Es preciso mencionar una consecuencia de la AQ frecuentemente soslayada. Las actuales técnicas comportan una importante proporción de gestaciones extrauterinas. Hay una estimación del 33% de gestaciones ectópicas para el conjunto de las técnicas debido a recanalizaciones espontáneas o fistulosas mediante las cuales hay espermatozoides que llegan al peritoneo.⁴¹

Desde la perspectiva ética, esta realidad no es indiferente, ni mucho menos, sobre todo cuando en muchas ocasiones trata de presentarse la AQ como una alternativa al aborto (acogiéndose al art. 480 del actual

Código Penal español), máxime teniendo en cuenta que la falsa confianza generada por la AQ del incapacitado suele relajar la cautela en este aspecto. Si a ello se añade que suelen estimarse en un 0.5% los embarazos no deseados tras la AQ, la incertidumbre sobre la eticidad de esta intervención (incluso desde una perspectiva consecuencialista) es, en estos casos, difícilmente asumible, al considerarla en forma desapasionada.

Conclusión

La falta de consenso informado en la imposición de la AQ a incapacitados psíquicos no puede ser suplida éticamente por una mera atribución legislativa positiva. Ni el principio de totalidad ni el de legítima defensa pueden ser invocados para legitimarlo. La confusión conceptual entre la AQ y la EQT es altamente perjudicial en este sentido.

Dicha confusión se debe, fundamentalmente, a la similitud de las técnicas. La distinción ética clara entre ambos tipos de conducta pasa por una correcta comprensión de la naturaleza de la facultad sexual-generativa de la persona humana, y de una comprensión verdaderamente ética de su uso, no empobrecida por una visión consecuencialista del acto sexual. Un adecuado planteamiento del núcleo ético constitutivo del padecimiento por el sujeto de un acto de estupro de un tercero, también es necesario para comprender la razón por la cual el principio de legítima defensa no legitima la AQ, como tampoco lo hace el principio terapéutico o de totalidad, dado que la facultad sexual generativa, en cuanto dinamizada por una inclinación natural básica del hombre, ocupa un lugar en el perfeccionamiento humano como tarea, también en el incapacitado psíquico, atendida su específica condición vital. La elección voluntaria de destruir dicha facultad con el fin de crear artificialmente una sexualidad infértil es un mal objetivo.

El caso de la EQT es totalmente diferente, ya que en ella se puede aplicar el principio de totalidad. Es lícita, ante una grave patología, la elección de amputación de la piernas, pero es absurdo plantear la legítima defensa en la justificación de una mutilación; es absurdo defenderse de una agresión mediante una auto-agresión. Lo que es sólo válido para evitar un grave mal corporal es absurdo como defensa. Aunque sea lícita

la amputación de las piernas ante un peligro grave para la vida, es totalmente absurda la defensa contra quien quiere obligarnos a caminar, cortándonos las propias piernas.

Esta afirmación es perfectamente compatible con la justificabilidad de determinadas medidas en previsión de estupro, excluyendo la AQ y el aborto. La falta de atención a la estructura ontológica de la elección de la voluntad conduce a una concepción biologicista, con la consiguiente confusión en la definición del acto anticonceptivo, que impide captar bien su naturaleza moral intrínseca.

Referencias bibliográficas

¹ La esterilización quirúrgica masculina (en la actualidad la emasculación tiene muy pocas indicaciones), consiste en la ligadura bilateral de los conductos deferentes (Sharp 1880) mediante incisión transversal del escroto. Propuesta por Wallace (1905) en la terapia del adenoma de próstata y por Steinach (1920) como "rejuvenecedora" (evidentemente sin éxito), fue fuertemente propugnada en Estados Unidos en el primer tercio del s. XX por *The Human Betterment Foundation* (Pasadena) y la *American Birth Control League* de Margaret Sanders, con fines eugenésicos. Las técnicas se desarrollaron ampliamente durante los años 30, debido a sus aplicaciones eugenésicas y anticonceptivas, en EE.UU. y en Europa central (así Boeminghaus desarrolló una técnica sin ayudante, en consultorio, con regreso inmediato a domicilio, en sólo 2 ó 3 minutos). Haberland propuso la vasectomía en el segmento dejado entre doble ligadura, para evitar la recanalización espontánea, con incisión paralela longitudinal (para evitar las frecuentes complicaciones quirúrgicas), así como ampliar el tiempo de espera de tres meses tras la vasectomía (debido a la supervivencia de espermatozoides en el conducto seccionado). Actualmente es frecuente la técnica de Schmidt (1975).

Respecto a la mujer, Lungren (en 1880), intentó sin éxito la ligadura bilateral de las trompas. Kehrler intentó la vía vaginal (algo difícil y con bastantes complicaciones) y Beuttner por laparotomía. En la actualidad ni la ovariectomía ni la histerectomía (a pesar de algún apoyo en la literatura) tienen indicación anticonceptiva (exclusivamente). Tampoco se realiza hoy, con fin anticonceptivo, la salpingectomía (extracción total o parcial de las trompas) ni la fimbriectomía (extracción de las fimbrias de las trompas de Falopio), a no ser por dificultades quirúrgicas. Hoy día se suele practicar ligadura y sección consecutiva. Con mucho, la más frecuente es la oclusión tubárica bilateral (ligadura de trompas). Difundida también en los años 30, con los fines eugenésicos y anticonceptivos, es una modificación de la intervención de Lungren. Sigue practicándose (por ejemplo, tras operación cesárea), así como la laparotomía y la micro-laparotomía derivadas de Beuttner. Las técnicas más frecuentes (hay más de cien diferentes) son las de Pomeroy, Ushida, Irving, y otros. Desde finales de los años 60, la oclusión tubárica suele practicarse por endoscopia, ya sea laparoscopia o histeroscopia. En laparoscopia las técnicas de oclusión más comunes son las de los aros de silastic (Yoom, 1973), clips (Hulka, Bleir, Filshie, etc.) (1972); electrocoagulación (Hirchs-Roos, 1973); termocoagulación (Semm; 1974); así como las recientes técnicas mediante laser. En histeroscopia suelen emplearse técnicas de barrera, DIU tubárico, y aplicación de esclerosantes. Se están desarrollando técnicas reversibles

microquirúrgicas (como la de Urue-Buscarons et col., que consiste en la sección tubarica sin lesión de vasos sanguíneos, linfáticos, ni nervios), pero la recanalización fracasa en un 30%. En el mismo sentido, se practica también la transposición de Van de Velde con la técnica de Mahgoub (1971) (se traslada mediante laparatomía del ovario o trompa, de manera que se impide el tránsito ovario-trompa, conservando integridad e irrigación del órgano).

² Por ejemplo: la extirpación del útero carcinomatoso no tiene finalidad anticonceptiva, aunque el efecto de la histerectomía sea la destrucción de la función generadora fisiológica y natural; es una clásica aplicación del principio de doble efecto. Este principio encontraba aplicación en la resolución de los casos morales ya en la Edad Media, pero no es formulado y sistematizado hasta el siglo XVI-XVII, especialmente por los escolásticos españoles, señaladamente Juan de Santo Tomás. La moralidad de la esterilización indirecta depende de la correcta aplicación de este principio. Así, por ejemplo, una esterilización indirecta puede no ser justificada cuando se afecta por un motivo no razonable. El principio de totalidad o terapéutico es el fundamento de la correcta aplicación del principio de actos de doble efecto de este tipo. Cfr. ZALVA, M. voz *Principio di totalità* en *Dizionario enciclopedico di teologia morale*, Roma: Paoline, 1981. Ejemplos prácticos de correcta aplicación de este principio respecto a la esterilización quirúrgica en “caso límite” de bioética contemporánea, junto a amplia bibliografía, en SGRECCIA, E. *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milano: Vita e Pensiero, 1994: 513-520. Una actualizada revisión de esta problemática (*Bioética y doctrina del doble efecto*) en POLAIN-LORENTE, A., *Ciencia y conciencia en Manual de bioética general*, Madrid: Rialp, 1994: 5-56.

³ Preferimos esta denominación (por lo demás habitual en el ámbito quirúrgico) porque subraya más el fin objetivo de la intervención, su objeto (la anticoncepción), que la intención del agente (en sí misma anticonceptiva, para alcanzar mediante ella un bienestar social aparente, anticonceptiva por motivos eugenésicos, etc. y que la naturaleza de la técnica (quirúrgica, química, radiológica, etc.). Suele denominarse también *esterilización directa* (es la expresión usada generalmente por los textos del Magisterio de la Iglesia Católica) porque la elección de la voluntad es directamente la de esterilizar, distinguiéndola de la *esterilización indirecta*, en la cual no se elige la esterilización, sino un bien objetivo (el restablecimiento de la salud) que comporta, como efecto de la esterilización, que es sufrida, permitiéndolo sólo pasivamente la voluntad. Se permite sólo como efecto inevitable de una intervención quirúrgica que es el único remedio para una terapéutica. Pensamos que en el ámbito bioético la expresión “anticoncepción quirúrgica” (AQ) expresa mejor la índole ética y deontológica de la intervención.

⁴ Santo Tomás se refería a cinco inclinaciones básicas en el hombre, al bien, a la verdad, a la autoconservación de la vida y de la especie y a la vida en sociedad. El sistema reproductor se integra en la inclinación natural del hombre a la conservación de la especie. Por tanto, según Santo Tomás, es contrario a la ley natural la destrucción o impedimento de la misma mediante una elección voluntaria, a no ser que sea el único medio de conservar la vida o salud corporal. Sobre el sentido en que la inclinación sexual es natural en el hombre, cfr. PINKAERS, S. *Les sources de la morale chrétienne* Fribourg: Eds. Univ. Fribourg-Eds. du Cerf, 1985:441-454.

⁵ Cfr. CAFFARRA, C., *Etica generale della sessualità*, Ares, 1992: 9-32, 55-66, 103-113; COTTIER, G., *Scritti di etica*, Casale Monferrato: Piemme, 1994: 19-83.

⁶ Durante el rezo del *Angelus* del 31-7-1994, Juan Pablo II aludió al deber de la ciencia de “sostener los procesos naturales generativos y no la función de sustituirlos artificialmente”. Cfr. CAFFARRA, C., *Il problema morale della sterilizzazione*, Medicina e Morale 1979, 2: 199-208.

⁷ Es muy importante advertir la enorme diferencia que media entre la conducta ética de quien transforma artificialmente el sistema sexual-generador humano en un sistema infértil mediante una mutilación -AQ- (que sea permanente o temporal sólo afecta a la mayor o menor gravedad

moral del acto) con la del médico que lo hace para salvaguardar un bien igual o superior (la vida, o evitar de graves males psico-fisiológicos derivados de patología que sólo admite la EQT). Mediante EQT se corrige médicamente un *defectum naturae*, con la AQ se provoca técnicamente una mutilación. La EQT es un acto médico; la AQ no.

⁸ La Enseñanza Moral de la Iglesia admite la licitud de determinados trasplantes, movidos por la caridad y la solidaridad (por ejemplo, de órganos internos pares, cuya ablación no comporta grave riesgo, ni invalidez del donante voluntario): “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. Es moralmente inadmisibles provocar directamente para el ser humano bien la mutilación que le deja inválido o bien su muerte, aunque sea para retardar el fallecimiento de otras personas”. Catequismo de la Iglesia Católica (CIC), n. 2296.

⁹ CIC, n. 2280.

¹⁰ CIC, n. 2297. “Establece la doctrina cristiana, y consta con toda certeza por la luz natural de la razón, que los mismos hombres privados no tienen otro dominio en los miembros de su cuerpo que el que pertenece a sus fines naturales, y no pueden, consiguientemente, destruirlos, mutilarlos o, por cualquier otro medio, inutilizarlos para dichas funciones naturales, a no ser cuando no se pueda proveer de otra manera al bien de todo el cuerpo” (PIO XI, *Casti Connubi*, n. 42, Denzinger-Schmetzer (D-S) 3722/2246).

¹¹ Para no ser manifiestamente redundantes en esta afirmación de la doctrina moral de la Iglesia, nos limitamos a señalar que la reciente encíclica *Veritatis splendor* (VS) de Juan Pablo II, pone de manifiesto la errada antropología que subyace en las objeciones de concepción “biologista o naturista” del acto sexual, que estarían (presuntamente) en la base de la condena del Magisterio de prácticas moralmente inadmisibles como la esterilización directa (VS 47). Paradójicamente bajo estas críticas al Magisterio subyace una concepción reductiva y fisiologista de la sexualidad como tendencia natural y del acto sexual como acción ética.

Las referencias de los Papas a la condena de la esterilización directa, que reseñamos (aparte de la *Casti Connubi* de 31-12-1930) son *Humanae vitae* n. 12 (25-7-1968), las distintas intervenciones de 11-8-1936; 24-2-1940; 7-9-1953; 29-10-1951; 12-9-1958; 28-6-1960; 7-9-1974; 13-3-1975; 7-5-1980; 22-11-1981; 5-3-1983; 26-1-1984; 27-1-1985; etc. Cfr. TETTAMANZI, D., *La sterilizzazione antiprocreativa*, en *Bioetica. Nove sfide per l'uomo*, Casale Monferrato: Piemme, 1990: 287-302.

¹² Para poder ser correctamente aplicado, debe reunir, como se sabe, algunas condiciones: 1. que la acción sea buena en sí misma o al menos indiferente; 2. que el efecto inmediato o primero que se ha de producir sea el bueno y no el malo; 3. que el fin del agente sea honesto, esto es, que intente únicamente el efecto bueno y se limite a permitir el malo; 4. que el agente tenga causa proporcionada a la gravedad del daño que el efecto malo haya de producir.

¹³ El principio de totalidad o terapéutico es muy conocido en la bioética actual. Cfr. SGRECCIA, E., *Manuale di bioetica...*, pp. 176-179.

¹⁴ Obsérvese que el uso de una sexualidad infértil tras AQ no es un bien mayor al de la integridad del sistema sexual-generator que debe ser destruido para adquirirla. Así, por ejemplo, S. Alfonso María de Ligorio, a la cuestión “*An aliquando liceat se mutilare?*” responde “*Non licet se mutilare, nisi sit necessarium ad conservationem corporis totius, quia nemo est suorum membrorum absolute dominus*”, S. ALFONSO MARIA DE LIGORIO, *Theologia moralis*, 1.3 tr. 4 (consulto la edición de Bassani, 1832).

¹⁵ Cuando en 1936 el entonces Santo Oficio condenó la anticoncepción quirúrgica con fin eugenésico de la legislación nacional-socialista alemana (es decir, a la AQ como medio para alcanzar un fin eugenésico), la declaró “*actio intrinsece mala ex defectu iuris in agente*”.

Adviértase que la falta de derecho del agente no se refería sólo a la autoridad pública, sino también a toda persona, incluido el mismo sujeto: “*neque homo privatus neque auctoritas publica*”. El fundamento es el mismo siempre: la falta de dominio absoluto sobre los miembros del cuerpo humano. No se reprueba el fin, sino el recurso a la AQ para obtenerlo (D-S 3760; 3763 y 3762).

Sería un grave error confundir la EQT con una especie de “AQ con fin terapéutico”. El fin de la anticoncepción es destruir mediante una elección de la voluntad la posibilidad de una concepción (la concepción de un ser humano es siempre, de suyo, un bien objetivo; destruirla, un mal objetivo), mientras que el fin de una terapéutica es el tratamiento de una patología, es decir, un bien objetivo. Por tanto, se trataría de obtener un bien aparente mediante (a causa de) un mal objetivo. Pero el fin no justifica los medios.

Es preciso no confundir una elección de un mal objetivo con la permisividad del mismo cuando el objeto de la elección es legítimamente distinto. Es el caso, por ejemplo, de la EQT o de la continencia conyugal periódica. La elección de la voluntad no es antiprocreativo, sino no procreativa. El fin de una voluntad no procreativa es bien distinto de la procreación (las circunstancias pueden hacer que lo que es de suyo un bien objetivo —la concepción de un nuevo ser humano— pueda o deba ser evitado). Es también el caso de las medidas antiestupro a las que nos referiremos después. La AQ (sea cual sea el fin del agente) es siempre injusta, la EQT es lícita y puede ser obligatoria, las medidas anti-estupro son obligatorias para quien cuida del incapacitado psíquico.

¹⁶ En su tiempo, los moralistas católicos rechazaron esta opinión. Así, por ejemplo, Hirth (Rev. Scholastique, 1929), Schmidt, Ryan, Ferreres, Nordin, Vermeersch, Arregui. La encíclica *Casti Connubi*, así como la declaración de 1936 definen la posición de la Iglesia Católica en este punto.

¹⁷ Se trataba de uno de los primeros intentos de justificación moral de estas técnicas quirúrgicas entonces nuevas. Hoy día, la justificación de la licitud de determinados trasplantes está mucho más desarrollada, sin recurrir a argumentos de esta clase. Se muestra la invalidez del argumento en ZALBA, M., *Theologia Moralis Summa*, vol. 2, Madrid, 1953:267 ss..

¹⁸ Algunos de estos autores son citados en GUZZETTI, G.B., *Morale individuale*, Milano: NED, 1982: 251-252.

¹⁹ Cfr. PIO XII, *Discorso ai partecipanti al VII Congresso Internazionale della Società Italiana di Ematologia* (12-9-1985) *Acta Apostolicae Sedis* (AAS) 50, 735ss; SACRA CONGREGATIO PRO DOCTRINA FIDEI, *Quaecumque sterilizatio* (13-3-1975).

²⁰ GILLON, R., *On sterilizing severely mentally handicapped people*, J. Med. Ethics 1987, 13:127 ss.

²¹ ZALBA, M., *Sobre la pildora-estupro*, Burgensa 1994, 35:209-217.

²² CARRASCO DE PAULA, I., *Esterilización anticonceptiva*, en AA.VV., *Manual de bioética*, pp. 226-235; PERICO, G., *Stupro, aborto e anticoncezionali*, La Civiltà Cattolica 1993, 3433:37-46.

²³ Es bien conocida la postura invariable, manifestada ya en el s. I de la Iglesia Católica, fundamentada también en la ley natural: el aborto directo, como fin o como medio es gravemente contrario a la ley moral (cfr. por ejemplo, CIC n. 2271).

²⁴ En la materia que nos ocupa, este tipo de voluntad se fundamenta en una *voluntas secundum quid*. Se trata de la misma razón por la cual las relaciones sexuales en el matrimonio son lícitas, aun cuando uno de los cónyuges, o los dos, tenga impedida (sin culpa no retractada verdaderamente de su parte) la capacidad de procreación (por ejemplo, por edad o por EQT). Mantener que, siendo lícito el motivo de la modificación del ciclo, no lo sean las relaciones conyugales, será como negar la licitud de las relaciones conyugales en el matrimonio estéril sin culpa actual.

²⁵ CAFFARRA, *Etica generale della sessualità*, pp. 51-57.

²⁶ Obsérvese que el Magisterio había ya rechazado la aplicación del principio de totalidad (incluso en circunstancias dramáticas) como justificación de la esterilización directa (no solo permanente, sino también temporal) de la función sexual-generativa, aun durante un solo uso actual de la misma (con el fin de mutarla, mediante la esterilización, en voluntariamente infértil). Cfr. PIO XII, *Discorso ai partecipanti...*

²⁷ CIC n. 2321.

