

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1997/4

**Diagnóstico prenatal para la detección de patologías cromosómicas - La hermenéutica filosófica como trasfondo teórico de la bioética - Deberes y responsabilidades de los agentes sanitarios a la luz de la *Evangelium Vitae*
Sexualidad humana: verdad y significado
Ética islámica y trasplante de órganos**



UNIVERSIDAD ANÁHUAC
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
Av. Sur 20, núm. 233
Col. Agrícola Oriental, 08500 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. 328-80-74, 627-02-10 (Ext. 7205 y 7146)
Email: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx

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 VIII NUMERO 4 OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1997

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: Mtro. Javier Vargas Diez Barroso
Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel, Dr. Óscar Martínez
Administración: Lic. Margarita Pereira
Corrector de redacción: Lic. Verónica Rodríguez Struck
Colaboración periodística: Cristina Ferrer de Fernández
Composición tipográfica: Tipografía computarizada
Comité Editorial: Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Juan Rodríguez
Argüelles - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Manuel Cárdenas
Loeza - Dr. Horacio García Romero - Dra. María Dolores
Vila-Coro - Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón

INDICE

EDITORIAL	383
Diagnóstico prenatal para la detección de patologías cromosómicas. Aspectos científicos, éticos y deontológicos <i>Angelo Serra, *Grazia Bellanova</i>	385
La hermenéutica filosófica como trasfondo teórico de la bioética. Elementos para una evaluación crítica <i>Adriano Pessina</i>	407
Deberes y responsabilidades de los agentes sanitarios a la luz de la <i>Evangelium Vitae</i> <i>Bonifacio Honings</i>	435
Sexualidad humana: verdad y significado. Una guía para los padres <i>María Luisa Di Pietro</i>	457
Ética islámica y trasplante de órganos <i>Dariusch Atighetchi</i>	483

EDITORIAL

La intención de poder mejorar algunas cualidades de la raza humana datan de tiempos muy remotos. Podemos encontrar, por ejemplo, referencias de ideales eugenésicos en la Biblia, sobre todo en el Antiguo Testamento.

Se entiende por eugenesia la intención de seleccionar y mejorar la especie humana, ya sea por medio de la limitación de embarazos o del nacimiento de bebés en los que se detectan alteraciones genéticas, ya sea por medio de la búsqueda de rasgos genéticos superiores, fomentando la procreación o la donación de sus gametos —tanto para la inseminación artificial como para la fecundación *in vitro*—, de aquellos individuos en los que se detectan “buenos” genes.

A partir de 1950 creció el interés en el mundo por la eugenesia, ya que por medio de los adelantos científicos se logró iniciar con el diagnóstico prenatal, que hizo posible detectar algunas enfermedades hereditarias durante la gestación. El primer artículo del presente número trata precisamente sobre el tema del diagnóstico prenatal y sus implicaciones bioéticas. Creemos que por medio de él podremos reflexionar mejor sobre las consecuencias que traen consigo ciertos adelantos tecnológicos, que muchas veces atentan contra la vida y contra la dignidad del mismo ser humano.

Dentro de las bases de la bioética, existe una gran participación de la Filosofía. En el artículo que nos presenta *Adriano Pessina*, podemos encontrar múltiples puntos de unión entre la Bioética y la Filosofía.

El *Evangelio de la Vida*, encíclica presentada por el Papa Juan Pablo II en 1995, ha venido a iluminar muchos campos en los que la bioética interviene. Presentamos hoy un artículo sobre los deberes y las responsabilidades de los agentes sanitarios vistos a la luz de dicha encíclica.

Nuestra Revista ha presentado en varias ocasiones artículos sobre el tema de la sexualidad humana y la bioética. En este número presentamos un artículo de *María Luisa Di Pietro* sobre este tema, pero enfocado esta vez como una guía para los padres de familia.

Dariusch Atighetchi nos presenta un artículo sobre la *Ética islámica y los trasplantes de órganos* que nos da a conocer los preceptos que la Ley islámica propone en los casos en los que se requiere de un transplante de órganos, para salvar la vida de un enfermo.

Dedicamos este número a la Dra. Martha Tarasco Michel, quien colaboró con el Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud como Coordinadora Académica hasta enero del presente año, y que actualmente radica en la ciudad de Santiago de Compostela en España. Su participación dentro del Instituto ayudó a lograr con creces muchos de los objetivos que se tenían planeados para el mismo. Al dedicarle este número, queremos brindarle un sencillo pero merecido tributo a su labor.

Diagnóstico prenatal para la detección de patologías cromosómicas

Aspectos científicos, éticos y deontológicos

Angelo Serra, Grazia Bellanova***

Resumen

Desde hace cerca de treinta años, el diagnóstico prenatal de síndromes causados por alteraciones de la información genética ha entrado en la práctica de la asistencia médica. Los criterios deontológicos y consideraciones éticas acerca del respeto de las justas exigencias y derechos de los futuros padres por una parte, y de la incolumidad del concebido, por la otra, habían llevado a establecer algunas indicaciones precisas para efectuar el diagnóstico prenatal: la edad de la madre no debía ser superior a los 35-38 años.

En la perspectiva eugenésica que prevalece en la sociedad, avalada incluso por medidas legislativas, tal criterio es considerado insuficiente porque quedarían fuera de la cobertura del diagnóstico demasiados sujetos "indeseables", afectados de serias y graves malformaciones. Por esta razón se pusieron en marcha algunas investigaciones, a fin de encontrar otros parámetros adecuados para revelar, en una etapa temprana del embarazo, un riesgo creciente de patología cromosómica en un embrión o un feto, mediante el test de las alfa-feto-proteínas y la triple prueba.

* Miembro de la Pontificia Academia para la Vida; Catedrático de Genética humana, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

** Asistente responsable del Servicio de Genética médica, Hospital "F. Miulli", Acquaviva delle Fonti (Bari, Italia).

Desde el punto de vista ético, es buena y lícita la búsqueda de un método predictivo correcto y eficiente de riesgo de feto afectado por patología cromosómica así como su aplicación, siempre y cuando sea bueno el fin para el que se aplica el método, es decir, que no tenga propósitos eugenésicos y no comporte daño para la mujer, el niño o la sociedad.

Desde el punto de vista deontológico, supuesta la bondad ética, los autores subrayan sobre todo la obligatoriedad del consentimiento informado para el examen, esto es, una completa y rigurosa información y un severo control de calidad: una comprobación exacta de la edad gestacional del feto y una correcta definición del riesgo.

Desde hace cerca de 30 años, el diagnóstico prenatal de síndromes causados por alteraciones de la información genética, observables a nivel cromosómico (síndromes cromosómicos) o analizables a nivel molecular (enfermedades genéticas monogénicas o polifactoriales), ha entrado a formar parte de la práctica de la asistencia médica. Los criterios deontológicos, basados en amplias investigaciones estadísticas y en consideraciones éticas acerca del respeto de las justas exigencias y derechos de los padres en ciernes, por una parte, y de la incolumidad del concebido, por la otra, llevaron a establecer algunas *indicaciones* precisas para la ejecución del diagnóstico prenatal: entre ellas, el *límite de la edad materna entre los 35 y los 38 años* para el diagnóstico de patología cromosómica.

Obviamente, en la *perspectiva eugenésica* que prevalece en la sociedad, apoyada incluso por medidas legislativas, tal criterio es considerado insuficiente, porque quedarían fuera de la cobertura del diagnóstico muchos casos de sujetos *indeseables*, afectado de serios y graves síndromes malformativos, entre ellos, particularmente, el *síndrome de Down*. Por esta razón se emprendieron investigaciones a fin de encontrar otros parámetros, además de la edad materna, adecuados para revelar en una etapa temprana del embarazo, un creciente riesgo de patología cromosómica -sobre todo de la trisomía 21-, en un embrión o feto.

La prueba de las alfa-feto-proteínas (AFP)

En 1984, Merkatz y cols.,¹ con base en un estudio retrospectivo, demostraron una asociación significativa entre la presencia de un feto trisómico 21 y un nivel bajo de alfa-feto-proteínas (AFP)² en la sangre materna durante el segundo trimestre de embarazo. Posteriormente, muchas otras investigaciones³ han confirmado esa asociación. Con tales investigaciones se advirtió que en las madres con feto *Down*, en torno a la 16ª semana de gestación, la cantidad de las AFP era significativamente menor que la de las madres con un feto normal; y que, en las primeras, la mediana de la distribución en unidades *Multiples of the Median* (MoM)⁴ tenía valores variables entre el 63 y el 80 por ciento de la mediana de las segundas. Sucesivas investigaciones,⁵ además, pusieron de manifiesto la misma diferencia entre la 9ª y la 12ª semana de embarazo, y también en el líquido amniótico entre la 14ª y la 16ª semana.