²⁸ S ALFONSO MARIA DE LIGORIO se inclina por esta sentencia: *Si quis ex aliqua actione noverit inimicum esse determinatum ad invadendum, puta si certo moraliter sciat illum iam ad hoc parasse amma, vel mandatum dedisse servo; tunc, si aliter effugere nequit, licite potest prevenire* (*Theologia moralis*, 1.3 tr. 4). Aunque la juzga difícil de seguir en la práctica (él se refiere al caso de que esté la vida en juego y el único medio sea la muerte del agresor) se mantiene la afirmación de que es lícito prevenir con medios razonables una agresión.

²⁹ CIC n. 2356. La cooperación formal en la violación (promoviéndola o tolerándola) es gravísima en la persona de los padres, educadores, responsables, etc. Promover Las relaciones sexuales entre los incapacitados psíquicos esterilizados es un modo especialmente importante de contraer una grave responsabilidad moral, y una lesión de la justicia conmutativa, con todo lo que éticamente comporta.

³⁰ Por supuesto, esto no significa que se le deba someter a un completo aislamiento. Esto sería un grave error social y pedagógico. Sin embargo, el hecho de atender a la importante dimensión social de estos enfermos no debe nunca comportar una dejación de responsabilidad en esta materia que nos ocupa.

³¹ Una posible objeción sería que el obrar de este modo es contrario a la finalidad natural de los espermatozoides del agresor. Tal modo de argumentar denotaría una concepción fisicista en la teoría del objeto moral. Nos parece que la verdadera perspectiva moral subraya que es perfectamente legítimo (e incluso obligatorio) negar la cooperación de la agredida en la agresión. Debe prestarse al objeto moral del acto, y no a la tecnología fisiológica. No hay ninguna base para afirmar que la agredida tiene obligación de cooperar a que el estupro concluya en fecundación, ni, por tanto, a cooperar materialmente a ninguna finalidad teleológica celular de aquél que la violó, ni siquiera aunque esta fuera su intención, sencillamente, porque el agresor no tiene ningún derecho a ello.

³² Se ha afirmado que la reciente ley española es racista. La mente del legislador no pretende explícitamente un “mejoramiento de la raza” en este caso, sino un aparente “bienestar social” del entorno del incapacitado psíquico. En esto la ley española se mueve más en el ámbito de las otras legislaciones vigentes (del tipo de las aconsejadas por el Parlamento europeo a los parlamentos nacionales), que en aquellas anteriores a 1939. El grave problema es el recurso a la esterilización directa para lograrlo (problema común a estas y a aquellas). El problema ético primordial de las legislaciones de este tipo no reside en la finalidad de la ley (ya sea eugenésica o de “bienestar social”), sino en otra razón: el recurso a la imposición de la AQ a incapacitados mentales (incapaces de expresar consenso) para alcanzar dicha finalidad. A esto, pensemos, debe añadirse además que el dominio de la persona no alcanza a la supresión voluntaria de la facultad sexual-generadora para sustituirla con una sexualidad infértil artificial porque el dominio de la persona sobre su cuerpo no es absoluto.

³³ Seguimos en este trazado de las legislaciones eugenéticas anteriores a la II Guerra Mundial, la obra de VALLEJO NÁGERA, A., *La asexualización de los psicópatas*, Madrid, Eds. Medicina, 1934.

³⁴ Indiana (1907), California (1909), Connecticut (1909), Washington (1909), Nevada (1911), Iowa (1911), Nueva Jersey (1912), Nueva York (1912), Kansas (1913), Wisconsin (1913), Dakota del Norte (1913), Michigan (1913), Nebraska (1915), Oregon (1917), Dakota del Sur

(1917) Nuevo Hampshire (1917), Delaware (1923), Virginia (1924), Montana (1925), Idaho (1925), Maine (1925), Utah (1925)

³⁵ En algunos estados había medidas que tendían a estimular la decisión de esterilización mediante promesa de libertad condicional (California) o amenaza de internamiento obligatorio (Dakota del Norte).

³⁶ Una comunicación personal de un psiquiatra de California que estudió 268 esterilizaciones (150 varones y 118 mujeres), comprendía 109 casos de diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva, 52 de demencia precoz, 32 de deficiencia mental profunda, 23 de alcoholismo y 22 epilépticos.

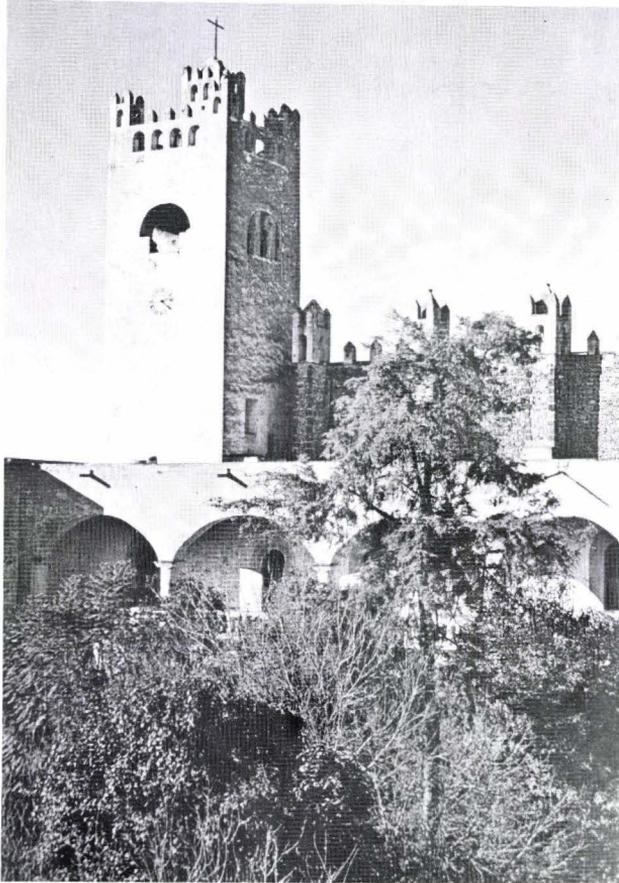
³⁷ Los estados de Nueva Jersey y Nevada no disponían entonces de datos estadísticos. La legislación de la esterilización encontró importantes trabas en los estados de Colorado (por oposición del veto del gobernador a la ley de 1927) y de Ohio, (en que el proyecto no triunfó por la oposición popular, así como por la campaña difundida por medios católicos).

³⁸ Opina Vallejo Nágera que el objeto de esta ley suiza no era principalmente eugenésico. En efecto, los estudios de genética no eran entonces tan claramente demostrativos. En realidad, los motivos por los que se aplicó eran primeramente anticonceptivos, y sólo secundariamente eugenésicos. Se trataba en realidad, no exclusivamente pero sobre todo, de un modo de evitar las consecuencias del estupro de oligofrénicas y psicóticas con erotismo sexual, realidad que la puritana sociedad suiza de la época se negaba a aceptar. *“El examen de la casuística y el estudio del problema en los trabajos de Wanner y Steck nos advierte que los fines no han sido claramente eugenésicos, y que las autoridades sanitarias suizas han opuesto cierta resistencia a las esterilizaciones en enfermos psicóticos por mera indicación psiquiátrica, fundándose en la incertidumbre acerca de las leyes de la herencia. Un examen profundo de la cuestión en los trabajos de los autores indicados descubre inmediatamente que no se trataba de otra cosa que... el proteger socialmente a muchachas débiles mentales que, acuciadas por su erotismo, estaban en peligro de quedar embarazadas... habían sido fácilmente seducidas y con la esterilización querían evitarse las consecuencias de la reincidencia... Vemos, pues, que las autorizaciones se concedían principalmente para que oligofrénicas que abandonaban sus deberes maternos no pudieran tener más prole, o para impedir nuevos embarazos... Se trata sencillamente, como hemos visto al estudiar los casos, de impedir el matrimonio y la procreación a mujeres débiles mentales, impulsadas por ardoroso erotismo. Una vez esterilizada la mujer, se la deja campar libremente, y se ahorran las comunidades los gastos de beneficencia”* (VALLEJO NAGERA, *La asexualización...*, p. 28ss.). Una confirmación del punto de vista de este autor podría verse en la promulgación, en julio de 1932, de una ley del cantón de Vaud permitiendo el aborto de enfermas mentales, lo cual demuestra, al menos, la existencia del problema apuntado.

³⁹ Obsérvese el contraste en la finalidad primaria de la ley alemana (eugenésica) con algunas de las leyes norteamericanas y la del cantón suizo de Vaud (sobre todo, anticonceptivos por “bienestar social”).

⁴⁰ *“Licet ergo finis que est: procurare valetudinem et robur futurae prolis, et arcere problem mancum, improbandum non sit, reprobari deber ex integro legis obiectum, i.e. medium quod ad finem praescribitur”* (S. OFFICIUM, *Responsio*, 11-8-1936, D-S 3762).

⁴¹ PHILLIPS, J.M., HULKA, J.F., CORSON, S.C. *Memberships survey*, Downey: AAGL, 1979; cit. en VISCASILLAS, P., *Oclusión tubárica*, en VANRELL, J.A., CALAF, J., BALASCH, J., VISCASILLAS, P., *Fertilidad y esterilidad humanas*, Barcelona: Masson-Salvat, 1992:519).



*Acolman, Edo. de México. Iglesia y convento de los Agustinos.
Siglo XVI.*

La reglamentación del ejercicio médico. Problemas, alcances y perspectivas

*Octavio Casamadrid Mata**, *José Kuthy Porter***,
*Martha Tarasco Michel****

Resumen

Con la transformación de la medicina, como resultado de la revolución tecnológica de los últimos años, se hace necesario revisar las reglas de conducta y la legislación para el ejercicio médico. El objetivo a alcanzar sería uniformar los criterios insertos en las legislaciones, para hallar el justo medio entre los derechos de los enfermos, la independencia profesional y la dignidad de la medicina, así como el secreto profesional. En el artículo se presenta un propuesta para lograr este balance.

Introducción

La idea de arte presupone no solamente habilidad, sino “un conjunto de preceptos para hacer una cosa”, no es de extrañar, por ende, que la medicina haya sido considerada un arte.

La medicina, arte en apariencia añejo, se ha ido transformando paso a paso. Hoy se habla de una verdadera revolución tecnológica y ella nos ha conducido a una vertiginosa transformación.

* Subdirector de Apoyo Normativo y Concertación, Secretaría de Salud.

** Director del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac, México. Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac.

*** Coordinadora del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac, México.

Al respecto, Jacques Moreau y Didier Truchet han escrito: "... sin duda alguna, por mucho quedan accidentes, remanentes de terribles misterios, empero, cuando durante milenios parecían como golpe de la fatalidad o el signo de una maldición divina, estos hechos biológicos devienen en objeto de ciencia, causas esclarecidas y efectos explicados. En breve una suerte mágica a la era científica".

Para la transformación eviterna de la medicina, proceso siempre inconcluso, ha sido necesario revisar asimismo las reglas de la conducta —la *lex artis*—, es decir, el conjunto de fuentes de legitimación; los criterios se han convertido en herramientas metodológicas de uso cotidiano y en fuente de derecho.

Poco a poco, las distintas legislaciones han ido reconociendo estos criterios. No obstante, queda mucho que hacer; los problemas del ejercicio médico cada día son más complejos, sin embargo, tal ha sido la constante histórica del ejercicio médico.

El juramento hipocrático, por citar algún ejemplo, ha ido transformándose, no en sus principios —beneficencia, autonomía, respeto al secreto profesional, justicia, etc.— sino en su aplicación.

Los en apariencia viejos principios se han convertido en constantes jurídicas. La sistemática jurídica universalmente aceptada reconoce tres principios básicos del Derecho Sanitario:

1. Derecho del enfermo a los cuidados, el respeto de su libertad y el respeto a su dignidad.
2. La independencia profesional y la dignidad de la medicina.
3. El secreto profesional.

Estos principios e interrelación, al emitir, interpretar y aplicar las distintas normas jurídicas, son el soporte metodológico para definir la licitud del ejercicio biomédico.

Algunos ejemplos ilustran mejor los anteriores asertos:

El artículo 4to. constitucional, en el párrafo tercero señala como garantía del gobernador: "toda persona tiene derecho a la protección de la salud". Esta es la fórmula jurídica mediante la que se instituye el principio de beneficencia como garantía, derecho fundamental.

El artículo 5to. del propio ordenamiento expresa: "a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que más le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando ataquen los

derechos de terceros o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad”.

Sobra decir que en esta garantía se encuentra ínsita la independencia y dignidad de la medicina, el derecho de curar.

La tarea de la sociedad, y en especial de la comunidad médica, requiere, por lo tanto, continuar en la búsqueda de reglas de conducta, plantear renovada y vigorosa expresión de la *lex artis*, primero a través de principios, para más adelante transformarlos en las normas del derecho positivo.

El Derecho Mexicano y el ejercicio médico. Necesidad de reformas

Siendo varias las ramas encargadas de la regulación del ejercicio médico, centraremos nuestra atención en cuatro de ellas, el Derecho Civil, el Derecho Penal, el Derecho Procesal y el Derecho Sanitario, pues en ellas, especialmente en la última, se establece la definición de la buena y mala prácticas.

Es nuestro objetivo presentar algunos apuntamientos de índole sistemática y para ello es imprescindible uniformar los criterios insertos en las legislaciones respectivas, buscando en cada caso el justo medio entre los principios ya mencionados, es decir, el derecho del enfermo, la independencia profesional y la dignidad de la medicina, así como el secreto profesional.

De igual forma y ante el creciente número de reclamaciones jurídicas, sea ante la Secretaría de Salud, la Comisión de Derechos Humanos, las distintas Procuradurías y las autoridades judiciales, es necesario plantear reglas para la delimitación del error o falla médicos, en suma, buscar el justo medio entre los derechos del paciente y de los prestadores de servicios de atención médica.

Es premisa esencial, por lo tanto, buscar la uniformidad de criterios, tanto en el ámbito federal, como en el local, es decir, en las entidades federativas.

Existen importantes avances, verbigracia en las normas de carácter sanitario, pues al tratarse de una legislación general, es decir, aplicable

por los distintos niveles de gobierno, se permite menor disparidad en su aplicación.

Sin embargo, tratándose de la resolución de aspectos civiles, penales y desde luego procesales, existe disparidad de criterios y en muchos casos la ausencia de criterio médico para resolución de controversias, no obstante el desahogo de peritajes, pues en la última instancia la solución de las mismas no depende del juicio pericial.

La Secretaría de Salud, merced a diversas actividades de coordinación, ha logrado avances en el desahogo de peritajes, a través de su canalización a las distintas instituciones de atención médica. Sin embargo, no siempre ha sido posible este procedimiento, subsistiendo, en cambio, indefinición en las reglas y criterios de orden jurídico y médico-forense para la determinación de la responsabilidad profesional.

En razón de lo expuesto, el primer problema al que se enfrenta el ejercicio médico estriba en no existir una legislación uniforme, excepción hecha de las normas de carácter sanitario.

Serían dos las alternativas para obtener una legislación uniforme en la materia.

a) Orientar la reforma jurídica a efecto de que las disposiciones civiles, penales y procesales se conviertan en normas de carácter federal en su emisión y aplicables por los distintos niveles de gobierno en otros términos; se trataría de normas de carácter general.

Este criterio adolece de diversos inconvenientes, pues:

- modificaría los criterios jurídicos clásicos, dando elementos para considerar el ejercicio médico distinto al de las demás disciplinas.
- se correría el riesgo de reducir ostensiblemente las atribuciones de las entidades federativas.

Por ello, no seríamos partidarios de este criterio.

b) Continuar en la reforma jurídico-sanitaria, a efecto de establecer con arreglo a las disposiciones y de la Ley General de Salud, como un aspecto total de la salubridad general de la República, la definición de los criterios para determinar el error y falla médicos.

Esta alternativa se encuentra provista de constitucionalidad, al tenor de los artículos 4to y 73 fracción XVI de la Constitución y requeriría de algunas reformas a las normas del Derecho Sanitario. Se trataría de ciertos artículos de la Ley General de Salud y del Reglamento a la misma en materia de prestación de servicios de atención médica.

Ello permitiría no solamente continuar en la incorporación de los criterios de la *lex artis*, en buena medida explorados por la bioética y la práctica médica, sino sistematizar las reglas de interpretación para los nuevos problemas que represente el ejercicio médico.

En el derecho comparado destacan ejemplos como los de Brasil y Francia, por citar sólo algunos, que han incorporado a su legislación el Código de Ética Médica, habiendo obtenido resultados inapreciables y positivos avances normativos.

Cabe apuntar que tales criterios orientarían igualmente la reforma a las legislaciones civil, penal y procesal.

Esta reforma jurídico-sanitaria estaría complementada por el establecimiento, conforme a las reglas de salubridad general de la República, de un órgano de autoridad, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, cuyas atribuciones principales serían:

I. Recibir las quejas por hechos que, a juicio de los pacientes, impliquen deficiencia, negligencia, impericia o dolo del personal de salud.

II. Resolver por vía arbitral, y en su caso por amigable composición, las quejas presentadas.

III. Emitir dictámenes de procedencia respecto de las quejas presentadas, sin cuya existencia no sería posible acudir ante las autoridades judiciales ni solicitar al Ministerio Público el ejercicio de la acción penal.

Tal comisión estaría integrada por distintos representantes gubernamentales, en este caso de la Secretaría de Salud; de la comunidad médica y de la sociedad civil. Tendría un carácter eminentemente técnico y el perfil profesional de sus integrantes sería de personal de salud, concurriendo asimismo personal jurídico.

Un efecto inmediato sería evitar procedimientos judiciales injustificados y la dilación en la resolución de litigios, cumpliendo así con la garantía de administrar justicia pronta y expedita, reservando la actividad procesal en los tribunales para los casos necesarios.

Respecto a la legislación civil, se estima necesario ponderar la regulación expresa de los contratos de prestación de servicios de atención médica y de hospitalización. Existen, en los distintos códigos civiles, diversas disposiciones que a través del contrato de prestación de servicios profesionales definen los criterios generales (cobro de aranceles, reglas genéricas de responsabilidad, indemnizaciones, etc.), no obstante, las disposiciones en vigor carecen en buena medida de soporte médico.

El caso del Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal es ilustrativo. Data de 1928 y por razones obvias no consideró, por los aspectos civiles de los trasplantes de órganos, la posibilidad de investigación clínica en seres humanos. De igual forma no precisa reglas específicas para la distribución de la responsabilidad por hecho ilícito y la de carácter objetivo, es decir, por el simple manejo de sustancias peligrosas, caso en el que estarían comprendidos los medicamentos y equipos médicos.

Por cuanto hace a las normas de carácter penal, se estima ingente la incorporación de los principios de la *lex artis*, en especial tratándose del delito de responsabilidad profesional.

Hasta ahora se han establecido como delitos, en los códigos penales, conductas altamente denunciadas en la práctica, tales como retención del paciente, sustitución medicamentosa, etc., sin embargo, no han sido expresamente reglamentados los criterios subjetivos de lo injusto, por lo cual quedan al libre arbitrio pericial y judicial, lo que propicia disparidad de criterios.

Por otra parte observamos, a diferencia de otros países, *verbi gratia* el derecho español, la insuficiencia de criterios jurídico-doctrinarios en la interpretación médica de las leyes penales. Ello dificulta la defensa del personal médico, pues hasta ahora el desarrollo de la disciplina se ha orientado al examen de conductas ilícitas no relacionadas con la práctica médica.

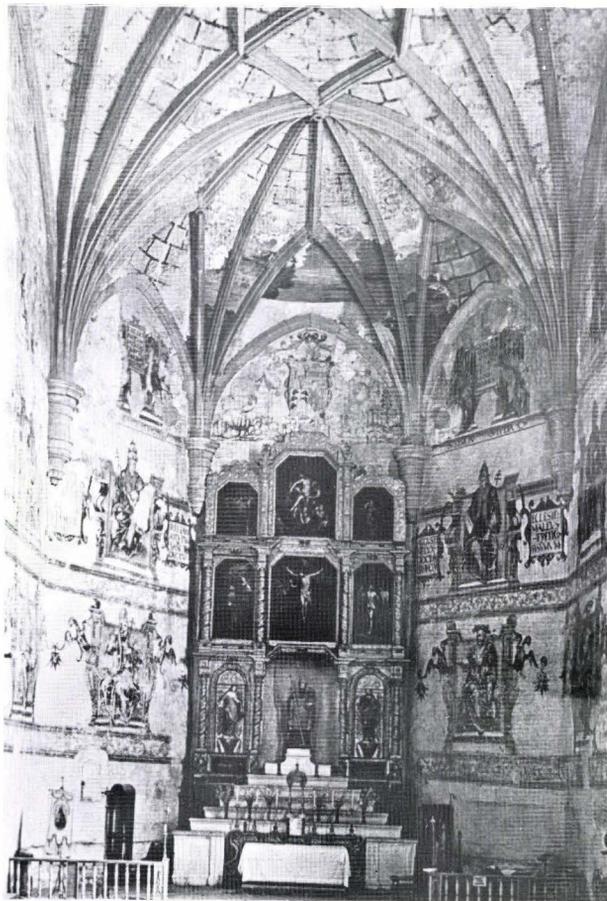
Como podrá observarse quedan muchas cosas por hacer.

A modo de corolario recordemos el decálogo deontológico del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Medicina de la República Mexicana, en su párrafo I, que señala: “la función del médico es trifásica: humana, científica y utilitaria. Al actuar, el enfermo es para él un semejante que sufre un problema de estudio en que busca la verdad y un objeto de trabajo para ganarse el pan. Estas actividades se complementan formando la unidad profesional y se desplegarán paralelamente. La carrera médica no es apostolado o pura sabiduría, tampoco industria; es función concurrente. El bien es un deber; el saber una obligación; el honorario un derecho”.

Es necesario saber, sin embargo, que como un valor de primacía sobre las determinaciones jurídicas está la ética, que busca el bien de toda la persona y de todas las personas. Ese bien va siempre de acuerdo

a la naturaleza ontológica del hombre, no contradiciéndola y apoyando su desarrollo y proyección en todos los ámbitos.

Por ello, cualquier propuesta jurídica o deontológica debe estar basada en esta premisa. Y aun cuando pueda ser perfectible, debe buscar proteger la dignidad de la persona, sabiendo que el ser hombre conlleva una finalidad trascendente, por lo cual incluso su autonomía, a pesar de ser un bien cuyo valor es inmenso, queda subordinado a la finalidad última de la persona.



Acolman, Edo. de México. Interior de la Iglesia de la Orden de San Agustín. Siglo XVI.

Dignidad humana, libertad y bioética

*Francisco Javier León Correa**

Resumen

El artículo hace un recorrido profundo a los principales aspectos de la bioética, desde una perspectiva profesional muy objetiva, mediante la cual deja muy claro la importancia del respeto a la dignidad humana como elemento clave para responder a los problemas planteados por las ciencias biomédicas.

1. La bioética: los modelos éticos de referencia

Definición de la bioética

Históricamente, la bioética ha surgido de la ética médica, centrada en la relación médico-paciente. Respecto a esta última, la bioética supone un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático de todas las cuestiones éticas que conciernen a la investigación sobre el ser humano y en especial a la biología y la medicina.

Las definiciones que se han dado son muy diversas y reflejan, en cierta forma, la variedad de enfoques y concepciones. Una de las pri-

* Director del grupo de investigación en bioética de Galicia.

meras señala que “la bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales”.¹ Se aportan aquí importantes precisiones sobre el objeto de estudio: en primera, la conducta humana en dos terrenos específicos, las ciencias de la vida (biología) y los cuidados de la salud; y en segunda, este objeto es estudiado a la luz de los valores y principios morales y de forma sistemática.²

Algunos ponen más relieve a la necesidad de responder a los nuevos problemas planteados por las ciencias biomédicas. Así, “la bioética es la búsqueda ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso biomédico”; otros acentúan los aspectos sociales o comunitarios: “la bioética es el estudio interdisciplinario del conjunto de condiciones que exigen una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana), en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas”. O señalan su papel de solución a “los conflictos de valores” en el mundo de la intervención biomédica.³

Existen bastantes divergencias en cuanto al contenido de la bioética. Algunos la ven como un simple marco de reflexión y de investigación interdisciplinaria sobre desafíos a raíz de progresos técnico-médicos. Otros van más lejos y ven en la bioética un “método de análisis” que ayude en los casos de toma de decisiones. O más aún, si se considera que forma parte de la ética, o es una forma de ética, se puede entender como una “búsqueda normativa” del deber ser en el ejercicio profesional.

Dentro de esta búsqueda de normas que orienten la acción, cabe una posición pragmática que considera imposible el consenso en las cuestiones de fondo dentro de una sociedad pluralista y propone, por tanto, una ética de mínimos aceptables que siga el parecer de la mayoría, en la búsqueda de compromisos prácticos. “La bioética es la ciencia normativa del comportamiento humano aceptable en el dominio de la vida y de la muerte”; en esta posición se borra prácticamente la diferencia entre ética y derecho.

Otra posición distinta es la que destaca la perspectiva ética de la palabra y de la reflexión, buscando una sistematización, el análisis de los valores y postulados fundamentales que están en juego y una búsqueda ética personal: “la bioética es el estudio de las normas que deben de regir nuestra acción en el terreno de la intervención técnica del hombre sobre

su propia vida”. Si quisiéramos precisar aún más esta definición tendríamos que enumerar esos principios o valores fundamentales, que son el respeto a la persona humana, con la protección de las personas concretas, y el respeto y promoción de la vida humana en sí misma. Es una concepción que podríamos llamar personalista: “llamamos bioética a la búsqueda del conjunto de exigencias del respeto y de la promoción de la vida humana y de la persona en el sector biomédico”

Como puede verse, son distintas concepciones y distintos ámbitos de aplicación, más o menos extensos.

Principios, reglas y valores

Como comenta Guy Durand, “la reflexión bioética se basa en los hechos y en principios y reglas. La bioética no quiere principios determinados de forma abstracta y que se impongan a la realidad de forma autoritaria. Tampoco quiere un sistema de principios que funcionen como prohibiciones incuestionables... quiere concluir en los hechos, pero necesita sin embargo de principios y reglas.”⁴

Existen dos principios fundamentales, unánimemente reconocidos, que son complementarios: el respeto a la vida humana, que pertenece al orden de la objetividad y debe servir de finalidad a la actuación ética, y el principio de autodeterminación de la persona, que remite el dominio de la subjetividad y es esencial en la ética. Estos dos grandes principios no suprimen las reglas y normas más concretas y específicas como son el precepto de no matar, la noción de los medios proporcionados, el principio de totalidad, el acto de doble efecto, el consentimiento libre e informado, etc.

Hay que tener en cuenta, asimismo, las reglas clásicas específicas de la deontología médica, como el principio de beneficencia, el principio de benevolencia y la confidencialidad. También otros principios más recientes que influyen en la consideración de la bioética: el principio utilitarista de buscar mayor bien para el mayor número de personas; el principio de universalización que propone siempre a la persona como fin y nunca como un medio; el principio de igualdad en dignidad y valor de todas las personas humanas; el principio de justicia y equidad, que puede compensar el utilitarismo primando la ayuda a los menos favorecidos.

Estos principios designan, por lo tanto, una orientación fundamental, inspiradora de la acción. Las reglas están cambiando más cerca de la misma acción, la determinan y enmarcan, en definitiva, permiten la aplicación concreta de principios.

La palabra valor incluye dos aspectos, la significación y la orientación a la acción, por lo que también puede utilizarse en relación con los principios, aunque en su acepción filosófica una moral de valores se opone a una moral de principios. Los valores pertenecen al orden del bien o del ser, como el valor de la vida, la dignidad de la persona o la autonomía del hombre como ser libre. El respeto a esos valores funda los principios éticos de respeto a la vida, prohibición de matar, autodeterminación, etc. Los principios y reglas —las normas— deben estar al servicio de los valores y traducirlos en términos operativos.

Como puede verse, el equilibrio entre todos los principios y valores no es siempre fácil. En el ámbito de la bioética frecuentemente nos encontramos conflictos de principios y valores que es necesario jerarquizar o regular, en los casos concretos y a nivel teórico. De cualquier manera, está claro que toda reflexión bioética de la persona está condicionada por sus propios valores, por sus opciones y creencias, por la manera de entender al hombre, la vida y la medicina. Son decisivas las opciones fundamentales sobre el sentido de la vida humana y su definición, el sentido de la persona, del sufrimiento, de la vejez y de la muerte, el sentido de la procreación y de la sexualidad y, por supuesto, el sentido de la misma ética.

En esta perspectiva, es de enorme interés la actual discusión, especialmente en los Estados Unidos, sobre si la bioética debe basarse en los principios o en la virtud; en un sistema normativo basado en principios o en una ética de la virtud personal.⁵ Según esta postura “frente a una ética científica —que antepone el conocimiento— y la ética profesional —que dicta los límites deontológicos sin establecer el contenido humano como único fundamento del acto médico—, hay que levantar la ética del médico, es decir, hacer cuanto pueda y sepa para el bien del enfermo... supeditando el método científico del acto médico... entendido como compromiso interpersonal”.⁶ También se está poniendo de relieve, en definitiva, la importancia de la actitud ética del médico y la formación de su propia conciencia, que puede llevar a su realización como persona y como científico, o en su destrucción desde el punto de vista moral.⁷

Ambas posiciones no se excluyen y depende también su relación del modelo ético que se tenga.

Modelos éticos de referencia

Aunque la bioética trata siempre de permanecer cerca de situaciones concretas, las teorías éticas están siempre presentes en las discusiones y en las soluciones que se apunten. Podemos distinguir cuatro teorías principales.

a) *La ética ontologista*. Existe una moral objetiva, una bondad y una malicia intrínseca, es decir, que hay actos siempre y en sí mismo aceptables y otros, al contrario, condenables, cualquiera que sea la situación. Por tanto, la rectitud moral no es subjetiva o situacional, ni arbitrariamente fijada por el hombre o por Dios; el bien existe en las propias cosas. Existen principios que se imponen al hombre como absolutos.

b) *La ética utilitarista*. El núcleo de la moralidad se encuentra en la maximización de la felicidad y la minimización de la miseria y el sufrimiento. Una acción es buena si tiende a este fin y mala si se aleja de él. Por tanto, la moralidad depende de las circunstancias, de la situación. En definitiva, el fin justifica los medios. Algunos autores toman en consideración sólo el propio interés personal como fin; otros tienen la visión más altruista, con el principio utilitarista de “el mayor bien para el mayor número de gente”, de modo que se vean las ventajas e inconvenientes y se escoja la que más ventajas aporte a todas las personas implicadas en la acción.

c) *El deontologismo*. Se opone a las teorías anteriores. Un acto es moral no porque sea bueno en sí o porque sea útil, sino porque es correcto; la rectitud le viene de la voluntad, pues el bien se impone como un deber, como un imperativo. Dentro de esta corriente unos siguen a Kant, fijando grandes principios universales inevitables, y otros aceptan reglas, pero con excepciones en algunas circunstancias; finalmente, para otros sólo cuenta la evaluación del acto en la situación singular y única que le rodea.

d) *La ética personalista*. Podemos reunir en esta corriente todos los esfuerzos que se han hecho para evitar el utilitarismo y el deontologismo, sin volver por ello exclusivamente a la escuela ontologista, al menos, tratando de evitar sus excesos o de conciliar objetividad y subjetividad

en un ética de los valores. Esto se ha llevado a cabo desde diversas posiciones, algunas fuera de todo apoyo en una ontología, y otras basadas en la metafísica del ser. Se trata de dar importancia al sujeto, a la persona, no en oposición pero sí en preeminencia frente a una ley objetiva que se impondría desde fuera. A esta corriente se debe la importancia que se da desde hace algunos años a los derechos fundamentales de la persona, con un interés manifiesto por las declaraciones de derechos, incluidos los de los enfermos, y la insistencia de unos determinados principios bioéticos. Estos principios son, en breve resumen, una concepción personalista de la corporeidad humana, el valor fundamental de la vida física, el principio de totalidad o terapéutico, el de la libertad y responsabilidad, y el principio de socialidad o subsidiariedad.⁸

Más allá de las perspectivas de fondo pueden encontrarse semejanzas entre algunas de estas teorías en lo que se refiere a la reflexión bioética concreta, y los límites entre ellas a veces no están tan claros. De todas maneras, la aplicación de estas teorías da lugar, de hecho, a diferentes modelos éticos de referencia práctica, con muy desiguales consecuencias y jerarquía de valores a la hora de evaluar cualquiera de las cuestiones debatidas y, sobre todo, a la hora de enfrentarse con las dos cuestiones fundamentales de la bioética que antes mencionábamos: el respeto a la dignidad de la vida humana y la defensa de la libertad de la persona. Al menos podemos mencionar cuatro modelos éticos: el liberal radical, el pragmático-utilitarista, el sociobiológico y el personalista.⁹

a) El modelo liberal-radical

La referencia última y suprema de juicio ético es la libertad. Es lícito lo que es libremente requerido, libremente aceptado y no daña la libertad de los demás. Así, respecto a la ingeniería genética, se sostiene la "libertad de investigación"; el investigador debe ser objetivo en la evaluación de los resultados y no debe tener ninguna otra regla ética más.

Se advierten bien los resultados de este modelo en la vida cotidiana con la liberalización del aborto, la elección de sexo de los hijos, el cambio de sexo por parte del que lo desee, la libre actuación en la fecundación *in vitro*, la libertad de decidir el momento de la propia muerte, entre otros.

En este modelo no se profundiza suficientemente en la verdad de la libertad humana. En el fondo, se defiende “la libertad para algunos, solamente para los que puedan hacerla valer... se trata de una libertad de los vínculos y no de una libertad para un proyecto de vida y de sociedad que se justifique por su finalidad. Se trata, en otras palabras, de una libertad sin responsabilidad”.¹⁰

b) El modelo pragmático-utilitarista

En el terreno de la bioética, este modelo se basa en la teoría de la *praxis* y una justificación del utilitarismo social. Es una posición bastante difundida en algunos centros y comités de bioética. El entendimiento humano no puede llegar a alcanzar ninguna verdad de tipo absoluto y, por tanto, tampoco puede definirse una moral válida para todos y en todos los tiempos. Es necesario recurrir a una moral “comedida”, pragmática; la moral del cálculo de la utilidad evaluable, de la relación entre costo y beneficio.

Ese cálculo, imprescindible en cualquier intervención médica, por ejemplo, se aplica también entre el valor de la vida humana y los valores económicos, sociales o simplemente de progreso científico, de forma que se puede llegar a un utilitarismo extremo de corte pragmático. El criterio de la utilidad no puede ser nunca el último en bioética; siempre debe considerarse la utilidad respecto a quién o qué, es decir, respecto a la finalidad del propio acto médico, que es la salud de una persona enferma.

c) El modelo sociobiológico

Según este modelo, la vida y la sociedad están sujetas a la evolución biológica y sociológica, y los valores morales también deben modificarse de modo evolutivo. El motor es el “egoísmo biológico” que da lugar al derecho y a la moral, como expresiones culturales. Desde esta perspectiva, el único valor ético es el que permite mantener el equilibrio evolutivo del ecosistema en continuo progreso. Todo lo que esté a favor de ese progreso está bien, lo que comprometa el equilibrio está mal.

Es preciso, sin embargo, que el progreso haga referencia a un valor que lo haga auténtico, por el que pueda medirse. Además, el hombre está

rodeado de hechos y valores que le acompañan siempre y a los que debe encontrar significado, por encima de las variaciones culturales o de costumbres, como son la muerte, el dolor, la verdad, la solidaridad y, finalmente, su propia libertad.

d) El modelo personalista

En el panorama cultural actual, la concepción personalista es la que mantiene el primado y la intangibilidad de la persona humana, considerada como valor supremo, punto de referencia, fin y no medio. Dentro de las diversas posiciones, la que consideramos más fundamentada es la que remite la persona del ser: la persona humana “es digna” porque “es más”. Sólo a partir de este fundamento es posible construir una bioética plenamente respetuosa con la dignidad última de la persona humana. Esta dignidad es la que exige el máximo respeto y una efectiva tutela, en el terreno de la bioética, desde el momento de la concepción hasta el de la muerte natural, y siempre que se muestre necesitada de ayuda.

Según nuestro parecer esta concepción responde más plenamente al propio ser del hombre, y explica mejor la relación existente entre dignidad de la persona y libertad, no como valores divergentes sino complementarios. Lo explicaremos de modo más detallado a continuación.

2. Ciencia, dignidad humana y libertad: por una bioética personalista

La cuestión principal y radical, a la hora de establecer una base sólida de las normas éticas para el desarrollo de la investigación científica y de los cuidados de la salud, es fundamentar y ahondar en el sentido de la dignidad humana.

La dignidad del hombre se funda en que “es persona”, en su ser personal: entendimiento y voluntad, autoconciencia de sí y de autodeterminación de sí, actuar libre y consciente.

El término “persona”, en la tradición clásica, apunta una realidad sobresaliente, lo más sobresaliente que existe en el universo es el ser inteligente con entendimiento racional. Por otra parte, la palabra “digni-

dad” significa también fundamental y primariamente “preeminencia”, “excelencia”. “Digno es aquello por lo que algo destaca entre otros seres, en razón del valor que le es propio. De aquí que hablar de la “dignidad de la persona” es una redundancia intencionada, para resaltar o subrayar la especial importancia de un cierto tipo de seres”.¹¹ Por eso se ha reservado el nombre para el hombre. Digno es aquello que debe ser tratado con “respeto”, es decir, con “miramiento” por su intrínseco valor.

Hoy nadie se niega a reconocer que todo hombre es “persona”. En la historia se ha discutido si la mujer o los negros, o los esclavos, eran personas. Se trataba de dilucidar —o confundir según los casos— la igualdad o desigualdad racial entre todos los seres humanos. Hoy, al menos, pocos se atreven a poner en duda la igual “superioridad” que todos los humanos gozamos sobre los demás seres de nuestro universo. En la práctica muchas veces se olvida, o se niega incluso de modo tácito, pero obviamente la idea de “igualdad” radical se va imponiendo en todo el mundo, al menos en el plano teórico, aunque existen también voces discordantes en cuanto a la “superioridad” frente a los animales, como en las actuales teorías de Singer, con cierta difusión en Estados Unidos, y sin embargo contestadas en Europa.