Cuckle y cols. propusieron, entonces, utilizar la *determinación cuantitativa de las AFP en el suero materno entre la 9ª y la 16ª semana de gestación* —variable indicada como *Maternal Serum Alpha-Feto-protein* (MSAFP)— como medida válida para poder contar con una ulterior indicación de riesgo de síndrome de *Down* para el feto, además de la edad de la madre. Después de haber definido, con una base estadística, un valor umbral de contenido de AFP en el suero materno por debajo del cual el riesgo parecía significativamente creciente, concluían el trabajo afirmando: “Creemos que los resultados hasta ahora alcanzados son suficientemente alentadores como para recomendar que se introduzca la prueba de las alfa-feto-proteínas para el síndrome de *Down*”.⁶

Serias consideraciones científicas, deontológicas y éticas condujeron a una mayor reflexión sobre la *validez* de esta nueva comprobación, con vistas a definir el riesgo de un feto con síndrome de *Down* para una mujer embarazada y la consiguiente posibilidad de proponer el diagnóstico prenatal, así como *si era conveniente y deontológicamente correcto* introducirlo en la práctica médica.

Muchos⁷ consideraban que la *sensibilidad*, la *especificidad* y la *ba-jísima predictividad* del “*test*”, así como un precio demasiado alto —en términos emotivos— por su elevada falsa positividad, lo hacían “*inaceptable*”. De todos modos, se iniciaron las investigaciones a fin de evaluar sobre todo su capacidad predictiva.⁸

Esto requirió la elaboración de métodos para la definición del *riesgo individual* de cada mujer embarazada y la elección de criterios para establecer el *umbral de riesgo (cut-off point)* aceptable. Para definir el riesgo individual, el método más directo es el de interrelacionar dos probabilidades: 1) la probabilidad combinada, para una mujer de una determinada edad, de tener un hijo con trisomía 21 y, dada esta condición, de tener una cantidad de AFP en unidades MoM inferior a un determinado umbral elegido; 2) la probabilidad total de ser tal mujer o una mujer de la misma edad, pero con un feto normal y una cantidad de AFP idéntica a la precedente. Para calcularlo se necesitan dos curvas de distribución de las AFP, rigurosamente preparadas sobre amplias muestras de mujeres que han tenido un hijo sano y de mujeres que han tenido un hijo *Down*, y en épocas gestacionales bien definidas.

La primera investigación prospectiva amplia⁹ se llevó a cabo en 34,354 mujeres menores de 35 años, ya que era a ellas a quienes se pretendía ampliar el diagnóstico prenatal. De esta muestra, 1,451 habían resultado con niveles de AFP, que permitían calcular que el riesgo de tener un feto *Down* era mayor de 1:270, valor que representaba el riesgo de un feto *Down* para una mujer de 35 años de edad en el segundo trimestre de embarazo, y era considerado el *riesgo deontológicamente aceptable* para proponer y tener acceso al diagnóstico prenatal. Como resultado de la consulta, sólo 1,102, de entre las 1,451 mujeres, habían decidido llevar a cabo la amniocentesis para el diagnóstico prenatal, y sólo en 9 de ellas se comprobó la presencia de un feto *Down*. Este número, respecto de las casi 42 expectativas sobre la totalidad de mujeres, representaba sólo el 21 por ciento aproximadamente.

Ante tales resultados se imponía una reflexión. El número de fetos *Down* encontrados entre las mujeres sometidas a amniocentesis era, ciertamente, superior a los 2 ó 3 que se habrían esperado con el análisis basado exclusivamente en su edad si no se hubiera efectuado ningún *reconocimiento predictivo de embarazo con riesgo* ni la *amniocentesis*. Las 1,451 mujeres *por debajo de los 35 años* habían tenido acceso al diagnóstico prenatal, pues presentaban, con base en el nuevo método, valores de riesgo idénticos a los hasta entonces considerados válidos para ser admitidas a dicho examen. Sin embargo, al considerar la posibilidad de que se introdujera eventualmente este *reconocimiento*

predictivo en la práctica médica, no se podían dejar de lado algunos interrogantes que surgieron de los resultados mismos.

Fueron tres las preguntas que resultaron más relevantes, mismas que ya habían llamado la atención de no pocos estudiosos: 1) bajo el *aspecto deontológico*, ¿se puede pasar por alto la *sensible pérdida de fetos normales* que, sobre la base de estadísticas significativas, es de esperar a causa de lo invasivo de la amniocentesis y, más aún, de la villocentesis? En la investigación citada, el número esperado de abortos sobre 1,102 amniocentesis, habría sido de cerca de 10, por 9 *Down* encontrados. 2) También bajo el *aspecto deontológico*, ¿no se tendría que tomar en consideración la *preocupación* a que necesariamente se somete la mayoría de las gestantes cuando se les propone la amniocentesis a causa de un riesgo calculado como elevado, mientras que en la mayoría de ellas ese riesgo no se verificará? En la investigación citada así ocurrió con 1,093 mujeres. Además, si no fuera muy cuidadosa la asesoría o, peor aún, si ésta no se llegara a dar, las mujeres que no alcanzan el umbral preestablecido de riesgo y, por tanto, no son admitidas al diagnóstico prenatal, ¿no serían fácilmente inducidas al *engaño* de una *seguridad* que su feto no será *Down*? 3) Tomando en consideración una *utilización equitativa de los recursos*, el costo —en el caso de la investigación referida— de 34,354 exámenes, de las 1,102 amniocentesis y de los sucesivos análisis citogenéticos, ¿habría de considerarse como *razonable* teniendo como finalidad la identificación de un exiguo número de sujetos *Down*—9 en la presente investigación— y de su eliminación, incluso en el supuesto de que esta solución no tuviera ninguna relevancia ética? Estos interrogantes, asociados a otros relativos a las dificultades intrínsecas a los métodos de obtención de datos, indujeron a la *American Society of Human Genetics*, después de tres años de investigaciones, a proponer que “el uso del *test* predictivo del síndrome de *Down*” fuera considerado “una nueva iniciativa bajo observación”.¹⁰

En esta fase de observación siguieron otros estudios. En 1987, Palomaki y Haddow propusieron un método *más sensible* de cálculo del riesgo de tener un feto *Down*, para una mujer embarazada. Se tendrían que utilizar dos variables: la *MSAFP* y la *edad* de la mujer, combinando el riesgo para la edad con el riesgo calculado con base en el valor de *MSAFP* encontrado. Después de haber recordado la importancia de una *rigurosa definición*: 1) de la edad gestacional, que podría requerir un

examen ecográfico; 2) de los valores medianos de referencia de la MSAFP sobre una amplia muestra de mujeres con feto normal y con feto *Down*; y 3) de los valores del MSAFP en el suero de la mujer examinada, se concluía: “Aun cuando bajos niveles de alfa-feto-proteínas séricas no están fuertemente relacionados con el riesgo de síndrome de *Down*, puede identificarse aproximadamente el 20 por ciento de todos los casos que se esperarían en mujeres por debajo de los 35 años de edad, elevando así al doble el número de casos de síndrome de *Down* observados y aumentando, proporcionalmente, el número de las amniocentesis”.¹¹

A pesar de ello continuaron las críticas al empleo de la prueba, incluso mejorada de esta manera, es decir, *haciéndola más sensible*. Hook, confrontando los valores base de cuatro investigaciones, hacía ver la amplia *variabilidad* y, por tanto, la *no confiabilidad* de los riesgos determinados por la consulta genética así como el proceder a la amniocentesis, sobre todo para mujeres en edad superior a los 35 años, e invitaba a no utilizar tales valores “mientras no se hubieran recogido ulteriores datos adecuados para verificar las predicciones y se hubiera resuelto la naturaleza de las diferencias”.¹² Reportó, además, que los *kits* comerciales disponibles no eran lo suficientemente precisos para detectar en forma correcta los bajos niveles de AFP y que ningún *kit* había sido aprobado por la *Food and Drugs Administration* (FDA) para ejecutar ensayos a bajo nivel para predecir el síndrome de *Down*, por esto, advertía: “aun suponiendo que hubiera un acuerdo sobre un esquema de comprobaciones en las edades inferiores, el asesor genetista debe tomar en consideración la posibilidad de que los datos de especial bajo nivel puedan ser no confiables, particularmente si se ha recurrido a un *test* comercial”.¹³

Macri y cols., aplaudiendo el análisis y las conclusiones de Hook como un “válido servicio a la comunidad profesional” y de añadir aún otras observaciones que indicaban la *debilidad metodológica* del *test* predictivo —como, en particular, la ampliación de las observaciones de Hook a edades inferiores a los 35 años; la *diferencia de las distribuciones de las medianas* tanto en los casos de fetos afectados como normales y, por consiguiente, las notables diferencias en el número de pacientes a las que se les propondrían métodos diagnósticos invasivos potencialmente perjudiciales— afirmaban: “La no confiabilidad de los resultados de los laboratorios clínicos subraya que el *test* MSAFP para el síndrome de

Down se debería seguir manteniendo (como lo clasifica actualmente la FDA) a nivel de investigación (*investigational*).¹⁴

Una débil respuesta de Wald y cols. a las anteriores observaciones concluía de esta manera: “Si los niveles de AFP están disponibles para programas predictivos de defectos del tubo neural, con toda razón se pueden usar a fin de mejorar los cálculos de los riesgos de síndrome de *Down*, independientemente de la edad materna, y no hay una buena razón para no hacerlo”.¹⁵ Ésta, sin embargo, era una respuesta no sólo evasiva sino incluso científicamente poco válida: se sabía, en efecto, que con esos programas era posible identificar el 80-90 por ciento de los defectos del tubo neural, pero sólo el 20 por ciento de los *Down*.