Las expresiones “dignidad humana”, “dignidad personal”, “derechos humanos” están siendo muy empleadas, pero en ocasiones sin una debida e intensa valoración del ser humano. En la práctica se niega la igualdad de derechos, lo cual equivale a negar la igualdad de “ser” o de “naturaleza” a los seres humanos no nacidos, a los nacidos con alguna deficiencia notable, a los enfermos que suponen una carga para la familia o la sociedad, a los deficientes mentales, etc. A la vez, la investigación científica y médica, con ocasión de los más recientes adelantos de la investigación —como la manipulación genética o la fecundación *in vitro* por ejemplo—, puede tender a considerar al ser humano, al paciente, como una “cosa”, como un “objeto”; como un medio o instrumento para beneficio de la propia investigación científica, del progreso general de la humanidad o de la medicina, etc.

Las distintas concepciones antropológicas que están en la base de los diferentes modos de fundamentar la bioética deben proporcionar una protección adecuada de ese valor primordial de la dignidad humana. Es la pieza clave para poder también examinar los diferentes sistemas fisiológicos y valorar sus resultados.

La experiencia del yo: libertad, autonomía e individualidad

Es necesario partir de una antropología que explique de forma satisfactoria la propia realidad del hombre y su dignidad, esto es, “qué es el hombre”, no qué hace, de qué se compone o cómo regular su complejidad bioquímica.

Para esto es preciso partir de la propia experiencia profunda del yo. Yo “soy yo”, es decir, “no soy tú, ni ningún otro”, soy lo otro frente a los demás, a todo lo demás, mi existencia es mía y de nadie más, es incomunicable, se me manifiesta como “mismidad”. Yo soy radicalmente otro respecto a todo lo demás. Identidad, por tanto, y a la vez subjetividad originaria; yo soy un sujeto autoposeedor y responsable, sólo yo puedo dar respuesta cabal de mi propia conducta, yo estoy en todos mis actos. Tengo autoposesión, dominio de mí mismo, poseo unas facultades y potencias con las que entiendo, quiero, actúo, proyecto, etc., que son mías. Yo soy dueño y propietario de mis actos y, por tanto, de mí mismo. “Ser sí mismo” equivale a “ser de sí mismo”. La persona no es nadie más que sí misma, el yo no es nada ni nadie, la persona es un ser que desde su inicio es completo, acabado, clausurado en su existencia, aunque no en su actuar como veremos.

La experiencia de ser origen y dueño de mis actos comporta también la experiencia íntima de la libertad. Yo soy origen de mis actos, pero de tal manera que puedo originar un acto determinado o no originarlo según mi voluntad. Puedo querer o no querer mi propio querer. Esto es la libertad y si alguien me fuerza a hacer lo que no quiero, me aviva la conciencia de mi pertenencia a mí mismo: me irrito ante algo “indigno, injusto” del que soy víctima; experimento la injusticia al ser tratado por debajo del respeto que se me debe, que corresponde a la categoría ontológica de mi ser. Yo siento la necesidad de hacer las cosas fundamentales “dede mí mismo” y “por mí mismo”.

“La originariedad operativa, que me permite ser fuente de mis actos, permite también que yo normalmente sea dueño de mis actos. Y esta capacidad de “dominio” sobre mis propios actos, de ser “dueño de mí”, de “poseerme”, de “pertenecerme”, de “autoserme” es lo más relevante del ser personal. A la vez, yo me distingo de todos los demás, incluidos mis semejantes, otros “yo”. (...) Mi yo es único e irrepetible; no me distingo de los demás sólo como una manzana, como un tornillo se

distingue de otro tornillo, sino como algo que no se puede multiplicar, que no se puede repetir. La naturaleza humana sí es multiplicable, repetible por generación, pero la persona no”.¹²

Libertad y dignidad como valores complementarios en el ser humano.

En definitiva, el ser personal trasciende la dimensión puramente biológica desde la libertad, desde su ser libre. Las ciencias experimentales no penetran ese núcleo interior del hombre, situado más allá de lo que puede ser conocido, observado y experimentado por la ciencia natural, física, biología, medicina, etc. Desde la propia experiencia de sí es fácil la superación del materialismo o el cientificismo, tanto Schopenhauer como el agnóstico Popper entienden que el materialismo radical es la filosofía de un sujeto que ha olvidado tenerse en cuenta a sí mismo.

Sin embargo, el racionalismo y su interpretación del hombre siguen influyendo hoy en día de modo muy particular en el ámbito de la biología y la medicina, mientras ha perdido parte de su radicalidad en otros ámbitos científicos. Frecuentemente se interpreta al hombre “como simple efecto de la naturaleza material y se explica al hombre como un efecto de principios físicos. Todas las manifestaciones del comportamiento humano son sólo consecuencias necesarias de la naturaleza; innumerables causas físicas concurren en cada acción humana; la actividad humana es concebida como una acción física más. La lógica que sirve para explicar al hombre es la misma lógica de la naturaleza material”.¹³

Así se deducen explicaciones científicas para mostrar las razones del comportamiento humano, desde la bioquímica, la biofísica, las matemáticas y también la psicología, la lingüística, la economía o la historia... Se dice que todo en el comportamiento humano tiene una explicación racional, desde las necesidades del hombre” que son deseos, pues ellos son las razones por las que actúa. Deseo de bien, deseo de placer sexual, deseo de felicidad, deseo de vivir, deseo de saber, deseo de Dios, deseo de poder. Siempre ese deseo. El porqué último da razón del obrar humano”, desde esa perspectiva de primacía de la explicación de la razón.

Y sin embargo, esa explicación racional no “entiende” —paradójicamente— lo primordial del ser humano, su propia experiencia como

alguien individual, único, irrepitible, incomunicable en cuanto al ser, pero comunicable en cuanto al entender y el querer, y siempre desde la libertad, desde la primacía de la libertad.

No se explica la aptitud para la intersubjetividad, es decir, la facultad de entrar en relación cognoscitiva y afectiva con todo cuanto existe y, muy especialmente, con los otros “yo”. El yo, de alguna manera, puede apropiárselo todo mediante el conocimiento, puede salir en cierto modo de sí mismo y penetrar en la realidad de las cosas, descubrirla, desvelarla y distinguirla de lo irreal; identificarse cognoscitivamente con ellas y de volver de nuevo adentro de sí y establecer un diálogo consigo mismo en un espacio íntimo, interior, en el que puede vivir a solas consigo mismo. La intimidad es autopresencia y supone la capacidad reflexiva. El hombre, la persona, se revela como dotado de una intimidad radical desde la cual puede interiorizar todo el mundo y nadie puede arrebatárselo, a la vez que permanece con una radical libertad frente a ese mundo y frente a sí mismo.

Aquí se manifiesta la excelencia del ser personal que quiere expresar la palabra “dignidad”. El hombre es el único ser verdaderamente libre, profundamente libre, íntimamente libre que hay en nuestro universo material, y su libertad se manifiesta como poder. Poder libre frente al poder de la naturaleza, frente a los mismos datos y hechos reales que le presenta el conocimiento —que puede admitir o no— frente a las demás libertades.

La libertad comporta siempre indiferencia, pero esto no significa que sea completa y absoluta indeterminación, pues remite siempre al ser libre y, por lo tanto, a la dignidad del ser humano y su actuar como persona. La afirmación de una libertad absoluta llevaría la negación de la propia libertad. En definitiva, en el ámbito de la bioética es fundamental entender el valor complementario que tienen la dignidad y la libertad del hombre, sin contraponerlos en falsas disyuntivas. La libertad remite siempre al ser que le da su sentido y la posibilita, a la vez que la limita. No son sólo los condicionamientos que la propia naturaleza física impone como necesarios, sino muy especialmente la presencia de las demás libertades y el descubrimiento de la propia dignidad personal del sujeto que actúa y de los demás con los que se relaciona. Esa diferencia de libertades está siempre presente en el orden del actuar humano, y es precisamente lo que puede multiplicar el poder de la propia libertad individual.

“La naturaleza domina a la libertad si le ahoga su poder de crear. El dominio, por ello, es siempre violento en tanto que impide la manifestación espontánea del poder, sea natural o libre. La libertad individual se puede multiplicar si a su poder individual se le suma el poder de otra y otras libertades. Mi libertad, unida a otra que quiere el mismo fin, es doblemente poderosa. Un hombre solo no puede engendrar un hijo, pero si ama a una mujer, entonces su poder es capaz de crear un hijo... Una pluralidad de libertades, cuando forman una sociedad libre, multiplican el poder de sus libertades individuales. Un hombre solo no puede curarse un cáncer. Las diferencias del amor no anulan la libertad ni la limitan, sino por el contrario la potencian. Hay tanto más libertad cuanto más libre es la comunicación” entre las libertades singulares.¹⁴

Ciencia, técnica y libertad

Esas relaciones entre libertades pueden ser, por tanto, de dominio de amor-entrega en todos los campos del actuar humano. La comunicación del hombre y la naturaleza ofrecen rasgos de dominio por ambas partes. “El hombre lucha contra la naturaleza para desembarazarse de sus violentas imposiciones, por eso se esfuerza en dominarla. Aspira a vencer las enfermedades e incluso la muerte, a no dejarse avasallar ante sus trágicas sorpresas. A la violencia dominante de la naturaleza responde el hombre con el dominio técnico; pregunta a la naturaleza para dominarla, para someterla. Incluso —fruto de la inercia—, cuando ya la tiene sometida, explota su dominio sin importarle destruirla”.¹⁵

Sin embargo, la técnica en sí misma no implica necesariamente dominio. Sólo se convierte en dominio cuando destruye el poder de novedad de la naturaleza. “La técnica no es un dominio si es un dejar. Técnica y dejar son compatibles. Basta simplemente respetarla... dejar manifestarse las novedades de un poder, sea natural o libre. Respetar a la naturaleza requiere tratarla de tal modo que no se anule ninguno de sus poderes... hacer de la naturaleza un ámbito en el que el hombre pueda vivir libremente; casa del hombre, lugar para habitar. Pero el sentido de la técnica es ese: transformar la necesidad en libertad”. Liberarse de la necesidad de la naturaleza, pero sin destruirla, sino convirtiendo su necesidad en libertad.

Así, la ciencia y la técnica permiten una vida más digna de la persona, al mejorar el conocimiento de la naturaleza y posibilitar un actuar más

libre. Permiten que la acción humana sea más consciente. Pero el poder del conocimiento y de la ciencia no son el único ni el principal factor de libertad. Lo que permite a la libertad humana profundizar en su propio actuar y, por tanto, aumentar la dignidad de la persona, es la comunicación con otras libertades. Y no cualquier comunicación, sino la relación libre basada en el amor, en el deseo del bien. “Donde hay necesidad, no hay amor, sino sometimiento, porque no hay libertad. La necesidad nunca funda el amor” y por el contrario, “el amor es la revelación más alta del poder de la libertad”.¹⁶ El grado máximo de comunicación tiene lugar cuando las libertades se manifiestan máximamente en una relación personal de amor-entrega.

Por el contrario, el grado más bajo de comunicación es el dominio. Las comunicaciones de dominio están presididas por la incomunicación y el hermetismo. Nadie quiere desvelar sus secretos, ni el dominado ni el dominador. La comunicación se establece sólo desde la necesidad, sin nombres propios ni intimidad. Todo poder distinto del mío es, por tanto, un enemigo del que es preciso defenderse, lo que necesariamente lleva a la incomunicación. Por eso la comunicación, en sentido propio, es el amor que le da la esperanza de la novedad; todo se espera del poder de la otra libertad, nada está definitivamente dado. Lo único que permanece es la confianza en la otra libertad.

Es importante tener esto presente a la hora de enfocar el papel de la investigación científica. La ciencia y la técnica, cualquiera de los avances científicos, pueden y deben estar al servicio de la dignidad humana, pero para ello es imprescindible que no se empleen en relaciones de dominio entre libertades, ni siquiera entre las libertades de los propios científicos o médicos y los demás. Deben estar al servicio de esas relaciones entre seres libres y, por tanto, siempre deben potenciar la libertad y la dignidad de la persona. De lo contrario, se produciría una deshumanización que llevaría a la ciencia en contra del propio hombre que la crea.¹⁷

3. Dignidad humana, ética y derechos humanos

La dignidad humana es la dignidad de un ser que es fin en sí mismo, por ser persona. La personalidad es algo esencial al hombre, no es una simple cualidad que se adquiere; se tiene por ser hombre.¹⁸

Por esto, es la única base posible para una fundamentación profunda de los derechos humanos. En la raíz está la dignidad del ser humano y su libertad. “Existe algo enigmático en la autopresencia de la libertad, por la que el yo se supone sujeto de derechos, esto es, valioso, bueno; digno de aprecio, acreedor de respeto, merecedor de un determinado trato. Todo adquiere valor y precio con relación a un yo concreto, a una libertad intelectual de un yo. Las cosas tienen precio desde el sujeto libre. Quizás no sólo el yo sea valioso y apreciado, pero en el yo se muestra lo valioso”.¹⁹

Dignidad humana y “calidad de vida”

La persona humana no es valiosa por lo que “tiene”, sino por lo que “es”. Es fundamental, por ello, desarrollar toda una antropología de la dignidad humana, que la establezca en el lugar primordial, de finalidad, respecto al conocimiento científico y técnico, por una parte, y respecto a toda legislación en materia de bioética, por otra.

Es importante esta premisa en múltiples ámbitos de la bioética. Veremos sólo dos, en los que es particularmente necesaria: el ámbito de lo referente a la vida humana en estado embrionario, deficientes mentales, enfermos terminales o ancianos que no se valen por sí mismos, etc. y el ámbito de la sexualidad humana que entra dentro del campo de la bioética.

Veremos en primer lugar todas aquellas situaciones en que la vida humana se manifiesta —existe vida humana—, pero sin todas las características que le son propias, como consecuencia directa de su naturaleza humana, que son autoconsciencia, libertad, dominio de sí, ejercicio del entendimiento y de la voluntad. Así se entiende en ocasiones el término “calidad de vida” y no merecería ser llamada vida humana la que no poseyese en plenitud esos atributos del hombre, o que no pudiese poseerlos en un futuro, o que los hubiese perdido de manera irrecuperable. Por tanto, tampoco merecería una protección social y jurídica, o al menos, no una protección semejante a la de una persona normalmente constituida, desde el punto de vista biológico.

En el caso de la vida humana en estado embrionario o fetal, no se puede confundir la potencia de ser con el no ser. El embrión tiene ya la cualidad humana, es un ser humano con potencia de desarrollar todas

esas características que definen en la madurez a una persona. Esa potencia es poder, no negación del ser; la dignidad humana la tiene por el hecho de “ser humano ya”. Esto sirve igualmente en todo el ámbito de la bioética en pediatría, donde tampoco existe un desarrollo completo de las potencias del ser.

En lo que respecta a los deficientes mentales, o enfermos terminales, hay que recordar lo ya expuesto. “Los atributos intelectivos, relacionales, la autocomprensión, no son más que expresiones del ser, que por sí mismas no lo definen ni le atribuyen el estatuto de humanidad”.²⁰ Son valiosas esas manifestaciones por pertenecer a una persona humana, y no al revés, por manifestar la potencialidad de la libertad y la dignidad de la persona. Ningún hombre puede ser considerado como medio ni como fin de sí mismo; toda persona es fin en sí misma, por ser persona, sin más. Por tanto, ninguna discusión sobre la “calidad de vida” puede prescindir de una voluntad de respeto por la vida misma.

Dignidad humana y sexualidad

Todo lo comentado anteriormente sobre la dignidad de las relaciones libres entre personas se aplica de un modo preeminente en la relación sexual. Esta es una relación de libertades en una entrega mutua.

Es cierto que el amor sexual hunde profundamente sus raíces en la naturaleza y en esa medida está impregnado de necesidad. La libertad del hombre debe, por tanto, partir de aquí, pero “en la medida en que la sexualidad es amor sexual y no sólo sexualidad natural, en esa misma medida es libertad y ficción, pero no necesidad”. Por esto también, “ni el hijo ni la familia se reducen a naturaleza, porque no son necesidad. Ambos son ficciones. Un hogar familiar es un ámbito que no está dado y ha de ser creado por una pluralidad de libertades. Sólo existe en tanto hay unas libertades que quieren gozar del placer de un hogar”. La familia es un ámbito de relación de amor entre libertades, no de dominio ni de necesidad. Por esto también el hijo, la procreación —y no meramente la reproducción— “es una creación de la libertad de los padres, porque es absolutamente innecesario... podría no existir y sin embargo existe porque los padres lo quisieron”.²¹

Si se introduce el dominio en la relación sexual, si no se entiende como una donación gratuita por encima de la necesidad, se corrompe esa

relación de libertades, expresión de la dignidad de la persona. El amor “comporta la exclusión del dominio en la relación de los amantes. Por ello, el amor no puede ser concebido primariamente como búsqueda del propio placer por ninguno de los amantes, por que ello implica someter al otro al propio placer... y su libertad es usada sólo como objeto para el placer propio”.²² Sólo entendiendo la gratuidad del don mutuo la relación sexual no se transforma en dominio, y respone a la dignidad esencial del ser humano.

Existe una banalización científica de la sexualidad, fruto de la reducción científicista de la persona humana, que entiende todos los fenómenos humanos en su dimensión corporal “por medio de la cual no sólo son expresables según el conocimiento científico, sino que consecuentemente resultan manipulables por la técnica derivada de esa ciencia”. No se trata de rechazar la actuación de la ciencia en el ámbito de la sexualidad, pero sí de que esté dirigida esa intervención a subrayar la libertad del hombre y la dignidad de la sexualidad, en su profundo sentido antropológico de donación. Sólo así se enmarca la sexualidad en su verdadera dimensión humana y personal y se integran todos sus elementos en la unidad de significado natural que tienen, entre amor conyugal, unión sexual y proceso natural hasta la procreación. “Lo que varón y mujer hacen al unirse corporalmente es entregarse y aceptarse mutuamente, no procrear un hijo. Lo procreación es el resultado de la alianza entre esa donación-aceptación mutua y la naturaleza”.²³ Las posibilidades de intervención técnica no deben destruir la relación mutua de donación entre libertades.

Libertad y ética

Antes hemos señalado que la indiferencia es manifestación de la libertad, también respecto a las normas éticas o al respeto de su propia dignidad o de la dignidad de los demás. Es cierta esa radical indiferencia, incluso respecto a lo que se le presenta como bien, incluso frente a sí misma. Pero también señalábamos que si la libertad se establece como criterio ético absoluto acaba en negación de sí misma, autodestruyéndose. La libertad se refuerza, precisamente en la actuación conforme a unas normas éticas dentro de los límites enriquecedores de la relación con otras libertades, con el respeto a la dignidad personal de los otros y la propia. Se auto-

destruye la propia dignidad personal si se rechaza la dignidad de los demás. Es imposible quitar desde fuera la dignidad de una persona; la tiene por sí misma, aunque no se le reconozca o se pisotee, pero sí es posible destruir la propia dignidad desde la libertad personal.