Mientras tanto, apareció una declaración oficial de la *American Society of Human Genetics*, que actualizaba la posición asumida en 1987 anteriormente citada, y que estaba “destinada a ofrecer una cuidadosa y autorizada información respecto del tema hasta el 20 de abril de 1989”,¹⁶ aunque entendiendo los contenidos del Informe “como sugerencias solamente” y no como “diagnósticos conclusivos”. En esta declaración destacaban los siguientes puntos: 1) la falta de consenso en el Comité acerca del “estado de la investigación” para bajos niveles de MSAFP respecto del síndrome *Down*; 2) el consenso de la mayoría en que el uso combinado de edad y nivel de MSAFP podía ser aplicado para identificar un subgrupo de mujeres embarazadas en edad inferior a los 35 años con riesgo creciente de tener un feto *Down*; 3) la exigencia de ofrecer a este grupo una *asesoría*, informativa y no directiva, *antes de efectuar la prueba*, en la cual se debería explicar a los padres la posibilidad de resultados *falso-positivos* y *falso-negativos*. Se añadían, además, algunas notas, en tres de las cuales se subrayaba: la exigencia de un *riguroso control de calidad*; la preocupación por el esmero y la precisión de algunos *kits*, en cuanto a los valores bajos de AFP; y, finalmente, la inexistencia de un *kit* comercial —que en aquel entonces no se preveía— con licencia de la FDA para los *tests* predictivos de síndrome de *Down*. Todos estos puntos fueron retomados sucintamente y recordados de nuevo en 1991,¹⁷ cuando una investigación de Cunningham y Kizer¹⁸ reveló que en 16 Estados de EE.UU. los funcionarios de Salud y los directores de laboratorios oficiales y públicos desconocían tales disposiciones.

En 1990, Macri y cols. Volvieron a hacer un estudio sobre el “uso” y el “abuso” del *test* MSAFP, haciendo referencia a documentos propios y de otros laboratorios —de los cuales se concluía que un laboratorio, con un dato directamente observado y luego transformado en unidad MoM, podría dar un valor de riesgos variable desde 1:211 a 1:446 para una mujer de 30 años— concluyeron lo siguiente: “Todo refuerza la afirmación de que el *test* MSAFP prenatal no ha encontrado todavía un espacio científica y clínicamente seguro para la determinación de riesgos específicos de la paciente calculados correctamente”.¹⁹

La prueba triple

Era evidente que, a pesar de los pasos dados para identificar el mayor número posible de fetos *Down*, sobre todo en el grupo de mujeres menores de 35 años, sólo se habría logrado determinar cerca del 20-30 por ciento de los esperados: este índice, obviamente, de *escasa sensibilidad de la comprobación* mediante el empleo sólo del marcador bioquímico AFP, incluso combinado con la edad materna.

Mientras tanto, otras investigaciones habían puesto en evidencia que *otros dos marcadores* bioquímicos del embarazo podrían resultar útiles para el mismo fin: el *estriol libre* (uE3)²⁰ —un derivado de la dihidroepiandrosterona producido por la corteza suprarrenal del feto y transformado a través de varias reacciones enzimáticas en el hígado y la placenta—; y la *alfa-gonadotropina coriónica* (HCG),²¹ elaborada por la placenta y de notable importancia para el desarrollo fetal. Por más que no se conozcan todavía los mecanismos de las desviaciones cuantitativas observadas en las mujeres con un feto *Down* respecto de aquellas con un feto sano, parecía evidente que la *mediana* de la distribución del uE3 en las primeras era *significativamente menor* que en las segundas (0.73 vs 1), mientras la *mediana* de las HCG era *significativamente mayor* (2.5 vs 1). Y utilizando estos tres factores: MSAFP, uE3 y HCO, además de la edad, Wald y cols.²² en 1988, habían demostrado que, combinando sus valores y asumiendo como umbral de riesgo 1:350 —que representa el riesgo de feto *Down*, al término de un embarazo, para una mujer de 35 años— se habría logrado identificar cerca del 60 por ciento de los fetos *Down* esperados, con una tasa de falsos positivos del 7.2 por ciento.

No faltaron las confirmaciones. Norgaard-Pedersen y cols., en un estudio sobre 35,000 mujeres embarazadas reportaba una sensibilidad del 57.6 por ciento, con una tasa de falsos positivos del 7.3 por ciento, y concluía: “Consideramos que debería ser incorporada una estrategia de identificación del riesgo basada en la combinación de la edad materna y de los marcadores bioquímicos en el cuidado prenatal, al menos para las mujeres menores de 35 años. Para las mujeres de edades superiores, los resultados de estos exámenes séricos pueden hacer aún más pertinente la asesoría para una amniocentesis, en cuanto que puede hacerse un cálculo más explícito del riesgo respecto del determinado con base sólo en la edad.²³ Para las primeras, en efecto, “parece ser el método más racional para identificar a aquellas que deberían ser consideradas para la amniocentesis”²⁴

MacDonald y cols. —con base en un estudio retrospectivo sobre muestras de suero de 54 mujeres que habían tenido un niño con síndrome de *Down*, y de 657 mujeres que habían tenido un hijo normal, y en un estudio prospectivo de 1,000 mujeres— demostraba que la prueba triple ofrece la posibilidad de diferenciar mejor a las dos poblaciones con alto y bajo riesgo. Así, permite diagnosticar mediante la amniocentesis cerca de 2 de cada 3 embarazos con feto *Down*, con una tasa de falsos positivos de aproximadamente el 5 por ciento. Sin embargo, concluían observando: “La reducción del riesgo de síndrome de *Down* es técnicamente correcta, pero deja aún varios embarazos con síndrome de *Down* u otros síndromes de alteración cromosómica, que se encontraría si la amniocentesis se ampliara a todas las mujeres. Por esto, las mujeres de más edad deberían ser informadas de que el examen sérico no es un procedimiento de diagnóstico: se pierde aún el 20-30 por ciento de los casos *Down* y no revela otras anomalías cromosómicas graves que, sin embargo, se producen más frecuentemente cuando es más alta la edad materna”²⁵

Las investigaciones continuaron. El análisis de los datos, puestos de manifiesto y analizados con rigurosos métodos estadísticos, por Phillips y cols.,²⁶ Wald y cols.,²⁷ Cheng y cols.²⁸ y Haddow y cols.,²⁹ y reportados para los aspectos esenciales en la tabla 1, permite algunas conclusiones generales.

1. El número de mujeres embarazadas sometidas a la prueba triple fue muy alto: 9,530 en la primera investigación, 12,603 en la segunda, 7,718 en la tercera y 5,385 en la cuarta. Las que resultaron *positivas* al examen

Tabla 1
Resultados de la aplicación de la "prueba triple"

Investigación	Edad (años)	Umbral de riesgo	Número de mujeres			Número de los sujetos con +21 otras anomalias en				DR %	FP %	PV		
			Examinadas A	Positivas B	Diagnósticas C	A	T	C	A				T	
PHILLIPS, 1992	<35	1:274	9,530	307 (3,2%)	214	4	3	7	1	57.1	3.2	1:76		
	<37	1:250	11,993	398	316	7	11	18		39.0	3.3	1:56		
	>=37	1:250	610	128	81	5	2	7		71.0	20.0	1:25		
	Todas	1:250	12,603	526 (4,2%)	397	12	13	25		48.0	4.1	1:43		
CHENG, 1993	<30	1:195	4,121	101	67	4	2	6		67.0	2.4	1:25		
	30-34	1:195	2,776	191	152	7	7			100.0	6.8	1:26		
	35-39	1:195	739	132	80	6		6		100.0	17.2	1:21		
	>=40	1:195	82	37	20	3		3		100.0	47.0	1:11		
Todas	1:125	7,718	461 (6,0%)	319	20	2	22	6	2	8	91.0	5.1	1:22	
HADDOW, 1994	Todas	1:200	5,385	1,320 (6,0%)	5,385	48	6	54	19	30	49	88.0	23.9	1:27

DR = *Detection Rate*; FP = Falsos Positivos; PV = Valor Predictivo.

fueron respectivamente 307 (3.2 por ciento) en la primera, 526 (4.2 por ciento) en la segunda, 461 (6.0 por ciento) en la tercera. Todas recibieron asesoría para prepararlas a un eventual diagnóstico prenatal; pero a éste, sin embargo, no todas se presentaron sino sólo el 69.7 por ciento en la primera investigación, 75.5 por ciento en la segunda y 69.1 por ciento en la tercera. En el cuarto reconocimiento, en cambio, todas fueron sometidas a la prueba y al diagnóstico prenatal; el estudio permitió, así, poner de manifiesto —con datos plenamente comprobados— lo que se habría obtenido si hubieran sido sometidas a amniocentesis sólo las 1,320 que resultaron positivas al examen.

2. El número de fetos *Down* encontrados en el grupo de las mujeres a las cuales se les había indicado un riesgo elevado y propuesto el diagnóstico prenatal, varía según el umbral de riesgo establecido; pero se mantiene una parte que escapa y se vuelve a encontrar entre los embarazos excluidos por el diagnóstico prenatal. Esta porción debe ser considerada como *falsos negativos*. El parámetro DR (*detection rate* o tasa de detección) expresa la frecuencia de fetos *Down* encontrados con la aplicación de la prueba triple, respecto del total esperado y/o realmente encontrado en toda la muestra. Se observa que cuanto más alto es el umbral de riesgo, más aumenta la tasa de detección: se pasa del 57 por ciento para un umbral de riesgo de 1:270 —correspondiente al riesgo de un feto *Down* en el segundo trimestre para una mujer de 35 años— al 90 por ciento para un umbral de riesgo de 1:195 —correspondiente al riesgo de un feto *Down* en el segundo trimestre para una mujer de 37 años.

3. De las mujeres cuyo riesgo de tener un feto *Down* alcanza, en la triple prueba, el umbral establecido para acceder al diagnóstico prenatal y lo llevan a cabo, *no todas tienen un feto Down*. El parámetro PV (*predictive value* o valor predictivo) expresa la proporción de mujeres que, como consecuencia del diagnóstico prenatal después de la prueba triple, tienen un feto *Down* respecto de aquellas que no lo tienen. Como se observa en la tabla, va desde 1:22-1:27, para un umbral de riesgo en torno a 1:200, hasta 1:76 para un umbral de riesgo de 1:270.

4. Existen, por esto, mujeres que son definidas como de riesgo elevado de tener un feto *Down*, pero que de hecho no lo tienen: son los *falsos positivos*. El parámetro FP (*false positives* o falsos positivos) expresa su frecuencia, en relación con el total de mujeres sometidas a la prueba triple. Refiriéndose al total de las muestras, esa frecuencia varía

entre 3 y 6 por ciento; pero si se consideran las franjas más allá de los 35 años, gira entre el 20 y el 24 por ciento.

Se continúan buscando otros marcadores bioquímicos que, independientemente de los ya conocidos, puedan substituir o combinarse con los tres hasta ahora utilizados, para aumentar ulteriormente la tasa de detección. Entre tales marcadores hay que recordar la beta-1 glicoproteína específica del embarazo (SP-1),³⁰ sintetizada por la placenta y secretada en el círculo materno, que no requiere corrección para la edad materna o el peso, y es reconocible ya en el día 21 después del último período menstrual, y que aumenta al avanzar el embarazo entre la 15 y la 19 semana. En la sangre de la madre con un feto *Down* la mediana es significativamente mayor que en las madres con feto normal. Este marcador usado por sí solo tendría una *detection rate* del 15.2 por ciento, con un 4.3 por ciento de “falsos positivos”; utilizado con las AFP y HCG, la *detection rate* se eleva al 78.3 por ciento, dando un 3.4 por ciento de “falsos positivos”. Se requieren, no obstante, ulteriores estudios, sobre todo de prospectiva, a fin de evaluar adecuadamente su utilidad.

Hay que subrayar, finalmente, que, como se ha indicado,³¹ se debería tener en cuenta por lo menos otro factor de corrección: el peso corporal.

Aspectos éticos

Este panorama histórico del desarrollo científico y tecnológico de un *método predictivo de riesgo* en previsión de un paso sucesivo de diagnóstico de particular relevancia, como es el diagnóstico prenatal de patologías graves, indica, por sí solo, la perplejidad de que ha ido acompañado ese desarrollo. Aquí intentaremos subrayar algunos aspectos éticos y deontológicos que habría que tomar en cuenta en caso de una eventual aplicación, por las responsabilidades que se siguen de ello.

1. No se puede dejar de aprobar cualquier esfuerzo de la ciencia y de la tecnología por encontrar parámetros y poner a punto técnicas a fin de hacer más sensible y específico un método de diagnóstico. En el caso presente, me parece que se puede declarar, en sí misma, *buena y lícita* la búsqueda de un método correcto y eficiente para establecer qué mujeres embarazadas tienen *mayor riesgo* de un feto *Down*. Esto permitiría ofrecer el *diagnóstico prenatal* —diagnóstico en sí mismo lícito— a

todas las mujeres de cualquier edad con alto riesgo, definido sobre la base de criterios deontológicos, es decir, respetuosos de la integridad del feto.

2. Sin embargo, la *connotación de la moralidad* de la aplicación de esta nueva orientación predictiva-diagnóstica —suponiendo que se han satisfecho todas las exigencias para ejecutar el método correctamente— *depende de las condiciones que lo preceden y lo acompañan*.

a. La *primera condición* es que *sea bueno el fin* para el cual se aplica el método. Sin embargo, el análisis de la mayor parte de los trabajos hasta ahora citados deja entrever claramente, aunque no siempre se afirme explícitamente, que el *fin es eugenésico*: esto es, que *es para impedir que nazcan sujetos afectados* por una patología causada por aberraciones cromosómicas, en particular de sujetos afectados por el *síndrome de Down*. Un testimonio de que este oscuro fin subyace a toda la investigación y la aplicación del nuevo método, son las expresiones con las que los jefes de grupo Wald y Cuckle concluían el primer trabajo fundamental sobre el tema: “Si se adopta la nueva estrategia, tendría el potencial de reducir el número de niños nacidos anualmente con síndrome de *Down*, en el Reino Unido, desde unos 900 a 350”.³² Más aún, sólo esta eliminación *justificaría* la aplicación del nuevo método. Esto es lo que se afirma claramente también en otro trabajo en el que se sostiene, por lo demás correctamente: “Un examen predictivo merece ser llevado a cabo sólo para trastornos en los cuales es posible una intervención eficaz”.³³ Y se añade: “Para los exámenes predictivos es obligatorio no emprender acción alguna si no se conocen todas las consecuencias de tal acción y se disponga de un remedio eficaz”.³⁴ Obviamente, si se quiere ser coherente, se veía en la supresión del síndrome de *Down* la *intervención eficaz* que, en ese caso específico, volvía al nuevo método deontológicamente aceptable.

b. La *segunda condición* —que entra en la exigencia reconocida por los mismos autores para una aplicación deontológicamente correcta del método, es decir, el conocimiento de todas las consecuencias— es que *no comporte daño alguno*. Desafortunadamente, si se reflexiona en ello, son tres los que sufren las *consecuencias perjudiciales* de este nuevo método: la mujer, el niño y la sociedad.

Para la mujer, a la que se comunica que corre un *alto riesgo* de tener un hijo con síndrome de *Down* y se le propone el diagnóstico prenatal,

se abre un *período de profundo sufrimiento psicológico* que repercute en toda la familia. Van en aumento las investigaciones socio-psicológicas que indican el estado de ansiedad, de grave, doloroso y no breve malestar, de depresión (*grief, bereavment, mourning*) en que vive no sólo la mujer, sino toda la familia en la que repercute el estado de ella durante el período de la intervención diagnóstica. Se reporta aquí solamente un testimonio que subraya la realidad de esta situación para quien no tiene experiencia de ella.