Por esto, una libertad solitaria no funda la ética, toda ética surge desde la comunicación entre libertades. “La moral no se agota en la creación del bien y del mal por parte de una libertad solitaria, pues la creación comporta diferencia de libertades y comunicación... Obrar moralmente es responder de un modo y otro a las diferencias de tal comunicación. El acto moral —esto es, la determinación del bien y del mal— es simple respuesta” dentro de una comunicación entre libertades.²⁴

La ética, por esto, no es un sometimiento del hombre a un plan necesario determinado de antemano, que subordina la libertad personal a la necesidad. El hombre es capaz de actuar éticamente sólo desde la libertad. El respeto a su propia dignidad como persona y a la dignidad de los demás, a las demás libertades, está en la base de la ética. Se aceptan esas libertades no como enemigos contra los que se debe luchar, sino como poderes creadores que deben ser defendidos. “Respetar a otra libertad es declararla —crearla— buena. El respeto de la otra libertad implica un reconocimiento del valor de su poder creador”.²⁵

En último término, la indiferencia misma de la libertad no puede ser considerada como un bien moral, puesto que es previa a toda diferencia de bien y mal. Antecede a toda ética, es decir, caben dos éticas posibles: “una consiste en negar todo —incluida la diferencia entre el bien y el mal— y refugiarse en la nada de la indiferencia (moral de liberación)..., y la otra consiste en afirmar la diferencia más allá de la diferencia principio-principiado —de ese modo puede afirmar otros poderes fuera de la unicidad del principio”.²⁶

La primera, la ética de la liberación, desemboca en una ética del dominio, pues no es posible liberarse de los demás poderes sin dejarles influir en la propia libertad, sin dominarlos. “Si la libertad es el principio; si consolidar la indiferencia de la libertad frente a los otros poderes es la meta moral buscada, entonces la libertad ha de convertirse en déspota solitaria de todo lo ajeno, pues ese es el único modo de lograr la indiferencia”. Por el contrario, la segunda ética posible considera la indeterminación de la libertad sólo como inicio, como condición de moralidad, pero no como término; la unidad no se alcanza entonces

negando toda diferencia, sino creando la unidad, buscando desde la libertad el bien.

Por esto, las normas éticas no obstaculizan o limitan el ejercicio de la propia libertad. Las relaciones que se establecen entre libertades, dentro de un actuar regido por normas éticas, es enriquecedor para la persona. Esa comunicación de libertades crea unas relaciones, en orden al bien común, sociales, de educación, aprendizaje, de creación de la ciencia, etc., relaciones necesarias pero aceptadas libremente, enriquecedoras de la propia libertad.

La libertad hace referencia directa a un orden moral, a la responsabilidad de sus actos libres en la relación con las demás libertades, y por tanto, a unos deberes y a unos derechos que yo mismo y los demás hemos de respetar. El respeto a la dignidad del hombre, por el hecho de ser persona y libre, es el fundamento de toda ética, de todo deber ser y de todo reconocimiento jurídico de esos derechos y deberes de la persona.²⁷

Dignidad del hombre y derechos humanos

De aquí el rechazo del positivismo ético y la necesidad de una fundamentación ética de los derechos humanos como derechos fundamentales. Así, son la concreción y el desarrollo histórico de los valores de la persona, que los integran y unifican en el mundo jurídico moderno. “Suponen, desde el punto de vista de dichos valores, su concreción e integración (libertad e igualdad), detectables en el análisis histórico de los sistemas jurídicos, y se sitúan por tal motivo entre la moral y la política: constituyen la realización social —a nivel formal-jurídico— de la moral positiva por parte del poder”.²⁸ Por tanto, tienen un doble fundamento: desde el punto de vista material están determinados por los valores, pero el constitutivo formal, lo que permite que verdaderamente sean designados con el rótulo de “derechos humanos”, es la asunción por la norma positiva, por el derecho válido.

Y al contrario, esto implica que “el poder político, para ser legítimo, ha de organizarse en función de los derechos humanos... estos, aunque se dan en la sociedad, puesto que sólo constituyen una deuda jurídica, si hay alteridad no emanan de la misma, sino de una instancia anterior

—lógica y ontológicamente, aunque no históricamente— al poder político y a la sociedad misma, a saber, la realidad misma del ser hombre”.²⁹

La dignidad del hombre y su índole personal son el fundamento de los derechos, que aparecen así como instrumentos de realización de la libertad. Los derechos humanos surgen precisamente “como límites de lo que el poder social puede inferir en cumplimiento de su función organizadora... y se configuran como “libertades” de los ciudadanos que posibilitan que se haga efectivo un núcleo esencial de aquella originaria libertad psicológica”.

Como hemos comentado anteriormente, la libertad, en alguna de sus manifestaciones —las protegidas por los derechos como “libertades” concretas—, posee una importancia primordial que la convierte en valor. “Eso que convierte a la libertad en valor es precisamente la dignidad de la persona. La dignidad del hombre exige el respeto de este como sujeto de una independencia y autonomía que hay que garantizar socialmente, puesto que la persona y los grupos humanos no se reducen a su presencia social y, mucho menos, a su presencia en el Estado; es más, la sociedad misma tiene como fin el desarrollo del ser personal... Esta es, pues, la función más alta de los derechos humanos: la protección de la dignidad de la persona y la moralización del derecho”.³⁰

Los derechos humanos, actuando como factores posibilitantes de la libertad, constituyen “verdaderas necesidades humanas, en la medida que limitan exigencias mediales para el desarrollo moral del hombre”.³¹ Por lo tanto, aparecen como derechos inalienables y también irrenunciables, en la medida que ningún hombre puede renunciar desde el punto de vista ético a su propia dignidad como persona.

Por esto precisamente, la primera base del ordenamiento político es la dignidad de la persona y su libertad, y en segundo término están los valores instrumentales de justicia, igualdad, etc. Y el ordenamiento jurídico —la Constitución Española de 1978— propugna como valores superiores la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político, pero a la hora de establecer cuál es la base de esos valores, de los derechos y deberes fundamentales, establece con precisión en su artículo 10º: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”.³²

Bioética y derecho

Ninguna ley o disposición normativa puede ir en contra de este principio fundamental, ético y jurídico. Y esto es importante tenerlo en cuenta en la elaboración de la legislación en materias de bioética, actuales y futuras. En definitiva, el derecho no puede desentenderse u oponerse a la moral. Tampoco debe identificarse con la moral, en el sentido de que no debe condenar todo lo que es inmoral o imponer todo lo que la moral exige. Pero no puede perder nunca su relación con los valores fundamentales de la persona y, por tanto, con la moral.

Desde la primera de estas posiciones, el positivismo jurídico recurre en ocasiones a una justificación basada en la ética del consenso. Así se resume en el preámbulo de la ley española de 22 de noviembre de 1988, sobre Técnicas de Reproducción Asistida: “(Estas) deben sustentarse únicamente en una ética de carácter cívico o civil, no exenta de componentes pragmáticos, y cuya validez radique en una aceptación de la realidad una vez que ha sido confrontada con criterios de racionalidad y procedencia al servicio del interés general; una ética, en definitiva, que responda al sentir de la mayoría y a los contenidos constitucionales, que pueda ser asumida sin tensiones sociales y que sea útil al legislador para adoptar posiciones o normativas”.³³

Como puede verse, responde muy directamente a una concepción utilitarista o pragmática, que ciertamente es difícil tratar de conciliar con “los contenidos constitucionales” que menciona, especialmente con el ya citado artículo 10º de la Constitución.

La legislación en materia de bioética, dentro de la pluralidad de un sistema democrático, debe basarse en la llamada “ética de mínimos”, que no son fruto exclusivo de un consenso pactado. El propio consenso y la democracia no son posibles sin la aceptación de unos mínimos éticos objetivos. “Esto supone varias cosas. Primero, que la moral no es meramente convencional, ni mero resultado de la estrategia o el pacto, sino que puede fundamentarse objetivamente; segundo, que esta moral tiene dos niveles: uno es el de la moral individual, que se identifica con la ética de máximos propia de cada persona (su personal proyecto de felicidad y perfección), y otro el de la moral civil, o conjunto de mínimos requeridos para que la vida en sociedad pueda ser considerada éticamente digna; y tercero, que la ética y el derecho son cosas distintas, pero íntimamente relacionadas”.³⁴

En esos “mínimos éticos objetivos”, exigibles en una legislación sobre bioética, de acuerdo con todo lo expuesto anteriormente sobre la dignidad de la persona, debe estar una eficaz y máxima tutela de los derechos humanos, y un efectivo respeto por parte del legislador a la finalidad propia de las ciencias de la salud, siempre al servicio de la persona humana.

En definitiva, la práctica de la bioética está lejos de ser algo inocente o superficial. Incide profundamente sobre las convicciones personales de cada uno y sobre los valores colectivos de una sociedad. Es lo que hace difícil la reflexión bioética, tanto a nivel de coherencia personal como de discusión social. Pero esto precisamente no señala la urgencia que tiene si queremos un progreso científico, médico y social a la altura de la dignidad del hombre.

Referencias bibliográficas

1. REICH, W.T. (Ed), *Encyclopedia of bioethics I*, The Free Press, Nueva York 1978, XIX.
2. Para la historia del nacimiento de la bioética dentro de la tradición médica, y para su fundamentación, GRACIA, Diego, *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid, 1989. En cuanto a la relación entre ciencia y ética, imprescindible en una fundamentación de la bioética, ver RUIZ RETEGUI, Antonio, “La ciencia y la fundamentación de la ética”, en VARIOS AUTORES, *Deontología biológica*, Facultad de Ciencias, Universidad de Navarra, Pamplona 1987, pp. 7-51.
3. DURAND, Guy, *La bioética*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1992, pp. 29-34.
4. *Ibidem*, p. 41
5. PALAZZANI, Laura, *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti*, Revista Medicina e Morale, Istituto de Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia “A. Gemelli”, Roma, n° 1/1992, pp. 59-85.
6. VARIOS AUTORES, *Ética médica e investigación clínica*, Revista Medicina y Persona, Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, vol. XXXIII, n° 2, abril-junio 1989, pp 113-117.
7. SONNENFELD, Alfred R., *La conciencia y la actitud ética en el oficio del médico*, IMABE-Quartalsblätter, Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Viena, enero 1991. Original publicado en “Deutschen Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen, 10-V-1990 (87, revista 19)
8. SGRECCIA, Elio, NOTARFONSO, Daniela, *La bioetica: fonti, orientamenti, centri di ricerca*, en *Ingegneria genetica e biotecnologia nel futuro dell'uomo*, Vita e Pensiero, Roma 1992, pp. 123-129.
9. *Ibidem*, 119-123. Ver también RUIZ RETEGUI, Antonio, *La ciencia...*, pp. 12-24, sobre las modernas concepciones de la ética y una fundamentación creacionista.
10. SGRECCIA, Elio, *Manuale di bioetica I. Fondamento ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, 2da. ed. Roma 1988, p. 126.

11. OROZCO, Antonio, *Qué es la persona y cuál su dignidad. Fundamentos antropológicos de ética racional*, Salamanca, 1991. pp. 2-3. Manuscrito, no publicado aún.
12. *Ibidem*, pp. 16-17
13. DE GARAY, Jesús, *Diferencia y libertad*, Rialp, Madrid, 1992, pp. 155-156.
14. *Ibidem*, p. 331
15. *Ibidem*, p. 332
16. *Ibidem*, p. 339
17. LÖW, Reinhard, *Fundamentos antropológicos de una bioética cristiana*, en *Bioética, Consideraciones filosófico-teológicas sobre un tema actual*, Rialp, Madrid, 1992. p. 47.
18. SPAEMAN, Robert, *¿Todos los hombres son personas?*, en LÖW, *Bioética...*, pp. 71-73.
19. DE GARAY, Jesús, *Diferencia...* p. 134
20. LEONE, Salvino, *Bioética in pediatria di base*, Revista Medicina e Morale nº 1/1992, pp. 27-42.
21. DE GARAY, Jesús, *Diferencia...* p. 334-335.
22. *Ibidem*, p. 337.
23. RUIZ RETEGUI, Antonio, *Sentido de la sexualidad humana*, en *I Symposium Internacional de Ética en Enfermería. Conferencias y ponencias*. Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra. Pamplona, 1990, pp. 107-122. Para el estudio de la sexualidad como dimensión de donación, ver del mismo autor *Sobre el sentido de la sexualidad*, en *Anthropotes, rivista di studi sulla persona e la famiglia*. Roma nº 2, 1988, pp. 227-260. Ver también CHOZA, Jacinto, *Antropología de la sexualidad*, Rialp, Madrid, 1991, capítulo sobre "Naturaleza y cultura en la sexualidad", pp. 143-166.
24. DE GARAY, Jesús, *Diferencia...* p. 341-342.
25. *Ibidem*, p. 343.
26. *Ibidem*, pp. 175-176.
27. DEL BARCO, José Luis, *Bioética y dignidad humana*, en Löw, *Bioética...*, pp. 15-17.
28. SERNA BERMUDEZ, Pedro, *Positivismo conceptual y fundamentación de los derechos humanos*. Ediciones Universidad de Navarra, Pamplona, 1990. p. 357.
29. *Ibidem*, p. 361.
30. *Ibidem*, pp. 362-264.
31. *Ibidem*, p. 365.
32. Constitución Española. Texto oficial en B.O.E. 29.XII.1978. Título 1º. De los derechos y deberes fundamentales. Artículo 10.1.
33. Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida, Preámbulo, I. En B.O.E. 24.XI.1988.
34. GRACIA, Diego, *Fundamentos de bioética*, pp. 575-576.

Correspondencia: Francisco Javier León Correa. GIB. Apartado 933,
15080 Santiago de Compostela. Tel 981-599250. Fax: 981-594015.



Puebla, Puebla. Vista general de la Catedral.

El dolor: un enfoque humanístico

*Jorge Mario Cabrera Valverde**

Resumen

El autor hace una descripción de las características del dolor animal, así como del sentido y utilidad que tiene para la subsistencia de la creatura, y posteriormente expone que aunque el dolor es igual en el hombre, este tiene la capacidad de darle un sentido espiritual. Con el dolor, el hombre se puede perfeccionar como ser humano si su actitud le permite enfrentar las cosas y resolverlas de la mejor manera posible, logrando incluso darle un valor sobrenatural al dolor.

1. El dolor en el mundo animal

En una ocasión un profesor de filosofía, preocupado por un problema que parecía no tener solución, planteó la siguiente pregunta a sus alumnos de posgrado:

¿Cómo se compagina —armoniza o comparece— el hecho cierto del sufrimiento de los animales con la supuesta bondad divina? Porque, si el dolor humano puede tener sentido en términos de pecado, castigo, prueba, redención o recompensa, todo ello no es aplicable a los animales. Ellos no son moralmente culpables, no son redimidos y no tienen perspectivas de vida eterna y, sin embargo, sufren. ¿Por qué?

* Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, México.

Expongo algunas de las respuestas que se dieron.

Hace tiempo, un enfermo que pasaba unos días en el hospital contó la anécdota de una vaquilla que se mostraba inquieta y agresiva ante las demás vacas y ante los seres humanos. Uno de los peones sugirió al dueño del hato matarla, ya que no le encontraba otra solución a ese problema. El dueño pidió al peón que esperara a que la vaquilla llegara a tener su primer ternero. Al cabo del tiempo, la vaquilla tuvo su ternero y la actitud de la nueva madre-vaca había cambiado por completo; había pasado a ser muy tranquila.

Aunque la anécdota la contó dicho enfermo para aplicarla a los seres humanos —tratando de hacer ver que no hay mejor cosa que ocuparse del prójimo para mejorar el carácter—, no hubiera pasado de ser simplemente una anécdota con moraleja hasta que escuché a un veterinario comentar que, cuando una vaca tenía terneros por medio de cesárea —con anestesia—, la vaca no reconocía al ternero como suyo; en cambio, si pasaba por los dolores del parto se acercaba al vacuno neonato a limpiarlo y a darle de mamar. El mismo fenómeno se daba si la vaca tenía su primer ternero como si era múltipara.

Estas modificaciones de las actitudes o comportamientos ante el dolor se perciben más en animales con desarrollo nervioso en la escala superior, esto es, en las aves y en los mamíferos, mientras que se ha llegado a decir que algunos animales que no tienen sistema nervioso no sienten, por ejemplo, la mosca.

Aunque difiero de semejante opinión —pues considero que todos los animales tienen el sentido del tacto—, no me cabe duda de que los mamíferos presentan cualidades en su carácter que los asemejan al ser humano. No puede negarse que en estos animales se manifiestan dos tipos de apetitos que están presentes también en el hombre: el apetito concupiscible (que se dirige al bien deleitable y que en el hombre es regulado por la templanza) y el apetito irascible (que se dirige al bien arduo y que en el hombre es regulado por la reciedumbre).¹ También en los mamíferos se muestran diversidad de temperamentos (nervioso, muscular, pícnico) y reaccionan ante los bienes y males con más o menos fuerza o disposición según su temperamento y su carácter.

Nada de lo anterior se percibe en el mundo vegetal; los vegetales no tienen movimiento local ni sentidos, como la vista o el tacto; tampoco sienten placer ni dolor.

Hemos de aceptar, por tanto, que los animales, teniendo un medio de conocimiento o acercamiento a la realidad como son los sentidos, captan consecuencias adversas que provienen de la perfección o capacidad que tienen de sentir.² Si no sintieran no podrían percibir los malos olores y sabores; los sonidos capaces de dañarlos o que anuncian un peligro para ellos, y no tendrían dolor. De hecho, el dolor que siente un animal ante una quemadura o herida lo lleva a apartarse violentamente para proteger el resto del organismo, con lo cual uno de los fines del dolor se presenta como un anuncio para responder rápidamente ante lo que amenaza la vida o la integridad corporal.³ En el caso de la vaca que paría con dolor, el dolor mismo se constituía en un protector del nuevo vacuno (y, por tanto, de la especie), pues, si había tenido dolor la vaca-madre, esta atendía al ternero. Sin la atención de la madre, el ternero posiblemente moriría, a menos que el hombre se encargara de alimentarlo.

Se podría alegar en contra de este argumento que el dolor se presenta con mayor o menor intensidad sin que necesariamente refleje un mayor o menor peligro para la existencia del individuo adolorido. Así, una espina ensartada entre la uña y la piel de un dedo de la mano produce dolores muy intensos que no tienen relación con un daño de semejante proporción; por el contrario, una leucemia puede no producir dolores y, no obstante, tenernos al borde de la muerte. Esta aparente contradicción se aclara porque son los dedos y algunos otros miembros en donde hay una sensibilidad mayor que en el resto del cuerpo (tal vez con excepción de algunas vísceras), y esa sensibilidad es necesaria para nuestra existencia. Un animal que tuviera insensible la boca posiblemente terminaría comiéndose su propia lengua y muriéndose desangrado; por otro lado, la notable sensibilidad de los dedos permite al animal detectar y apresar más fácilmente su alimento.

Otra manifestación del dolor como consecuencia de la perfección del tacto lo observamos en el hambre o en la sed: un animal que no sintiera la molestia (dolor) del hambre o de la sed no buscaría comer o beber y se moriría. Por otra parte, si no hubiera un cierto gusto que se sacia en el comer o beber, el animal podría consumir alimentos que lo dañaran, o seguir comiendo y bebiendo hasta morir a causa de ello. Por supuesto, no podemos dejar de lado el instinto (estimativa) en cuanto sentido interno que le permite al animal dirigirse hacia lo que es bueno para su vida y para prolongar la especie.⁴

La posibilidad o el hecho de tener estos dos tipos de apetitos es lo que hace eficaz al dolor para conseguir los bienes arduos y, en algunos casos, también los concupiscibles. Saco a colación un ejemplo, aparecido hace un par de años en el artículo *El valor natural del dolor*: en un experimento científico efectuado con dos monos, se conectó a estos una corriente eléctrica. A uno de los monos se le enseñó a desconectar la corriente, al otro no. El primero desarrolló úlcera, el segundo no sufrió ningún daño físico. El animal que aceptó el dolor, se adaptó a él; el que no lo aceptó, se enfermó. Estas conductas no provienen de una decisión, por supuesto, son simples actitudes posiblemente instintivas o tal vez de carácter, como decíamos antes, pero que permiten enfrentar la realidad de un modo más o menos eficaz. Si fuéramos partidarios de la selección natural diríamos que el segundo mono fue el más apto —naturalistamente hablando— en la lucha por la vida.