Está tomado de una carta que una profesora de la Escuela de Medicina de la UCLA (Los Angeles) escribió en los días en que estaba esperando el resultado del diagnóstico prenatal llevado a cabo a causa de su edad (40 años), carta que terminó después de recibir el resultado y que, finalmente, envió al Director de la gran revista médica "New England Journal of Medicine", el cual la publicó con el título: *A la espera de la amniocentesis*. En ella se lee: "Cuando hablo a los estudiantes de medicina de la amniocentesis recuerdo ocasionalmente lo difícil que es para una mujer tener que esperar los resultados hasta avanzado ya el segundo trimestre. Ahora yo me encuentro en esta situación, a la espera de los resultados. Antes de experimentarlo yo no estaba preparada para ciertos hechos, como, por ejemplo, lo difícil que es la espera. El embarazo es siempre un tiempo de espera, pero ahora el tiempo se ha prolongado de un modo insospechado. El otro hecho, mucho más inquietante, es *cómo ha influido la espera en mi actitud respecto del embarazo*. A muchos niveles *niego* estar realmente embarazada hasta que no tenga los resultados. Niego los movimientos y los golpes que siento; hablo de "si llega" más que de "cuando llegue" el bebé; me cuesta admitir ante los demás que estoy embarazada. Sueño frecuente y angustiosamente los abortos del segundo trimestre. En cierto sentido *me rehúso a vincularme con este futuro niño* (las cursivas son de los autores). Esto representa un dato negativo de la amniocentesis diagnóstica que no había contemplado antes. Y todo esto, aunque mi riesgo de ser portadora de una anomalía cromosómica es menor al 2 por ciento. Supongo que no soy la única en tener estas reacciones... Sin embargo, no discutieron esto conmigo ni mi médico, ni mi consultor genetista".³⁵ Hoy día, indudablemente, esta misma mujer habrá leído ya la abundante literatura existente que confirma sus afirmaciones.

Y todo ello hace sufrir a un muy alto número de mujeres que portan un hijo perfectamente sano, con perjuicio incluso del niño en desarrollo; en el caso de las estadísticas reportadas: a 210, de 214; a 385, de 397; a 289, de 319, y a 1,271 de 1,320 respectivamente, es decir, en total a 2,155 de 2,250. Y esto, para las mujeres embarazadas definidas con el nuevo método como “de alto riesgo”.

Para las mujeres, en cambio, que son *excluidas del diagnóstico prenatal* porque se las define como “de bajo riesgo” al no alcanzar el umbral establecido, se tiende a crear una sensación de seguridad de que su hijo no será *Down*: sensación que —si no se recibe una asesoría oportuna que lo aclare— representa un auténtico y verdadero *engaño*, aunque el riesgo de tenerlo no sea grande, por lo menos para aquellas que presentan un riesgo muy inferior a ese umbral. Y esto, sobre todo, si se tiene presente el *notable número* de otras anomalías cromosómicas que escapan a este método.

Para el hijo en desarrollo. Cuando la mujer acepta someterse -en el reconocimiento para el diagnóstico- a la amniocentesis o, peor aún, a la obtención de muestras de las vellosidades coriales, se le expone a un *riesgo de aborto indirecto*, que va del 1 por ciento en la amniocentesis, al 4 por ciento aproximadamente en la villocentesis. Con referencia a las estadísticas reportadas, sumando los datos de las tres primeras investigaciones sobre 36 fetos *Down* identificados, serían 9 los abortos indirectos esperados como consecuencia del tratamiento invasivo, es decir, 1 aborto por 4 *Down* identificados. En la situación particular de la última investigación, en cambio, de 48 *Down* identificados serían 54, es decir aproximadamente 1 aborto por 1 *Down* identificado.

También *para la sociedad* se deriva un gran daño, porque se avalaría un *principio de injusticia*, pues se refuerza la imagen de la persona *Down* como un *sujeto al que hay que excluir de la sociedad*. Subrayaba fuertemente este aspecto la *Canadian Down Syndrome Society* cuando, en diciembre de 1994, adoptaba una posición clara ante la prueba triple: “Nosotros creemos —afirmaba— que el uso difundido del *test* genético predictivo con la finalidad de identificar y abortar fetos con síndrome de *Down* puede repercutir negativamente en la calidad de vida de todos los *Down* en nuestra comunidad, tendiendo a reducir los servicios destinados a ellos y a fomentar actitudes negativas de la sociedad hacia las personas con síndrome de *Down*”.³⁶

Son aún más fuertes las expresiones que al respecto tiene T.E. Elkins, profesor y director del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Louisiana State University, lamentando la Recomendación oficial —implícitamente, un mandato legal— por parte del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, de ofrecer la prueba triple a todas las gestantes de cualquier edad, y recordando las controversias suscitadas por aquélla. “La prueba triple —afirma— cuando es ofrecida sin asesoría, es un juicio sobre el síndrome de *Down* sumamente viciado en sentido negativo. La mayor parte de la asesoría se vuelve un intento por justificar este juicio negativo representado por el ofrecimiento de la prueba triple. Poco se afirma de positivo sobre el síndrome de *Down* por parte de nuestros médicos y genetistas, cuyo interés está centrado más en la elección y la prevención de todas las anomalías detectables en el útero, que en los aspectos positivos de las personas con síndrome de *Down*”.³⁷

Tal juicio, por lo demás, se vuelve gravemente ofensivo, además de injusto, cuando se formula confrontando el *costo de la aplicación del método* y el *costo de la vida de un sujeto Down*, y se subrayan las ventajas del primero. Entre los trabajos ya citados en que aparece esta confrontación recordamos dos especialmente: N.J. Wald (1992), quien, refiriéndose a Inglaterra, asegura que el costo por cada nacimiento de un sujeto *Down* evitado es de 38,000 libras esterlinas; mientras que sube a 120,000 libras esterlinas el costo para la asistencia y formación de un *Down* con una duración de vida de 50 años. Y para Estados Unidos, Haddow (1994) da un costo de 36,500 dólares por cada caso de *Down* detectado, mientras sería de 500,000 para la asistencia y formación de un *Down* durante 50 años.

Estas breves alusiones a los *serios y graves perjuicios* que se derivan de la aplicación del nuevo método predictivo-diagnóstico para el síndrome de *Down* indican suficientemente que no responde, sino que más bien *se contrapone abiertamente*, al primer principio de la ética y de la deontología médica, que es *non nocere*, no dañar.

De todas estas consideraciones, derivadas de una reflexión simplemente racional, podemos sacar en conclusión que la aplicación de los métodos predictivos-diagnósticos analizados —*con el fin de detectar el riesgo que tiene una mujer embarazada de llevar en su seno un hijo con síndrome de Down en vistas de un diagnóstico prenatal para decidir si*

lo es o no, y si es afirmativo, abortarlo— implica y comporta, en sí misma, condiciones que la gravan con una *connotación moral negativa*.

Aspectos deontológicos

Para cuantos no aceptan esta posición —basándose en otros principios éticos que considerasen igualmente respetuosos del sujeto humano— y dada sobre todo la apertura ya producida, ciertamente poco oportuna y menos sabia aún, por parte de las autoridades sanitarias para la ejecución de tal examen para las mujeres embarazadas, que quisieran utilizar la prueba triple ya difundida comercialmente, se imponen unos *deberes* que deben ser respetados por simple *honestidad profesional*.

Hay que recordar sobre todo: 1) la obligación de obtener para el reconocimiento el *consentimiento informado*, que requiere una *completa y rigurosa información*, y 2) un severo *control de calidad*.

En cuanto a la *información y el consentimiento*, son sumamente significativas las siguientes posiciones y sugerencias de dos grupos de estudiosos, ya citados, que tienen gran experiencia en este campo. La primera es de Cheng y cols.: “La práctica corriente en Estados Unidos es la de ofrecer la amniocentesis a las mujeres de 35 años de edad o mayores. El uso de la prueba triple podría dar como resultado potencialmente un ahorro económico al disminuir el número de amniocentesis efectuadas. Sin embargo, esta posibilidad se debe ofrecer después de obtener el consentimiento informado y de proporcionar una asesoría que subraye las limitaciones del *test* sérico (es decir, el potencial de casos no reconocidos) y que indique que sólo la prueba diagnóstica (amniocentesis o biopsia corial) puede identificar todos los casos de trastornos cromosómicos”.³⁸ La segunda es la propuesta de Haddow y cols. como conclusión de su esmerado estudio: “Sobre la base de este estudio —afirman— se pueden ofrecer tres opciones posibles a la consideración de mujeres embarazadas que tengan 35 o más años de edad: seguir con el lineamiento actual de la amniocentesis a todas; substituir este lineamiento por el del análisis de los *markers* bioquímicos; o dejar que las solicitantes escojan entre ambas direcciones. *Decidir entre estas dos opciones* requiere sopesar las *ventajas* de la aplicación de la prueba (una más cuidadosa información sobre el riesgo individual para un *Down*, un menor

número de pérdidas fetales y un costo en conjunto menor) contra las *desventajas* (imposibilidad de evidenciar el 10 por ciento de los casos de síndrome de *Down*, imposibilidad de evidenciar parte de otros trastornos cromosómicos y el costo de mantener a los niños afectados que escaparon a la investigación)".³⁹

Lo dramático y delicado de la situación a la que se han dejado arrastrar, desafortunadamente, por el empuje comercial, muchos médicos no bien informados sobre la prueba, podría ser atestiguado por aquellos de nosotros que hemos tenido oportunidad de escuchar a madres jóvenes y de edad madura, las cuales ven de pronto —con amargura por el engaño sufrido sin advertencia alguna—, cómo tienen un hijo con síndrome de *Down* al que la prueba había *excluido tajantemente* del diagnóstico prenatal.

En cuanto al *control de calidad*, se requiere ante todo una *comprobación exacta de la edad gestacional* del feto, condición indispensable para poder *definir correctamente el riesgo*. Para esta definición, sin embargo, es además absolutamente necesario que cada laboratorio *en particular* establezca, con el mayor cuidado posible, las *medianas de las curvas relativas a cada uno de los análisis* utilizados, tanto para la muestra de control como para la muestra de las madres que han tenido un feto *Down*. Para la curva de control se requieren muestras de por lo menos 100 mujeres para cada una de las edades gestacionales consideradas, es decir, de la 9ª o la 14ª semana de gestación a la 19ª. Palomaki y cols. subrayan: "Unas medianas impropriadamente definidas pueden contribuir gravemente a errores en la asignación de los riesgos para el síndrome de *Down*".⁴⁰

Conclusión

En un comentario reciente sobre la situación actual de la medicina, titulado "Hipócrates a la moda", P.R. McHugh, después de exponer y comentar las dos fórmulas de juramento pronunciadas en las ceremonias de doctorado por los jóvenes médicos de dos famosas Universidades estadounidenses, confrontándolas con el Juramento de Hipócrates, concluía con un fuerte y estimulante mensaje apoyado por un sentimiento de sufrido asombro: "Los jóvenes estudiantes de medicina no deberían

recitar ya —y menos aún escribir— juramentos. Están tan confundidos sobre sus fines éticos y tan desorientados acerca de las fuentes de sus ideales que no deberían hablar ya de ello en público. Harían mejor en proceder a servir al enfermo y descubrir así, al esforzarse por hacerlo bien, los ideales en los que se basa la práctica de la medicina. En ese esfuerzo aprenderán mucho sobre ellos mismos, mientras responden a los requerimientos —físicos, intelectuales y morales— intrínsecos al servicio médico. Y llegarán incluso a comprender a cuántas fuerzas extrínsecas a la profesión médica —comerciales, burocráticas, ideológicas— deben oponer resistencia para proteger la vida y la moral del enfermo”.⁴¹

Es en esta visión y perspectiva como se debe situar hoy el médico ante el nuevo método predictivo-diagnóstico de una patología cromosómica, en particular del síndrome de *Down*, en el embarazo.

Referencias bibliográficas

¹ MERKATZ, I.R., NITOWSKY, H.M., MACRI, J.N. et al., *An association between low maternal serum alpha-fetoprotein and fetal chromosomal abnormalities*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1984, 148: 886-894.

² La alfa-fetoproteína (AFP) es la proteína más abundante en el plasma fetal durante la embriogénesis, y alcanza el máximo entre la 12-14 semana de gestación, antes de ser substituida por la albúmina. Cuando el hígado comienza a producir albúmina, la AFP se difunde en la orina fetal y se secreta en el líquido amniótico; una parte atraviesa el amnios y entra en el círculo materno.

³ CUCKLE, H.S., WALD, N.J., LINDENBAUM, R.H., *Maternal serum alpha-fetoprotein measurement: a screening test for Down syndrome*, Lancet 1984, 1: 926-929; GUIBAUD, S., BONNET-CAPELA, M., GERMAIN, D. et al., *Prenatal screening for Down syndrome*, Lancet 1984, 1: 1359-1360; TABOR A., NORGAARD-PEDERSEN, B., JACOBSEN, J.C., *Low maternal serum AFP and Down syndrome*, Lancet 1984, 2: 161; FUHRMANN, W., WENDT, P., WEITZEL, H.K., *Maternal serum-AFP as screening test for Down syndrome*, Lancet 1984, 2: 413; VOIGTLANDER, T., VOGEL, F., *Low alpha-fetoprotein and serum albumin levels in Morbus Down may point to a common regulatory mechanism*, Hum. Genet. 1985, 71: 276-277; MURDAY, V., SLACK, J., *Screening for Down's syndrome in the North East Thames region*, Brit. Med. J. 1985, 291: 1315-1318.

⁴ Con el fin de hacer un más cuidadoso análisis estadístico paramétrico, se consideró conveniente estandarizar los datos originales transformándolos en “múltiplos de la mediana” (MOM, *Multiples of the Median*) de referencia, es decir, de la mediana de la muestra de control.

⁵ PICENI, L., BRAMBATI, B., BONACCHI, I. et al., *Fetal chromosomal aneuploidies and maternal serum alpha-fetoprotein levels in the first trimester*, Proceed. 7th Int. Congr. Hum. Genet. Abstracts 1986, 1: 345; BARKAI, G., SHAKI, P., PARIENTE, C. et al., *First trimester alpha-fetoprotein levels in normal and chromosomally abnormal pregnancies*, Lancet 1987, 2:

- 389; HULLIN, D.A., GREGORY, P.J., DAYER, C.L. et al., *Place of amniotic AFP as screening test for Down syndrome*, *Lancet* 1985, 2: 662.
- ⁶ CUCKLE, H.S., WALD, N.J., LINDENBAUM, R.H. et al., *Amniotic fluid AFP-levels and Down syndrome*, *Lancet* 1985, 1: 290-291; CUCKLE, H.S., WALD, N.J., LINDENBAUM, R.H., *Screening for Down's syndrome using serum alpha-fetoprotein*, *Brit. Med. J.* 1985, 291: 349.
- ⁷ SELLER, M.J., *Prenatal screening for Down syndrome*, *Lancet* 1984, 1: 1127; SPENCER, K., CARPENTER, P., *Screening for Down's syndrome using serum alpha-fetoprotein: a retrospective study indicating caution*, *Brit. Med. J.* 1985, 290: 1940-1943; WU, L.R., *Maternal serum alpha-fetoprotein screening and Down's syndrome*, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1986, 155: 1362; PUESCHEL, S.M., *Maternal serum alpha-fetoprotein screening and Down's syndrome*, *New Engl. J. Med.* 1987, 317: 376-378.
- ⁸ KNIGHT, G.J., PALOMAKI, G.E., HADDOW, J.E., *Use of maternal serum alpha-fetoprotein measurements to screen for Down's syndrome*, *Clinic. Obstet. Gynecol.* 1988, 31: 306-327; CUCKLE, H.S., WALD, N.J., THOMPSON, S.G., *Estimating a woman's risk of having a pregnancy with Down's syndrome using her age and serum alpha-fetoprotein level*, *Brit. J. Obstet Gynecol.* 1987, 94: 387-402.
- ⁹ DI MAIO SCHOENFELD, M., BAUMGARTEN, A., GREENSTEIN, R.M. et al., *Screening for fetal Down's syndrome in pregnancy by measuring maternal serum alpha-feto-protein levels*, *New Engl. J. Med.* 1987, 317: 342-346.
- ¹⁰ AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS, *Policy statement for maternal serum alpha-fetoprotein screening programs and quality control for laboratories performing maternal serum and amniotic fluid alpha fetoprotein assays*, *Am. J. Hum. Genet.* 1987, 40: 75-82, p. 75.
- ¹¹ POLAMAKI, G.E., HADDOW J.E., *Maternal serum alpha-fetoprotein, age and Down syndrome risk*, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1987, 156: 460-463, p. 463.
- ¹² HOOK, E.B., *Variability in predicted rates of Down syndrome associated with elevated maternal serum alpha-fetoprotein levels in older women*, *Am. J. Hum. Genet.* 1988, 43: 160-164, p. 163.
- ¹³ *Ibid.*
- ¹⁴ MACRI, J.N., KRANTZ, D.A., COOK, E.J. et al., *Variability in MSAFP predicted rates of Down syndrome*, *Am. J. Hum. Genet.* 1989, 44: 296-297, p. 297.
- ¹⁵ WALD, N., CUCKLE, H.S., SNEDDON, J. et al., *Screening for Down syndrome*, *Am. J. Hum. Genet.* 1989, 44: 586-587, p. 587.
- ¹⁶ GARVER, K.L., *Update of MSAFP policy statement from the American Society of Human Genetics*, *Am. J. Hum. Genet.* 1989, 45: 332-334, p. 332.
- ¹⁷ GARVER, K.L., *Update on maternal alpha-fetoprotein screening*, *Am. J. Hum. Genet.* 1991, 48: 1203-1204.
- ¹⁸ CUNNINGHAM, G.C., KIZER, K.W., *Maternal serum alpha-fetoprotein screening activities of state health agencies: a survey*, *Am. J. Hum. Genet.* 1990, 47: 899-903.
- ¹⁹ MACRI, J.N., KASTURI, R.V., KRANTZ, D.A. et al., *Maternal serum alpha-fetoprotein (MSAFP) patient-specific risk reporting: its use and misuse*, *Am. J. Hum. Genet.* 1990, 46: 587-590, p. 589.
- ²⁰ WALD, N.J., CUCKLE, H.S., DENSEM J.W. et al., *Maternal serum unconjugated oestriol as an antenatal screening test for Down's syndrome*, *Brit. J. Obstet. Gynecol.* 1988, 95: 334-341.