En ocasiones, el ser humano adiestra animales para que superen ciertas situaciones negativas. Así, un instructor puede encerrar a un perro durante varios días para que venza su miedo a permanecer en lo oscuro y estrecho, lo cual es considerado una cualidad a su favor.

En resumen, la pregunta que se plantea al inicio de este escrito supone que el dolor o el sufrimiento es algo malo en el mundo animal. Nosotros vemos que el dolor no es un mal absoluto, sino que anuncia o refleja que algo anda mal. De manera similar, una alarma de robo o de incendio, al sonar, anuncia que algo malo está ocurriendo y, sin embargo, la alarma no es mala, todo lo contrario. Hemos de considerar, pues, que el dolor no es un mal absoluto sino relativo.

Además, el dolor proviene de una cierta naturaleza más perfecta (la animal) que la que tienen los seres vivos que no sienten, como son los vegetales. El tener sentidos y el dolor permiten al animal moverse en una vida más rica⁵ y dentro de un ámbito en el cual capta prontamente que hay amenazas para su vida o para su especie.

El esfuerzo que realiza el animal —en cierta forma, dolor—, le permite adquirir bienes arduos que no serían posibles de otra manera. Por ejemplo, el dolor del hambre o de la sed lo lleva a buscar alimento a pesar del esfuerzo que pueda costarle. En última instancia, el dolor vendría a ser el medio o acicate para conseguir bienes mayores.

No hay, por tanto, ninguna contradicción entre un Dios infinitamente bueno y la existencia de dolor en el mundo animal, porque el dolor es sólo un mal relativo.

Se podría plantear la posibilidad de un futurible: ¿sería posible hacer un mundo donde no hubiera dolor? Con toda seguridad que Dios lo podría hacer, pero, dadas las dificultades que hemos planteado, ¿sería mejor que el actual? La respuesta a esta última pregunta se saldría ya del fin de nuestro trabajo.

Algunas veces se plantea también la eticidad de la experimentación con animales.

Hay enfermedades en las que no es posible experimentar más que en seres humanos porque no son transmisibles a los seres inferiores,⁶ pero, ¿qué ocurre en el caso de enfermedades comunes a los animales y al ser humano? ¿Será posible experimentar e incluso sacrificar animales con el fin de buscar una solución para el ser humano?

Hemos de tomar en cuenta la dignidad de este último para dar respuesta a las preguntas: el hombre tiene una naturaleza de tipo racional (y espiritual) que está por encima de las demás creaturas terrestres. Todos los demás seres vivos los toma a su servicio y reina sobre ellos. Puede, y debe, alimentarse de ellos para sobrevivir. Es lo mismo que hacen los demás seres vivos (animales o vegetales, carnívoros o vegetarianos). Por lo tanto, si dada su inteligencia es capaz de hacer uso de animales y plantas para vencer sus propias enfermedades, no hay nada de ilícito en ello, al contrario. Lo que sí debe tomar en cuenta es tratar de evitar el dolor innecesario en los seres sensibles, esto es, no debe actuar con crueldad.

Otras veces se pregunta si es lícito hacer trasplantes de órganos de un animal al ser humano, aunque ello conlleve la muerte del animal.

La respuesta va en los mismos términos de la anterior: pueden hacerse esos trasplantes, puede hacerse uso de los órganos de los animales en servicio o en favor del hombre. En cambio, debe tenerse una gran precaución para no producir daño en el ser humano a consecuencia de esos trasplantes. Por ejemplo, serían ilícitos si se generara una conducta de tipo animal en el hombre a quien se le trasplanta un órgano o si se produjeran enfermedades graves al hombre (zoonosis).

El ser humano puede hacer uso para su bien de todos los animales y los vegetales. Puede aprovecharlos de la mejor manera que pueda: para comida, para vestido, como combustibles (grasas, aceites), como medicamentos, etc. Es la ley de la vida. Pero, como administrador que es de los bienes sobre la tierra, debe procurar cuidar las especies que son un patrimonio de toda la humanidad.

2. El valor natural del dolor en el hombre

“En realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros”.⁷

Recordemos el experimento mencionado en la primera parte de este artículo: el mono que se había adaptado al dolor mantuvo su salud, el que aprendió a apartarse del dolor, se enfermó. Aunque el experimento se había desarrollado con animales, se concluía que si un individuo aceptaba las condiciones adversas se sobreponía a ellas; si no las aceptaba, las consecuencias sobre su psique y sobre su organismo podían llevarlo a enfermar. Existen numerosos ejemplos en seres humanos. El Dr. Frankl nos da una gran variedad de estos casos en sus libros.

El dolor puede estudiarse desde varios puntos de vista. Estamos seguros que las plantas no pueden sufrir dolor porque este corresponde al sentido del tacto, propio del reino animal, en cuyo caso hablamos de un dolor físico. También sabemos que ciertas actitudes o acontecimientos pueden ser dolorosos a las personas, donde se habla de un sentimiento. Algunos pueden decir que “les han herido los sentimientos”. Por último, está la pasión que resulta de un bien ausente y que no puede recuperarse, esta es la tristeza.

Tal vez la inmediata actitud ante cualquier dolor físico o moral sea de rechazo, aunque después pueda venir una conducta meditada y aceptarlo con todas sus consecuencias. ¿Qué es lo que finalmente hace que el hombre acepte un dolor? Las respuestas pueden variar. Las de tipo espiritual-religioso son las más rápidas y eficaces. De momento veremos únicamente algunas de aquellas a las que nos pueda llevar la filosofía.

En principio, nos enfrentamos al hecho que todos los seres humanos padecemos dolor o sufrimiento. Según una división tradicional, el ser humano tiene dos tipos de apetito sensitivo: el concupiscible (dirigido al bien deleitable) y el irascible (dirigido al bien arduo o difícil). Debido al origen de la naturaleza humana (libre y responsable), cada uno de los actos dirigidos a la obtención de esos bienes tiene una regulación ética. Así, el fin de la obtención de un bien deleitable no está en el placer que pueda proporcionar, sino en lo que perfecciona al ser humano mismo. Análogamente, puede decirse algo similar de los bienes arduos. En este caso, el esfuerzo realizado lleva a dejar, abandonar o superar una situación relativamente más deleitable (y, por lo tanto, a producir un cierto

dolor) por alcanzar un bien de valor más alto. En la moderación del apetito concupiscible se llega a la virtud de la templanza. Se habla entonces de un ser humano de temple. Con la ordenación del apetito irascible se alcanza la fortaleza, virtud necesaria en los atletas y en todas aquellas personas que aspiran a superarse continuamente.

El enfrentarse a situaciones molestas, dolorosas, y superarlas es lo que va haciendo mejor al ser humano. Apartarse de ellas, esquivarlas, sólo alargará más una situación que terminará produciendo una crisis posterior. Sin embargo, no basta enfrentar las cosas de cualquier manera, sino que hay que buscar el mejor modo de resolverlas. Nos referimos a la actitud.

Lo anterior hizo decir a Frankl, en su obra *Psicoanálisis y existencialismo*, que “con arreglo al modo como cada uno lo acepta [lo irremisible] se abre ante nosotros una muchedumbre inmensa de posibilidades de valor. Esto quiere decir que la vida del hombre no se colma solamente creando y gozando, sino también sufriendo”⁸ y que “el debatirse del hombre con lo que el destino pone ante él es la misión más alta y la verdadera finalidad del sufrimiento”.⁹

“Mientras sufrimos, permanece viva [el alma]; más aún, el hombre... crece y madura en el sufrimiento, el dolor le temple, le hace más rico y más poderoso”.¹⁰

Hace años, en una empresa, conocí a un muchacho esforzado que estudiaba con intensidad sin conseguir éxito. Algunos directivos lo despreciaban, hablaban despectivamente de él y uno de ellos llegó a burlarse de su propósito de tratar bien a todas las personas declarando que al muchacho le había dado por andar con una sonrisa estúpida. Nuestro héroe continuó estudiando sin desmayo y sin hacer caso de las críticas (más bien recibéndolas con ánimo de mejorar y sin guardar rencores). En sus ratos libres se dedicaba a atender ancianos y enfermos —más contacto con el dolor— y a enseñar a niños paupérrimos y de muy poca cultura. Su personalidad se hizo recia y suave a la vez, su constancia lo llevó a coronar sus estudios, su contacto con el dolor —propio y ajeno— le hizo adquirir comprensión y mansedumbre incluso con sus detractores. Posteriormente, aquellos que lo vituperaban tuvieron que apoyarse en él y darle cabida en la dirección de la empresa. Muy posiblemente, Frankl se refería a un caso como este cuando escribió que “son precisamente los golpes del destino, descargados sobre la vida en la forja

ardiente del sufrimiento, los que le dan su forma y su estructura propias".¹¹

Hay en el ser humano, por consiguiente, valores de actitud, superiores quizá a otros de creación o de vivencia en algunos casos, que hay que tomar muy en cuenta y que se fraguan en el dolor.¹² Frankl cita el ejemplo de tres muchachos exploradores ingleses que fueron condecorados por mantener el sentido de la vida y el buen humor a pesar de estar en un hospital aquejados de enfermedades incurables. Esta actitud fue considerada por los jueces como superior en mérito a realizaciones de otros exploradores.¹³

Dijimos anteriormente que llegaríamos a conclusiones tomadas de la filosofía. Una de las áreas que se olvida con frecuencia en la filosofía es la correspondiente a la primera causa o motor inmóvil: Dios. La razón demuestra que Dios no sólo es creador, sino que conserva a los seres en la existencia. Además, es providente (vela por cada uno de ellos) y gobernador del mundo (dirige las cosas a su fin). Queda, entonces, ante el sufrimiento, no sólo la alegría de saber que uno puede colaborar en la mejora de sí mismo, sino la confianza —más que segura— de que todas las circunstancias que nos rodean y que inciden sobre nosotros han sido previstas por Él para llevarnos a cumplir nuestro fin: Dios mismo y, en Él, nuestra felicidad.

Acabamos de decir que el fin del hombre es la felicidad. ¿Son compatibles la felicidad y el dolor?

Hace ya muchos años, Aristóteles planteó un problema similar¹⁴ al preguntarse si el placer es *el bien* y si la felicidad está en la diversión, y terminó concluyendo que la felicidad está en los actos conformes con la virtud y, de modo especial, en la contemplación.¹⁵

Más tarde, los filósofos cristianos —entre ellos Santo Tomás de Aquino— concluyeron que el fin del hombre está en Dios, y en su contemplación tiene la suprema felicidad.¹⁶

Pero si la felicidad del hombre no está en el placer quiere decir que, cuando aparezca el dolor (la ausencia y contrario del placer), tampoco tiene que ir en contra de la felicidad. Veamos lo que nos dice Escrivá de Balaguer: "Te quiero feliz en la tierra. —No lo serás si no pierdes ese miedo al dolor. Porque mientras 'caminamos', en el dolor está precisamente la felicidad".¹⁷ Por lo tanto, pasaremos la vida con dolor y sufrimiento.

El dolor forma parte de nuestra vida, como lo muestra la siguiente experiencia: una persona comentó que, en más de sesenta años, a su padre nunca le había dolido la cabeza. Cuando le sucedió por primera vez, el padre empezó a gritar y a ponerse nervioso pensando que iba a morir. Le dieron una aspirina y, al poco tiempo, se le quitó el dolor y volvió a la normalidad. Así pues, no nos hemos de extrañar del dolor físico ni de otros tipos de dolores que se nos presentan o presentarán. Algunos de estos son el dolor a aceptarse como uno es —con nuestros defectos o deficiencias—, y el dolor de superar ciertas actitudes, como por ejemplo, que le nieguen a uno la palabra, el que hablen mal de uno, el vencerse a sí mismo, el no saberse vencer, el sobrellevar una injusticia, fracasos, etc. En definitiva, hay que adquirir una serie de virtudes para saber sobreponerse al dolor.¹⁸ O tal vez sea también a la inversa; al sobreponernos al dolor vamos mejorando en virtudes.

Hay dolor en la angustia, en la ansiedad, en el cansancio (y en la necesidad de descanso), en el agotamiento, en el estrés. Hay dolor en aceptar a los demás como son. Pero todo ello, si se acepta, le permite al hombre perfeccionarse en el dolor y con el dolor y estar en camino de la felicidad.

Puede presentarse, entonces, una pregunta: ¿debe dejarse el dolor o hay que quitarlo?

La ética hace distingos según la intensidad del dolor. Los dolores leves tal vez es mejor dejarlos pasar a menos que impidan trabajar o ejercer deberes. Los dolores moderados conviene eliminarlos porque impiden bienes e intereses superiores, por ejemplo un dolor de cabeza puede impedir la convivencia. Incluso pueden prevenirse cuando todavía son leves, dando la medicación adecuada. Los dolores fuertes deben tratar de eliminarse hasta donde sea posible porque provocan daños que obligan a defenderse de él, es decir, pasan a producir males físicos. Cuando el dolor es intolerable, el tratamiento puede llevar incluso a suprimir la conciencia y hasta a reducir el tiempo de vida, siempre que esto se dé como una consecuencia indirecta. A veces el tratamiento del dolor exige el uso de estupefacientes (morfina, propoxifeno, etc.), con efectos secundarios no deseables. Lo mismo que se dice de estos dolores puede aplicarse a los dolores sufridos cuando se acerca la muerte. Sin embargo, siempre se deben respetar las obligaciones que el enfermo tenga para cumplir con su religión o para cumplir deberes graves. Así, dentro de la

religión católica, se debe tener en cuenta que el enfermo querrá recibir los últimos sacramentos o ser atendido espiritualmente.

El dolor en el humano tiene un sentido y hay que enseñar al enfermo a encontrarlo. Toda persona doliente tiene un sentido en su situación, incluso las personas que están en coma o tullidas. En este caso, el sentido de su vida es el ayudar a que los que lo están asistiendo se perfeccionen con su trabajo. Esta conclusión es muy importante, pues da una solución a las personas que piensan que ya no puedan esperar nada de la vida, cuando en realidad es la vida la que puede esperar de ellas.

Frankl nos dice: “cuando un hombre descubre que su destino es sufrir, ha de aceptar dicho sufrimiento, pues esa es su sola y única tarea. Ha de reconocer el hecho que, incluso sufriendo, él es único y está solo en el Universo. Nadie puede redimirle de su sufrimiento ni sufrir en su lugar. Su única oportunidad reside en la actitud que adopte al soportar su carga”.¹⁹

3. El valor sobrenatural del dolor

Hace algunos años, una enferma que estaba cubierta de yeso y ensangrentada, se debatía entre quejas y grandes incomodidades. Un joven se le acercó y, luego de consolarla, le pidió que repitiera: “Bendito sea el dolor. Amado sea el dolor. Santificado sea el dolor... ¡Glorificado sea el dolor!”.²⁰ La enferma se tranquilizó, dejó de quejarse y sobrellevó con una gran serenidad su situación.

No se puede negar al médico el derecho y el deber de acercarse al enfermo a Dios, de abrirle su dimensión espiritual por completo,²¹ en cualquier religión que tenga el enfermo. Para el cristiano, “el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado”.²²

El cristiano tiene una enorme oportunidad de demostrar su grandeza espiritual cuando acepta que el misterio del hombre es también el del dolor humano. Para el cristiano la salvación se hizo con dolor, por medio de la obediencia. Ha de considerar que bastaba una acción cualquiera de Dios, un padecimiento cualquiera a Jesucristo. Sin embargo, Él quiso ser generoso sin medida, para que viéramos lo que requería reparar el mal moral y lo que fue el daño en la naturaleza humana.

Pocas personas han tratado tan bien la relación del dolor con el crecimiento espiritual como Juan Pablo II, en su Encíclica *Salvifici*

doloris (el sentido cristiano del sufrimiento humano). Me baso en su escrito para tratar este tema.

La persona humana puede aprender de Jesucristo lo que es el sufrimiento voluntario, el sufrimiento por los demás y el sufrimiento de los inocentes. Nadie debe hacerse la pregunta: ‘¿por qué yo?’, más bien debería preguntar: ‘¿por qué Él?’.²³

El dolor tiene ya una respuesta de tipo espiritual.²⁴ Si —como se vio en la primera parte de este artículo— el dolor en el animal tiene un por qué, el dolor del ser humano tiene una dimensión a la que no le es permitido llegar al animal.²⁵

Esta dimensión espiritual nos da una cierta solidaridad con el resto de la humanidad; esta pasa a ser una fraternidad.

En cierta película que trataba sobre un prestamista judío, muchos de los personajes tuvieron que sufrir heridas por un asalto, pero el prestamista no tuvo ni un rasguño. Al final, el prestamista, manifestando su solidaridad con los heridos, hunde su mano en un clavo para colocar papeles: para él no era posible salir indemne de esa situación.

En el cristianismo, Jesucristo se abrió al sufrimiento humano. ¿Qué necesidad tenía de padecer? Sólo el amor al ser humano. En la Encíclica, Juan Pablo II usa como estribillo una frase de San Pablo: “suplo en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo por su cuerpo, que es la Iglesia”,²⁶ esto es, hay una solidaridad con el resto de los cristianos y un participar en el sufrimiento por Jesucristo para seguir su mismo camino, en la vida, en la muerte y en la gloria.²⁷

El sufrimiento lleva al hombre a crecer en sus fuerzas, especialmente interiores, y a hacerlo mejorar como persona. Llega, incluso, a hacerle cambiar la visión que debe tener de la vida y de su propia vocación en el mundo. El hombre adquiere madurez y grandeza espiritual.²⁸

Cada hombre debe buscar el sentido espiritual que tiene el dolor —fenómeno que toca lo natural y lo sobrenatural—, y responder de forma personalísima ante él.²⁹

El dolor lleva a la compasión, al respeto y al temor, pero para superarlo se debe ayudar, de manera eficaz, al que sufre. La entrega a los demás será ese medio adecuado de superarlo.³⁰

El médico y los que colaboran en trabajos que buscan la salud son personas que están en posición inmejorable para vivir esa entrega a los demás en la que está de por medio el dolor.³¹

El sentido del sufrimiento es, por tanto, de tipo natural (humano) y de tipo sobrenatural, y lo común en ambos es vivirlo por amor.

Conclusión

El dolor tiene varios sentidos tanto en el reino animal como en el ser humano.

En el reino animal es una característica de los seres que tienen sentidos, los cuales le permiten una mayor riqueza y perfección de vida. Más que un mal absoluto, el dolor en el animal es una especie de alarma que anuncia que algo va mal y que avisa al animal para que reaccione ante estímulos que pueden dañar su vida.

En el ser humano el dolor, además de poseer esas cualidades, es un medio que permite el perfeccionamiento del hombre en el nivel natural, y que lo lleva a superarse. Por otra parte, para el cristiano, es uno de los mejores medios que tiene para unirse a Dios, para purificarse, para solidarizarse con el resto de la humanidad y para desarrollar su capacidad de comprensión, de compasión y de respeto.

Notas y bibliografía

¹ AQUINO, Santo Tomás, *Suma Teológica I*, q. 81, a. 2, c.