- ²¹ BOGART, M.H., PANDIAN, M.R., JONES, O.W., *Abnormal maternal serum chorionic gonadotropin levels in pregnancies with fetal chromosome abnormalities*, Prenatal Diagnosis 1987, 7: 623-630.
- ²² WALD, N.J., CUCKLE, H.S., DENSEM, J.W. et al., *Maternal serum screening for Down's syndrome in early pregnancy*, Brit. Med. J. 1988, 297: 883-887.
- ²³ NORGAARD-PEDERSEN, B., LARSEN, S.O., ARENDS, J. et al., *Maternal serum markers in screening for Down syndrome*, Clinical Genetics 1990, 37: 35-43, p. 35.
- ²⁴ *Ibid.*
- ²⁵ MACDONALD, M.L., WAGNER, R.M., SLOTNICK, R.N., *Sensitivity and specificity of screening for Down syndrome with alpha-fetoprotein, HCG, unconjugated estriol, and maternal age*, Obstetrics and Gynecology 1991, 77: 63-68, p. 68.
- ²⁶ PHILLIPS, O.P., ELIAS, S., SHULMAN, L.P. et al., *Maternal serum screening for fetal Down syndrome in women less than 35 years of age using alpha-fetoprotein, HCG, unconjugated estriol and maternal age*, Obstetrics and Gynecology 1993, 81: 72-76.
- ²⁷ WALD, N.J., KENNARD, A., DENSEM, J.W. et al., *Antenatal maternal serum screening for Down's syndrome: results of a demonstration project*, Brit. Med. J. 1992, 305: 391-394.
- ²⁸ CHENG, E.Y., LUTHY, D.A., ZEBELMAN, A.M. et al., *A prospective evaluation of a second-trimester screening test for fetal Down syndrome using maternal serum alpha-fetoprotein, HCG, and unconjugated estriol*, Obstetrics and Gynecology 1993, 81: 72-76.
- ²⁹ HADDO, J.E., PALOMAKI, B.S., KNIGHT, G.J. et al., *Prenatal screening for Down's syndrome with use of maternal serum markers*, New Engl. J. Med. 1992, 327: 588-593; HADDO, J.E., PALOMAKI, G.E., KNIGHT, G.J. et al., *Reducing the need for amniocentesis in women 35 years of age or older with markers for screening*, New Engl. J. Med. 1994, 330: 1114-1118.
- ³⁰ PETROCIK, E., WASSMAN, E.R., LEE, J.J. et al., *Second trimester maternal serum pregnancy specific beta-1 glycoprotein (SP-1) levels in normal and Down syndrome pregnancies*, Am. J. Med. Genet. 1990, 37: 114-118.
- ³¹ DANIEL, D.G., REYNOLDS, T., PENNEY, M.D., *Calculation of Down's syndrome risk*, Lancet 1994, 343: 490; ZIMMERMAN, R., STREICHER, A., HICH, R. et al., *Effect of gravidity and parity on the parameters used in serum screening for trisomy 21*, Prenatal Diagnosis 1995, 15: 781-782.
- ³² WALD, CUCKLE, DENSEM et al., *Maternal serum screening...*, p. 886.
- ³³ WALD, N.J., CUCKLE, H.S., *Reporting the assessment of screening and diagnostic tests*, Brit. J. Obstet. Gynecol. 1989, 96: 389-396, p. 389.
- ³⁴ *Ibid.*, p. 390.
- ³⁵ HODGE, S.E., *Waiting for amniocentesis*, New Engl. J. Med. 1989, 1989: 63-64, p. 64.
- ³⁶ THE PROFESSIONAL ADVISORY COMMITTEE, *Position Statement on alpha-fetoprotein and prenatal screening*, National Down Syndrome Congress, January 1992.
- ³⁷ ELKINS, T.E., *The triple screen for Down syndrome: newly mandated prenatal genetics screen*, Down Syndrome News, November 1994: 2.
- ³⁸ CHENG, LYTHY, ZEBELMAN et al., *A prospective evaluation...*, p. 76.
- ³⁹ HADDO, PALOMAKI, KNIGHT et al., *Reducing the need for...*, p. 1118.
- ⁴⁰ PALOMAKI, HADDO, *Maternal serum alpha-fetoprotein...*, pp. 462-463.
- ⁴¹ MCHUGH, P.R., *Hippocrates à la mode*, Nature Medicine 1996, 2: 507-509, p. 509.

La hermenéutica filosófica como trasfondo teórico de la bioética

Elementos para una evaluación crítica

*Adriano Pessina**

Resumen

El artículo analiza la relación entre la hermenéutica filosófica y la bioética, discute críticamente algunas tesis de Hans Georg Gadamer sobre el particular, y defiende la posibilidad de un estatuto epistemológico de la bioética.

El autor considera que la diversidad de investigaciones de los montajes teóricos sobre la bioética que muchos estudiosos -sobre todo de formación biomédica- realizan para proporcionar un marco valorativo que armonice con las exigencias operativas concretas, suscitadas por el progreso científico, no revela otra cosa que una situación de "fluidez" epistemológica de la bioética. Tal situación, luego, es enfatizada por la duradera crisis de los modelos de la racionalidad occidental y que implica tanto a las disciplinas científicas como a la filosofía.

La perspectiva hermenéutica pretende demostrar que: 1. la fluidez y la historicidad de las valoraciones y de los procedimientos de intervención constituyen una condición ineludible; 2. es necesario fusionar el acto de la comprensión y el momento de la aplicación. Teniendo en cuenta ciertas pretensiones reduccionistas de la hermenéutica misma, la justificación de la bioética como episteme pasa a través de la refutación de tales pretensiones.

* Investigador del departamento de Filosofía, profesor de Filosofía moral en la Facultad de Magisterio de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

El presente artículo, así, sostiene la legitimidad de la bioética no sólo a nivel práctico-valorativo, sino también teórico-normativo.

Preámbulo

Lo que se discute —esto es, la relación entre la hermenéutica filosófica y la bioética o, si se prefiere, la influencia que la hermenéutica filosófica puede tener, y en algunos casos de hecho tiene, sobre la bioética¹— nos pone frente a una pregunta que es tanto radical como preliminar: ¿cuál es el estatuto epistemológico de la bioética? Esta interrogante se refiere a las bases que se pretenden asignar a la bioética, así como a la extensión que se considera que puede tener un “saber bioético”. ¿Pertenece la bioética al orden de las disciplinas “especulativas”, o es una disciplina “práctica”, aplicativa y, por tanto, hay que enumerarla, en rigor, entre las “técnicas”? ¿O bien, en diversa medida y en diferentes momentos, conserva en sí ambos aspectos, a la manera de como en la tradición filosófica clásica se distinguía la ética general (que tenía como tarea justificar los propios criterios valorativos), y la ética especial (que determinaba algunos modelos de problemas éticos, vinculados con situaciones concretas, aunque pensados en su generalidad, e indicaba algunos procedimientos para resolverlos)? Una “ciencia” puede ser definida como “práctica” conforme a tres acepciones: porque tiene una finalidad práctica; porque tiene como objeto de estudio la *praxis* humana, o porque se constituye a través de una modalidad pragmática. Todos los enfoques éticos de carácter cognoscitivo consideran, con razón, asignar el carácter “práctico” a la filosofía moral, sobre todo por lo que ésta asume como campo de investigación, de manera que, por analogía, la bioética podría ser definida como “práctica” porque estudia la práctica biomédica y señala los criterios éticos capaces de orientarla. Ciertamente, quedaría por establecer en qué sentido puede ser definida como “ciencia” la filosofía: ya Max Scheler² contestaba a Husserl por el uso de esta noción referida a la filosofía. En la cultura contemporánea, en efecto, cuando se habla de “ciencia” raramente se piensa en ese tipo de saber que los griegos llamaban *episteme*. En el uso común, el modelo del cientificismo so-

brentendido en la noción de ciencia es polivalente, pero con mucha frecuencia se le ubica en la ciencia experimental, es decir, en ese saber de lo que puede ser diferente, de lo que es probable, y que, como dice Scheler, entra en la esfera de la *doxa*; es decir, se trata de ese tipo de saber que no llega a resultados definitivos e incontrovertibles, sino que mantiene, mientras no sea desmentido, una plausibilidad razonable. Por el contrario, la *episteme* debería individualizar criterios o tesis capaces de resistir, con el paso del tiempo, cualquier intento de refutación y alcanzar, para decirlo con Descartes, esa claridad y distinción que son signo de la evidencia. Sin abrir tampoco este ulterior frente temático,³ baste por ahora con señalar el reflejo que inevitablemente produce sobre la bioética una vez que es clasificada, incluso con todas sus peculiaridades históricas, entre los saberes filosóficos. Resulta de todos modos evidente que, cuando se quiere establecer una relación entre la bioética y la hermenéutica, hay que ponerse de acuerdo sobre el nivel en que se coloca la bioética⁴ y a qué modelo de hermenéutica nos estamos refiriendo.