² JOURNET, Charles, *El mal* (Trad. de Raúl Gabás). Ed. Rialp. Madrid, 1965, p. 128.

³ *Ibid.*

⁴ AQUINO, Santo Tomás, *Suma Teológica I*, q. 78, a. 4, c.

⁵ JOURNET, Charles, *El mal...*, p. 128.

⁶ No se trata del caso de experimentación humana con enfermedades mortales que no tienen cura. Por ejemplo, antes de encontrar la vacuna contra la rabia hubiera sido ilícito inocularse voluntariamente el virus de la rabia para ver si se podía obtener una vacuna. Dicha acción hubiera equivalido muy probablemente a un suicidio.

⁷ FRANKL, Viktor, *El hombre en busca de sentido* (Trad. de Diorki). 16a. ed. Ed. Herder. Barcelona, 1994, p. 78.

⁸ FRANKL, Viktor, *Psicoanálisis y existencialismo* (Trad. de Carlos Silva y José Mendoza). 2a. ed., 5a. reimp. Ed. FCE. México, 1987, p. 159.

⁹ *Ibid.*, p. 161.

¹⁰ *Ibid.*, p. 163.

¹¹ *Ibid.*, p. 165.

¹² *Ibid.*, p. 159.

¹³ *Ibid.*, pp. 166 y 167.

¹⁴ ARISTOTELES, *Ética nicomaquea*, L. X, cc. 3 y 6.

¹⁵ *Ibid.*, L. X, c. 8.

¹⁶ AQUINO, Santo Tomás. *C.G.*, L. III, cc. 25 y 37.

¹⁷ ESCRIVA DE BALAGUER, *Josemaría*. Camino. Ed. Rialp, Madrid, 1992, n. 217.

¹⁸ *Ibid.*, n. 404. “¡Has fracasado! -Nosotros no fracasamos nunca (...). Convéncete de esta verdad: el éxito tuyo -ahora y en esto- era fracasar”. n. 405: “No has fracasado: has adquirido experiencia. ¡Adelante!”.

¹⁹ FRANKL, Viktor, *El hombre en busca...*, p. 79.

²⁰ ESCRIVA DE BALAGUER, *Josemaría...* n. 208.

²¹ *Ibid.*, n. 234: “¡Cómo ennoblece el dolor, poniéndolo en el lugar que le corresponde (expiación) en la economía del espíritu!”.

²² CONCILIO VATICANO II, *Const. Apost. Gaudium et spes*, n. 22.

²³ JUAN PABLO II, Carta Apostólica *Salvifici doloris* (1984), 2a. ed. Ed. Paulinas. México, mayo 1984, n.18: “El sufrimiento humano ha alcanzado su culminación en la pasión de Cristo”. Pueden verse también los discursos de Juan Pablo II dirigidos a los enfermos a lo largo de su pontificado en *Juan Pablo II a los enfermos*. 3a. ed. Ed. Eunsa. Pamplona, 1982.

²⁴ JUAN PABLO II, *Salvifici doloris*, n. 19: “En la cruz de Cristo no sólo se ha cumplido la redención mediante el sufrimiento, sino que el mismo sufrimiento humano ha quedado redimido”.

²⁵ *Ibid.*: “Todo hombre tiene su participación en la redención. Cada uno está llamado también a participar en ese sufrimiento por medio del cual todo sufrimiento humano ha sido también redimido (...). Todo hombre, en su sufrimiento, puede hacerse también partícipe del sufrimiento redentor de Cristo”.

²⁶ *Santa Biblia*, Col. 1, 24.

²⁷ JUAN PABLO II, *Salvifici doloris*, n. 22. “Quienes participan en los sufrimientos de Cristo están también llamados, mediante sus propios sufrimientos, a tomar parte en la gloria. Pablo expresa esto en diversos puntos. Escribe a los Romanos: ‘Somos... glorificados. Tengo por ciertos que los padecimientos del tiempo presente no son nada en comparación con la gloria que ha de manifestarse en nosotros’ [Rom. 8, 17-18] (...). El apóstol Pedro expresará esta verdad en las siguientes palabras de su primera carta: ‘Antes habéis de alegraros en la medida en que participáis en los padecimientos de Cristo, para que en la revelación de su gloria exultéis de gozo’ [1 Pe, 4, 13]”.

²⁸ *Ibid.*, n. 26. “A través de los siglos y generaciones se ha constatado que en el sufrimiento se esconde una particular fuerza que acerca interiormente el hombre a Cristo, una gracia especial (...). Fruto de esta conversión es no sólo el hecho de que el hombre descubre el sentido salvífico del sufrimiento, sino sobre todo que en el sufrimiento llega a ser un hombre completamente nuevo. Halla como una nueva dimensión de toda su vida y de su vocación. Este descubrimiento es una confirmación particular de la grandeza espiritual que en el hombre supera el cuerpo de modo un tanto incomprensible. Cuando este cuerpo está gravemente enfermo, totalmente inhábil y el hombre se siente como incapaz de vivir y de obrar, tanto más se ponen en evidencia la madurez interior y la grandeza espiritual, constituyendo una lección conmovedora para los hombres sanos y normales”.

²⁹ *Ibid.* “Cristo no responde directamente ni en abstracto a esta pregunta humana sobre el sentido del sufrimiento. El hombre percibe su respuesta salvífica a medida que él mismo se convierte en partícipe de los sufrimientos de Cristo (...). El hombre no descubre este sentido a nivel humano, sino a nivel del sufrimiento de Cristo. Pero al mismo tiempo, de este nivel de Cristo aquel sentido salvífico del sufrimiento desciende al nivel humano y se hace, en cierto modo, su respuesta personal. Entonces el hombre encuentra en su sufrimiento la paz interior e incluso la alegría espiritual”.

³⁰ *Ibid.*, n. 4. “El sufrimiento humano suscita compasión, suscita también respeto y, a su manera, atemoriza”. Hay que ser “sensible al sufrimiento ajeno” (n. 28), hay que conmoverse ante la desgracia del prójimo, pero no hay que quedarse en sólo eso. La conmoción y la compasión debe ser sólo el motor o “estímulo a la acción que tiende a ayudar al hombre” (n. 28) doliente o sufriendo de manera eficaz. “El hombre no puede ‘encontrar su propia plenitud si no es en la entrega sincera de sí mismo a los demás’ (G. S., n. 24)” (n. 28).

³¹ *Ibid.*, n. 29. “¡Cuánto tiene ‘de buen samaritano’ la profesión del médico, de la enfermera, u otras similares! (...) la parábola del samaritano del Evangelio se ha convertido en uno de los elementos esenciales de la cultura moral y de la civilización universalmente humana”.



Oaxaca, Oaxaca. Interior de la Iglesia de Santo Domingo. Siglo XVII.

La ética del procedimiento clínico

G. Federspil*, C. Macor**

Resumen

El artículo aborda el problema de la relación entre saber científico y práctica clínica.

La medicina es una disciplina que busca tanto el conocimiento de numerosos fenómenos biológicos como la posibilidad de modificarlos. Presenta aspectos teóricos y operativos y estos, en realidad, son diferentes sólo en apariencia, puesto que el “hacer” de la técnica no es un “hacer” cualquiera, sino un “hacer eficaz”, que surge del conocimiento de una serie de procedimientos operativos proyectados a fin de alcanzar determinados objetivos.

Después de subrayar que el “saber racional”, surgido durante la civilización helénica, encuentra su culminación en el siglo XVII con el nacimiento de la ciencia experimental, los autores ilustran el nacimiento de la medicina moderna, como ciencia aplicada, que es capaz -superando el empirismo- de proporcionar las razones por las cuales se actúa de una determinada manera.

Tras argumentar sobre la necesidad de la ética en la ciencia, se analiza la medicina como ciencia aplicada, cuyo fin es la salud del hombre. Así, el médico debe atenerse correctamente a las reglas consolidadas del procedimiento clínico, a su metodología

* Instituto de Semiótica Médica, Cátedra de Medicina Interna y Enseñanza adjunta de Historia de la Medicina, Università degli Studi de Padua.

** Doctor de Investigación.

y en los contenidos; además está llamado a ejercer la ciencia médica de manera que alcance los objetivos que constituyen esa disciplina, adecuándose a los conocimientos científicos más actualizados y consolidados.

En este trabajo se abordará un problema muy general, pero que reviste importancia de primer orden para la práctica clínica: el problema de las relaciones que se establecen entre el conocimiento científico y la actividad clínica cotidiana.

La cuestión puede plantearse en la forma de dos diferentes preguntas: si el médico está obligado a adecuarse a un cierto comportamiento profesional, y cuáles son las razones por las que está obligado a apegarse a este comportamiento. Para tratar de dar una respuesta a estos dos interrogantes es oportuno plantearse otra pregunta, mucho más elemental: ¿qué somos los médicos? O bien, ¿qué es esa actividad que profesamos y que se conoce comúnmente con el nombre de medicina? Si logramos dar una respuesta racional a esta pregunta no será fácil luego responder a los interrogantes de los que hemos partido.

Es de todos conocido ese viejo adagio según el cual “la medicina es arte y ciencia”, lo cual quiere decir, en realidad, que la medicina es por lo menos dos cosas diferentes y que, mientras por un lado es una ciencia (un conocer), por el otro es actividad (un hacer). Algunos han expresado la opinión de que la actividad médica es sustancialmente una técnica y que por consiguiente la medicina se reduce, en parte, en una actividad técnica. Llegados a este punto se hace necesario observar, como lo hace oportunamente Evandro Agazzi, que el “hacer” de la técnica no es un “hacer” cualquiera, sino un “hacer” especial, un “hacer” eficaz.¹

La técnica se remonta a los tiempos más antiguos de la civilización humana y “puede considerarse, en sentido amplio, como una acumulación de procedimientos operativos, útiles desde el punto de vista práctico, para alcanzar fines particulares” (Agazzi). Así, constituye un “saber cómo se hacen ciertas cosas” sin implicar que también se deba saber por qué esas cosas se hacen de un cierto modo. Por poner un ejemplo, técnica

es hacer adelgazar a un hombre obeso impidiéndole nutrirse aun cuando se desconozcan las razones por las que adelgaza, y también es técnica administrar una infusión de hojas de *digitalis lanata* sin saber cómo esta infusión modifica el estado de salud de algunos enfermos.

Sin embargo, a partir de la civilización helénica la técnica cambia profundamente de naturaleza. En el ámbito de esa civilización surge la idea totalmente nueva en la historia del pensamiento humano: la idea del por qué. En el pensamiento griego los hombres comienzan a preguntarse por qué el mundo está hecho de una cierta manera y no de otra, por qué ciertos acontecimientos se presentan con regularidad y por qué algunos otros no se presentan nunca, y con estas preguntas es como surge esa forma de conocimiento que nosotros llamamos hoy saber racional. Pues bien, precisamente con esta forma de saber surge también la idea de la tecnología, que se identifica con la convicción según la cual no basta saber cómo se hacen ciertas cosas, sino que hay que saber también por qué se hacen de una determinada manera.

En realidad, la idea de la tecnología —aunque se originó hace ya 2,500 en la Grecia clásica— sólo en el siglo XVII llegó a madurar con el nacimiento de la ciencia experimental. Por aquella época, en efecto, se originó una forma de saber absolutamente nueva que, junto con el saber del conocimiento, tenía como objetivo la capacidad del hombre de modificar al mundo y de ejercer sobre este un cierto señorío. La nueva forma de saber se hizo una realidad concreta al aplicarse a proyectar y construir “artefactos”, es decir, instrumentos de los cuales se conocía su funcionamiento y su finalidad desde el principio.

Si consideramos la ciencia moderna y sus productos, podemos constatar con facilidad cómo estos últimos son esencialmente “artefactos”. En efecto, “artefacto” es un esfigmómetro o un aparato de Forlanini y “artefacto” es una compresa que contiene cierta sustancia capaz de curar una enfermedad.

A la luz de todo esto, podemos ahora dar una primera respuesta a la pregunta sobre la medicina moderna: la medicina es una ciencia, pero no sólo esto. No es sólo un saber sino también tecnología; es a un tiempo un “saber” y un “saber hacer” que proporciona las razones por las cuales se debe actuar de una cierta manera. En términos más comunes podemos afirmar que la medicina es al mismo tiempo una ciencia pura y una ciencia aplicada.²

Con lo anterior, podemos entrar en el corazón de nuestro problema y preguntarnos: ¿tiene sentido proponer un código deontológico para una actividad científica? O, en un ámbito más circunscrito, ¿tiene sentido proponer un código deontológico para una actividad diagnóstico-terapéutica? El término “deontología” lo acuñó en el siglo XVIII el filósofo inglés Jeremy Bentham, el cual lo utilizó en una obra dedicada “a la virtud y a la doctrina de la práctica de la virtud”. Bentham definió a la deontología como aquella “parte de nuestras acciones a la cual el derecho positivo deja campo libre”. Por tanto, es evidente que se ocupa de aquellos mandatos que los hombres se imponen y que están fuera de las prescripciones previstas explícitamente por las leyes. Si se consulta un Código de Deontología Médica se puede constatar fácilmente que se ocupa de una gran cantidad de normas, que van desde las modalidades con las cuales debe ser ejercida la profesión médica, hasta las relaciones entre colegas y la remuneración de las prestaciones profesionales.

Ahora bien, parece legítimo plantear una cuestión de fondo. Dado que la medicina es una ciencia y una tecnología, ¿qué sentido tiene hacer obligatorios ciertos comportamientos que conciernen a la actividad científica? O también, ¿existe una ética de la ciencia? Este tema merecería ser adecuadamente profundizado tanto por los moralistas como por los sociólogos del conocimiento o, finalmente, por los estudiosos de la bioética. Muchos piensan, en efecto, que el comportamiento del científico es tan natural que no precisa ser regulado por un código de comportamiento. En realidad, el problema del comportamiento correcto de los científicos se va imponiendo a la atención general y algunas sociedades científicas han comenzado a ocuparse activamente de la cuestión. A este propósito convendría citar las palabras de un conocido epistemólogo, Gerald Holton: “ahora que el número de científicos ha aumentado tanto y que los ritmos de trabajo son tan frenéticos, tal vez es bueno que exista un documento que explique lo que en otro tiempo era más fácil aprender por ósmosis o con el ejemplo, esto es, que exista un código ético que guíe a la comunidad científica; que quien contravenga sus normas pueda poner en riesgo su propia carrera, el juicio del público, tal vez vidas, y seguramente a la ciencia misma; que exista la obligación moral de reducir al mínimo tanto la deshonestidad deliberada como el error accidental, no sólo en la investigación sino también en actividades como las de arbitraje y de consulta a los propios colegas”.³

Sin embargo, a esta tesis que cada vez se difunde más y que apoya con fuerza la importancia de una ética científica, podría hacerse una objeción: si la ciencia por naturaleza carece de valores, es decir, si intrínsecamente es no valorativa, ¿cómo puede tener una ética? La respuesta a la pregunta no es difícil y se resuelve al afirmar que aun cuando los juicios científicos no son juicios de valor, sino sólo enunciados en los que se describe y/o se explica la realidad que cae bajo nuestros sentidos, la ciencia en sí misma parece fundada en valores.⁴ Evandro Agazzi escribe: “consideremos la ciencia pura; el fin que la caracteriza es la consecución de un conocimiento verdadero (o, por lo menos, lo más objetivo y riguroso posible); este es un auténtico valor y su búsqueda constituye una actividad lícita e incluso moralmente meritoria”.

Ahora bien, parece estar claro que si el conocimiento es un valor y si la ciencia es el instrumentos que permite alcanzar ese conocimiento, entonces la ciencia misma y la tecnología —que es un producto de la ciencia—, constituirán en sí mismas valores. Pero, si la ciencia constituye un bien que hay que buscar, entonces los instrumentos que permiten conseguir ese bien asumirán ellos mismos un valor positivo. Y es precisamente por este motivo por el que las reglas del método científico asumen un valor positivo y se vuelven reglas vinculantes para quien quiere alcanzar el conocimiento de la realidad empírica.⁵

En esto se resume la ética del investigador: en si la ciencia es un bien que debe ser buscado, y si se decide buscarlo, entonces las reglas que permiten alcanzar ese bien se hacen obligatorias y su deliberada inobservancia se vuelve un acto moralmente reprobable.⁶

Dicho todo esto sobre la ciencia en general, podemos pasar a examinar la medicina. Puesto que, como hemos visto, la medicina es una ciencia aplicada, convendrá analizar mejor en qué consiste una ciencia de este género. Respondiendo a esta pregunta, John Stuart-Mill sostenía, ya en el siglo pasado, que una ciencia aplicada es una ciencia que posee dentro de ella un fin. Así, no es sólo un conocer, sino también un “hacer orientado hacia ciertos fines” muy precisos y, hablando en concreto de la medicina, Stuart-Mill afirmaba que el fin constitutivo de la medicina era la salud del hombre. En otras palabras, quien se dedica a la medicina, tanto en la investigación como en la práctica diaria, no puede no tener un fin, y es precisamente por la existencia de este fin —la salud— por lo que la medicina se distingue de la biología pura, y el médico se

diferencia del biólogo. De esta manera, se puede ver bien cómo el médico tiene dos distintos tipos de deberes: el primero consiste en aplicar de manera correcta la ciencia que dice profesar; el segundo, en ejercerla de tal modo que alcance los objetivos que dan vida a su misma disciplina. Sin embargo, por lo que se refiere al primer punto, ¿quién o qué cosa podrá decirnos si un médico está ejerciendo correctamente su disciplina? Para dar una respuesta adecuada a esta pregunta es necesario recordar que la ciencia está constituida por dos partes distintas, estas son, el método y el contenido.⁷

Pues bien, en la práctica médica el procedimiento clínico, en todas sus variadas facetas, no es otro que el método de la ciencia aplicado a la medicina. Por tanto, el primer deber del médico será atenerse a las reglas de procedimiento clínico, tal como este se ha venido estructurando a través del tiempo, desde Thomas Sydenham hasta el presente.

El segundo deber del médico es el de conformarse al contenido de la ciencia;⁸ y el contenido de la ciencia médica está representado por el conjunto de hechos, leyes y teorías que hoy conocemos y/o consideramos válidas.

La actividad clínica tiene, pues, dos imperativos éticos internos.⁹ El primero proviene del deber de ser congruentes con nosotros mismos y de no excluir lo que se declara querer hacer y que consiste en seguir las reglas del correcto procedimiento clínico; el segundo, en cambio, consiste en aplicar las nociones científicas más consolidadas y al mismo tiempo más actualizadas. Como recomienda el Código de Deontología Médica cuando trata de los deberes generales del médico clínico, “toda prescripción y todo tratamiento deben estar inspirados en las más actualizadas y experimentadas adquisiciones científicas (y en la más escrupulosa observancia de la relación riesgo/beneficio)”.

Pero —podemos preguntarnos una vez más— ¿cuál es la ciencia a la que debemos referirnos? Es fácil comprobar cómo junto a la medicina que es enseñada en las aulas universitarias se han ido difundiendo en los últimos años numerosas doctrinas y prácticas diagnóstico-terapéuticas que se autodeclaran científicas y que no tienen ningún punto de contacto con la primera.¹⁰

Algunas de ellas pertenecen a tradiciones culturales totalmente ajenas a la tradición racional del pensamiento occidental, mientras otras, sin formar parte de las llamadas medicinas alternativas, tampoco participen del mundo auténtico de la medicina científica.

Estas prácticas, aun sin rechazar los conocimientos científicos más consolidados, los aplican de una manera distorsionada y arbitraria. Así, por ejemplo, en el ámbito de las enfermedades del metabolismo, existen numerosos médicos que administran sistemáticamente dietas incongruentes, basadas en presupuestos teóricos muy discutibles y prescriben medicamentos en dosis y en asociaciones carentes de racionalidad y a menudo peligrosas.

¿Existe entonces un criterio unívoco y razonablemente seguro que permita distinguir la ciencia de la pseudo-ciencia? Una vez más la respuesta es de naturaleza epistemológica y consiste en reconocer el papel central del método científico. Efectivamente, así como en la investigación científica general es la adherencia a las reglas del método lo que identifica al auténtico investigador, en la medicina es la observancia de las normas del correcto procedimiento clínico lo que distingue al médico científico del paracientífico.

Todo esto no quiere significar que el método científico sea una garantía absoluta de verdad, ni que sus reglas sean obligatoriamente inmutables; sólo quiere afirmar que las reglas deben ser observadas por todos aquellos que han aceptado públicamente respetarlas.

En último análisis, la ética del procedimiento clínico se puede resolver en la ética del juego; de hecho, el requisito moral mínimo que se requiere de todo aquel que participa en un juego es de no hacer trampas, esto es, de no desentenderse de esas mismas reglas que, al sentarse a la mesa, ha aceptado observar tácitamente.

Referencias bibliográficas

- ¹ AGAZZI, E., *Il bene, il male e la scienza*, Milán: Rusconi, 1992.
- ² AZZONE, G.F., *Scienza, tecnologia de etica nella medicina sperimentale e clinica*, en SCANDELLARI, C., FEDERSPIL, G., *Scoperetae diagnosi in medicina*, Padua: Piccin, 1983.
- ³ HOLTON, G., *Le responsabilità della scienza*, Roma-Bari: Laterza, 1993.
- ⁴ FEDERSPIL, G., *Discorso scientifico e discorso etico in medicina: antiche e nuove problematiche*, en AA. VV., *Etica e trasformazioni tecnologiche*, Milán: Vita e Pensiero, 1987: 210; ID., *Y fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale*, Padua: Piccin, 1980.
- ⁵ ANTISERI, D., *Teoria unificata del metodo*, Padua: Liviana, 1981.
- ⁶ FEDERSPIL, G., SCANDELLARI, C., *Le medicine alterantive*, *Le Scienze* 1993, 299-38-47.
- ⁷ SCANDELLARI, C., FEDERSPIL, G., *Metodologia clinica*, Informe en el 86 Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna, Roma: Pozzi, 1985.
- ⁸ POPPI, A., *Etiche del Novecento. Questioni di fondazioni e metodo*. Nápoles: Edizioni

Scientifiche Italiane, 1993; ID., *Etica della conoscenza scientifica*, Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana, 1989.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ FEDERSPIL, SCANDELLARI, *Le Medicine...*



Puebla, Puebla. Capilla del Rosario. Detalle del coro.

Recensiones

*a cargo de Vicenza Mele**

VON ENGELHARDT, D. (a cargo de), *Ética e medicina*, Milán: Guerini, 1994, 365 páginas.

El texto *Ética e medicina* recoge la traducción italiana del ciclo de lecciones que se impartieron en los semestres 1986-1988 en la Universidad de Lübeck, y es un ejemplo de la actividad llevada a cabo anualmente en dicho centro.

El curso consta de algunas lecciones de carácter fundamental, y numerosas lecciones específicas sobre problemas de bioética en los diversos sectores de la medicina. Es significativo el hecho que los autores-profesores sean en general profesionistas que ejercen la medicina: neurólogos, psiquiatras, cirujanos, con pocas excepciones como, precisamente, D. von Engelhardt, director del Instituto de Historia de la Ciencia y de la Medicina de Lübeck, y F. Hartmann, historiador de la medicina que dirige el Centro para la Salud Pública de Hannover. Von Engelhardt y Hartmann son en realidad dos profesores que ofrecen algunas reflexiones de orden más estrictamente filosófico.

Hartmann parte de la siguiente definición de ética: *el concepto de ética debería indicar el esfuerzo del espíritu hacia los primeros principios universalmente válidos del quehacer humano, es decir, hacia los principios que hay que buscar en vista de los objetivos últimos.*

El trasfondo de la ética médica es la máxima hipocrática: *primum non nocere*; ayudar y, cuando menos, no perjudicar. Englobada en esta perspectiva, la ética médica utiliza el espacio libre entre las leyes universalmente válidas y la condición particular en que un enfermo y un médico se van a encontrar. El único método adecuado para darse cuenta

de las situaciones de tensión moral y para resolver cada caso de la mejor manera posible es el diálogo y la argumentación —con el enfermo, con los parientes, con los colegas y consigo mismo— y la reflexión autocrítica. La discusión llevada a cabo, respetando el peso de los diferentes puntos de vista, satisface de la mejor forma la dialéctica de los datos de hecho y de las situaciones problemáticas interhumanas. “El enfoque ético que considero realista y útil podría indicarse como una ética del razonamiento abierto. Y puesto que está fundamentalmente abierto, las decisiones para la acción son provisorias y fragmentarias, con residuos insatisfactorios. Precisamente esta insatisfacción hace avanzar al razonamiento. Aquí se encuentran resistencias, opiniones, actitudes y responsabilidades”.

Según Hartmann, el razonamiento puede llevarse a cabo merced a la confianza común en la naturaleza del hombre, o bien en su continua capacidad de superación. En alguna medida la filosofía de Hartmann recuerda el “sé que no sé nada” socrático. Si sé que no sé me veo incitado a superar mis conocimientos, pero para superar mis conocimientos debo tener confianza en mi capacidad de poder lograrlo. Según Sócrates, también el diálogo desempeñaba una función fundamental, pero su función era mayéutica: hacer salir del hombre la verdad que habitaba en él. Para Hartmann no se llega nunca a conocer la verdad; la dialéctica consigo mismo, con los demás, se prolonga hasta el infinito. A juicio del autor, el diálogo en la medicina debe enfocarse a tres niveles: 1) el diálogo cotidiano con el enfermo; 2) el diálogo con los colegas; 3) el diálogo público con los enfermos potenciales.

Von Engelhardt afirma la necesidad/fundamentalidad de un basarse en la ética: “esta no puede agotarse en descripciones, y quien considera que se atiene a la ética debe soportar la tensión entre norma y realidad; la ética está vinculada con la psicología, con la sociología y con la biología misma, pero no puede ser deducida de estas disciplinas” (falacia naturalista...). “No se pueden hacer previsiones absolutas de las consecuencias del hacer; las perspectivas deontológicas y teleológicas deberían completarse recíprocamente”. Los valores pueden ser conocidos y también reconocidos, pero como tales no se hacen todavía comprensibles en su legitimidad o necesidad. Estos conceptos se refieren a la fundamentación de la ética. Según el autor, subsiste, sin embargo, una diferenciación entre fundamentación ética, *praxis* ética y aplicación de la ética en la

práctica. Las deducciones filosóficas no comportan una realidad que les corresponda. Existe una tradición filosófica en la medicina misma, esto es, *ethos* y ética están en íntima conexión, el *ethos* como relación establecida y la ética como reflexión y fundamentación teórica.

La estructura de la ética médica cuenta con tres puntos centrales (paciente, médico, sociedad) que se relacionan recíprocamente y relacionan consigo mismos. En las relaciones reflexivas y recíprocas de los tres centros influyen: a) *la medicina como ciencia y como práctica*; b) *la economía y el derecho*; c) *la filosofía, la teología y las artes*.

Junto con la fundamentación debe valer también la atención para la aplicación práctica de la ética en medicina. Esta tiene lugar en la formación universitaria del médico y mediante el ejemplo de los colegas en la práctica, pero tiene también sus premisas en la educación escolar y en la formación general.

Von Engelhardt —aun considerando la ética médica a tres niveles: la meta-ética, o sea los aspectos fundamentales; la ética en la práctica, es decir la ética médica como se configura en la lectura histórica, en la tradición y en la costumbre médica, y el quehacer ético, esto es la aplicación práctica para la situación concreta aquí y ahora— analiza solamente el segundo nivel. Probablemente este tipo de elección se deriva de su competencia como historiador. Sin embargo, deja un amplio espacio vacío sobre los aspectos filosóficos generales.

En la lección de E. Schwinger, del Instituto de Genética Humana de la Facultad de Medicina, también de la Universidad de Lübeck, se analizan los problemas éticos de la consultoría genética, en particular la incertidumbre del consultor al evaluar y al explicar a los usuarios la gravedad de algunas alteraciones genéticas, dada la variabilidad de las sintomatologías clínicas con que se manifiestan (ausencia/presencia de algún importante déficit mental). Para el genetista vale también como orientación una ética práctica, aunque sea incompleta y sin certezas (ética del razonamiento abierto).

En el ámbito pediátrico, U. Knölker, de la Clínica de Psiquiatría en la Facultad Médica de la Universidad de Lübeck, aborda específicamente el tema de la psiquiatría en la edad evolutiva. El psiquiatra analiza los diversos aspectos éticos en relación con la problemática específica de la práctica clínica. Por ejemplo, la intromisión en la vida íntima de la familia del niño, la tensión entre voluntad de los padres y voluntad de los

hijos, la hospitalización, y los niños sometidos a maltrato físico y/o psicológico.

H. Dilling, de la Clínica psiquiátrica de la misma Universidad, aborda el tema de la ética en psiquiatría. El autor subraya la necesidad de proteger no sólo al paciente, y elabora un concepto de ética que en los hechos se revela particularmente útil para la práctica psiquiátrica: “la ética se ocupa de valores, en relación con las acciones de una persona, mediante las cuales se buscan o se perjudican los intereses de otras personas. La ética, que es descriptiva y al mismo tiempo normativa, es de igual modo individual y social”.

A este propósito resulta de particular interés lo que el autor indica acerca de la cesión de los referentes médicos al paciente y a sus familiares: “todos los referentes médicos deben ser accesibles al paciente que los solicita, excluidos el referente psiquiátrico y sobre todo la evaluación, en la medida en que contienen una convicción subjetiva del médico y eventualmente también indicaciones de terceras personas sobre terceras personas, hechas en la suposición de que no llegarían a ser del conocimiento del paciente” (Sociedad Alemana para la Psiquiatría y la Neurología, 1983).

La lección de F. Schilberg se revela como una de las más interesantes. El cirujano, de la Clínica quirúrgica de la Universidad “Ludwig-Maximilians” de Munich, considera los diversos ámbitos de la cirugía, localizando en ellos varios de los problemas éticos que suscitan: la explicación al paciente, la indicación de la operación, la medicina intensiva, las nuevas fronteras de la cirugía. Según él, se deben considerar tres categorías de normas morales: las del paciente, las del médico y las jurídicas. Por ejemplo, el rechazo de un paciente a ser operado en situaciones de gravedad y urgencia es vinculante por la ley, pero no lo es por la ética del médico. Si el médico tuviera que seguir la voluntad expresa del paciente y la expresada por la jurisprudencia —*voluntas aegroti suprema lex* (la voluntad del enfermo es la suprema ley)—, debería abandonar al paciente a su propia suerte. Pero si se siente vinculado por la ética del médico —*salus aegroti suprema lex* (la salud del enfermo es la suprema ley)— debería proceder forzosamente a la operación.

Los problemas éticos de la neurocirugía abordados por H. Arnold, de la Clínica neurológica de la Facultad de Medicina de Lübeck, se fundamentan esencialmente en el importante problema de la relación entre

protección de la vida y salvaguardia de la calidad de la vida. En estos casos, para evaluar la oportunidad de intervenir o no quirúrgicamente hay que tomar en consideración la totalidad y especificidad del paciente.

Las colaboraciones citadas son sólo algunas de las que el texto contiene. La lectura del libro resulta interesante porque presenta una amplia panorámica de los problemas éticos que surgen en los diversos sectores de la práctica médica. El curso, que se lleva a cabo en la Universidad de Lübeck, resulta particularmente útil para cuantos trabajan en el campo médico. En realidad, el compilador acierta al escoger el título de "Ética y medicina", queriendo centrar la atención exclusivamente en el sector médico de la bioética. Desde el punto de vista filosófico-teórico, el curso, a nuestro parecer, no ofrece de intento un enfoque más amplio y consistente. No obstante podemos rastrear tanto, en las lecciones estrictamente filosóficas como leyendo entre líneas en varias intervenciones de profesionales de la medicina, la referencia a una ética comunicativa o dialógica. H. Jonas es el filósofo que ha inspirado las orientaciones éticas de los colaboradores, por lo que su obra *El principio de responsabilidad* es la más citada a lo largo de todo el volumen.

V. Mele

DWORKIN, R., *Il dominio della vita. Aborto, eutanasia e libertà individuale*, Milán: Edizioni di Comunità, 1994, 353 páginas.

¿Disponibilidad o no disponibilidad de la vida humana en la fase inicial y terminal? ¿Puede el hombre "dominar" la vida propia y ajena o la vida es "no dominable"? Esta es la pregunta ineludible de cuya respuesta depende la solución en un sentido "liberal" o "conservador" de dos de las cuestiones más inquietantes del debate bioético de las sociedades modernas democráticas occidentales: el aborto y la eutanasia.

El libro no es una más de las ya innumerables reseñas críticas sobre dos temas de la bioética, sino que se propone como un "ensayo argumentativo", que analiza "un único tema comprometido". El intento de Dworkin es el de llegar más allá de la secularización del debate actual

que contrapone, en una oposición radical, a los que están “a favor” y los que están “en contra” del aborto y de la eutanasia (posiciones que se pueden resumir, en última instancia, en dos formaciones, denominadas por el autor como *pro-life* y *pro-choice*), sin pretender una mediación (quizás imposible), sino explicitando más bien los argumentos implícitos, remontándose a las “convicciones fundamentales” y “estructurales” para una “recomposición responsable” del desacuerdo. La contraposición surgiría, pues, por “malentendidos” que, si se aclararan, permitirían entablar un diálogo entre las partes contrapuestas.

Un primer malentendido es de orden metodológico. El autor considera equivocado el enfoque de procedimiento de quien, en bioética, pretende elaborar teorías “desde el exterior”, a partir de asunciones generales sobre la naturaleza humana, para luego aplicarlas en la práctica. La práctica exige un nuevo enfoque epistemológico desde la “filosofía aplicada”, esto es, del análisis “interno” de las cuestiones concretas, a partir de las cuales nos preguntamos: “¿qué cuestiones filosóficas y teóricas generales debemos abordar a fin de resolver esos problemas prácticos?”.

El segundo malentendido se refiere precisamente a la elección de la cuestión teórica que hay que abordar para responder a las exigencias concretas. Dworkin considera “demasiado ambigua para ser útil” la cuestión teórica relativa a la atribución del estatuto personal al feto o al enfermo terminal.

Es precisamente en este punto en el que se enfrentan los “liberales” y los “conservadores”, cuando los primeros asignan al hombre la facultad de decidir, en referencia a sí mismo o a los demás, si la vida “vale la pena” ser vivida, y los segundos atribuyen a la vida un valor prioritario respecto de la autodeterminación humana. Dworkin considera que el debate entre las dos formaciones ha centrado la atención, en general, en un punto marginal, concretamente en la cuestión relativa a los “intereses” (identificados con los derechos) de los sujetos en situaciones límite. El argumento utilitarista de los intereses es un argumento “derivado”, en cuanto que establece la licitud o ilicitud de una intervención sobre la vida, subordinándola a la comprobación empírica en los sujetos de la capacidad de expresar intereses; pero las interrogantes sobre “cuándo” un sujeto manifiesta intereses (en qué fase de desarrollo neurológico, cortical y de conciencia), sobre “qué” son los intereses (si se

reducen a la ausencia de dolor o abarcan la capacidad “compleja” de “estar bien” en sentido amplio) y sobre “cuáles” intereses (si es el interés de “continuar existiendo” o de “morir”), siguen sin tener una respuesta definitiva, dando lugar a continuas ambigüedades.

Dworkin considera que se puede obviar la confrontación no resuelta (y sin posibilidad de resolución) si se aborda la cuestión del aborto y de la eutanasia desde una perspectiva “independiente” (al margen, por tanto, de toda comprobación empírica), implícitamente (por lo menos intuitivamente) compartida por todos: la perspectiva de la “sacralidad” de la vida. Se trata de revisar en clave “laica” la tesis de la “inviolabilidad” de la vida humana y, por consiguiente, de la atribución a la vida de un valor intrínseco y objetivo. Que la vida tenga un valor “independiente” (adjetivo que Dworkin hace coincidir con “impersonal” y “cósmico”), y no “instrumental”, lo demuestra el hecho que la vida representa una “compleja inversión creativa” (natural y humana), cuya destrucción deliberada todos la sienten como reprochable. Precisamente la humanidad de la vida, “inevitable y poderosa fuente de comprensión y comunión” entre los hombres, une en el reconocimiento del valor (positivo) de la supervivencia.

La laicización de la “sacralidad” de la vida (tesis dialéctica y críticamente confrontada con las posiciones contrarias, además de puntualmente concretada en la discusión de los problemas específicos del aborto y de la eutanasia, enriquecidos por el análisis de casos) puede constituir, a juicio del autor, una nueva base para entablar el diálogo en el ámbito de la bioética. Si la propuesta de Dworkin tiene el mérito indudable de buscar un punto mínimo de encuentro entre las partes enfrentadas (identificado en el “tomar en serio” el valor de la vida), se presta a inevitables objeciones. La adhesión del autor a la “tesis del día 14” (de la que habla en la página 122), o sea a atribuir dignidad a la vida humana sólo después de las dos semanas desde la concepción, se antoja incoherente con la afirmación del autor mismo, quien reconoce la inviolabilidad de la vida humana “en cualquier estado de desarrollo” y, además, no es compartida por todos; más aún, es uno de los puntos más candentes del debate bioético. Pero, tal vez, la contradicción que salta de inmediato a la vista surge por el título mismo de la traducción italiana que agrega a la edición original inglesa la expresión “libertad individual”: ¿prioridad de la vida

o prioridad de la libertad? “¿Predominio de la vida” sobre la libertad o “predominio de la libertad” sobre la vida?

La pregunta vuelve a surgir con fuerza justo en las últimas páginas del libro cuando se acentúa la diferente interpretación del significado de dignidad de la vida humana: si es cierto que “liberales” y “conservadores” coinciden en el significado de “dignidad” atribuido a la vida, difieren en la interpretación del significado: concretamente, los “liberales” entienden la dignidad (también) como eliminación, mientras los “conservadores” (sólo) como respeto. Así pues, parece reanudarse a un nivel diferente (hermenéutico) el enfrentamiento en torno a las cuestiones candentes de la bioética.

L. Palazzani



Oaxaca, Oaxaca. Iglesia de Santo Domingo. Bóveda del Sotocoro. Siglo XVII.

REVISTA MEDICINA Y ETICA

PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: N\$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dlls.

Otros países: \$ 85 U.S. dlls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: N\$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dlls.

Otros países: \$ 30 U.S. dlls.

Deseo recibir la revista Medicina y Etica

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

País: _____

Código Postal: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor enviar cheque a nombre de:

**INVESTIGACIONES Y
ESTUDIOS SUPERIORES S.C.**

Cheque N° _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:
**Instituto de Humanismo en
Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s/n
Apdo. Postal 10 844
11 000 México D.F.**