Sin pretender agotar este tema tan complejo, sobre el que como telón de fondo se destaca gran parte del actual debate filosófico en torno a la definición de las capacidades cognoscitivas propias del saber moral, por ahora me limitaré a analizar las tesis del pensamiento hermenéutico tomadas de la obra de Hans Georg Gadamer,⁵ que mejor se prestan a aclarar, en todo caso, la relevancia teórica y la incidencia práctica de una relación intrínseca entre la bioética y la hermenéutica. En realidad, una vez asumida la hermenéutica de Gadamer como horizonte filosófico dentro del cual construir la bioética, se acaba por eliminar muchas de las distinciones arriba recordadas: en particular, el momento cognoscitivo y el aplicativo vendrían a fundirse y se pondría término, definitivamente, -declarándola imposible o sin sentido- a toda pretensión de "objetividad" y de apodíctica en el ámbito del saber en cuanto tal y de la dimensión ética de la bioética. Pero antes de diseccionar y discutir algunas tesis de Gadamer, es necesario hacer ciertas consideraciones preliminares.

La fluidez epistemológica de la bioética

El hecho de que hoy muchos de los que llevan a cabo estudios de bioética —predominantemente de formación biomédica—, estén buscando enfo-

ques teóricos capaces de proporcionar un marco valorativo que sepa conjugarse con las exigencias operativas concretas solicitadas por el progreso científico, indica una situación que podríamos definir como de “fluidez epistemológica” de la bioética, disciplina que no ha alcanzado aún una conciencia madura respecto de la definición de sus propias tareas y de sus propios instrumentos. Esta situación está vinculada con la crisis de los modelos de la racionalidad occidental, que implica tanto a las disciplinas llamadas científicas como a la filosofía. En gran parte surge del rechazo, más o menos motivado, del “pensamiento moderno”, en otro tiempo acusado de ser promotor del “subjetivismo” y hoy, por el contrario, discutido por sus pretensiones “objetivistas”. Esta otra valoración depende de que se adopte la categoría de la modernidad según acepciones diferentes y según que se dé más importancia a Descartes o a Hegel como exponentes de la modernidad misma. También en bioética, disciplina surgida por exigencias operativas y en el ámbito de una cultura, como la biomédica, que, por lo menos a nivel teórico, conserva todavía el sentido y la exigencia de un saber exacto, objetivo y, al mismo tiempo, verificable, se capta el eco de estos trabajos del saber filosófico: en particular, el encuentro entre la cultura biomédica con la actual ética filosófica, marcada por una pluralidad de perspectivas y de situaciones de crisis, ha hecho difícil el proceso de definición de los caracteres de la bioética. El progreso de las capacidades de intervención sobre la vida, no equilibrado por un desarrollo análogo de las certezas concernientes a los confines entre lo moralmente lícito y lo ilícito, ha acentuado, de manera inevitable, las interrogantes que, históricamente, han generado esta nueva disciplina. El plano problemático ha terminado así por afectar no sólo al momento de la aplicación de la teoría en el caso aislado, sino a la misma consistencia y verosimilitud de los criterios en el plano teórico.

Ahora bien, la presencia de la perspectiva hermenéutica en bioética se presta a “normalizar” esta situación; lo que, a primera vista, podía parecer patológico, es decir, la falta de acuerdo sobre los principios, los fundamentos y los procedimientos del saber moral, se torna en cambio normal en cuanto que la hermenéutica se propone tanto demostrar que la fluidez y la historicidad de las valoraciones y de los procedimientos de intervención son una condición imprescindible de cualquier saber y de cualquier hacer, cuanto declarar necesaria la fusión entre el acto de la comprensión y el momento de la aplicación.

Este enfoque exige que quienes no consideren tener que renunciar a algunas tesis del pensamiento filosófico moderno, especialmente en su vertiente de profundización de la reflexión clásica, sopesen atentamente la consistencia teórica del modelo hermenéutico, en su valencia de filosofía trascendental y de ontología: un análisis preciso, en efecto, podrá hacer emerger importantes indicaciones y sugerencias que hay que acoger, pero también, creemos, algunas aporías radicales que hacen imposible de compartir, en el plano teórico, la hermenéutica filosófica, sumamente perjudicial, y en el plano operativo, una bioética enteramente sometida a ese montaje.

En cuanto a una acepción “débil” del saber hermenéutico que, en contraposición a la filosófica, podríamos llamar “hermenéutica metodológica”, reducible a la investigación de los cánones que permitan comprender mejor “signos” de difícil desciframiento, no presenta, en líneas generales, problema alguno: no sólo puede conciliarse con una perspectiva bioética de carácter normativo, sino que, de hecho, se presenta como instrumento imprescindible para la realización de todos esos procesos cognoscitivos que consideran los datos empíricos en su singularidad.⁶

Aunque de forma un tanto esquemática, es necesario subrayar, de todos modos que, cuando se habla de problemática bioética en la que hay que hacer intervenir la referencia a la hermenéutica, con frecuencia se entienden cuestiones y planos diferentes entre sí: 1) el especulativo-normativo (referido a la pregunta: ¿cuáles son los criterios mediante los cuales evaluar y orientar la práctica de la investigación y de la terapia biomédica?); 2) el práctico-valorativo (que atiende a la pregunta: ¿qué es apropiado hacer en determinadas situaciones-tipo?); 3) el normativo-positivo -que puede mantenerse en el ámbito deontológico-disciplinario o bien pasar al jurídico-estatal- (que responde a la pregunta: ¿qué reglas hay que fijar para una comunidad, históricamente determinada, que tiene que operar en relación con lo viviente?).

A esta triple partición habría que añadir otros dos planos ulteriores: 1) el aplicativo (de la norma moral o de la norma jurídica), que concierne siempre a situaciones en particular; 2) el político-cultural, que se refiere a lograr el consentimiento necesario para coordinar perspectivas diversas y a veces divergentes, a fin de formular normas deontológicas y jurídicas.

Esta complicación no es artificiosa. Como decíamos antes, para establecer una relación entre la bioética y la hermenéutica (y para cuál tipo de hermenéutica) hay que saber en qué niveles o planos de la reflexión bioética nos colocamos.

El presente enfoque se basa en un supuesto, que habrá que rescatar de su carácter de premisa y deberá ser justificado: aquel por el cual es legítimo considerar que la bioética no se agota en el problema práctico-valorativo sino que, análogamente a cuanto ocurre en el campo ético, pueda aspirar a constituirse en términos de *episteme*: o bien que la bioética, como la ética, pueda indicar sus propios fundamentos y constituirse como saber normativo y no sólo como momento aplicativo de criterios extrínsecos a ella y desprovistos de fundamentación. Pero esta tesis, que implica una distinción de planos y de problemas, sólo se puede defender si se demuestra que ciertas pretensiones reduccionistas propias de la hermenéutica filosófica no valen aquí.

Esta confrontación resulta decisiva puesto que, como decíamos, la hermenéutica filosófica —por lo menos en algunas de sus líneas exponenciales— tiende a quitar valor al modelo del saber epistemológico que se ha expresado, en la historia de la filosofía, como adecuación a la realidad y coherencia. En este sentido, parte de la historia de la hermenéutica filosófica contemporánea disuelve —juzgándola ilusoria— cualquier pretensión de verdad que trascienda el plano empírico o histórico, vinculándose, bajo ciertos aspectos, a la concepción kantiana de la *Crítica de la razón pura*, y oponiéndose al proyecto “iluminista” (o “moderno” o “cartesiano”) que quiere superar el plano de los prejuicios para establecer (adoptando el modelo epistemológico de las “ciencias exactas” y de su correlación con las “ciencias de la naturaleza”), algunas tesis apodícticas, incontrovertibles y, como tales, meta-históricas. Como veremos, por presión de la búsqueda dilteyana de los cánones de una “ciencia del espíritu”, autónoma respecto de la “ciencia de la naturaleza”, el pensamiento de Gadamer se ha encontrado con la obra del último Heidegger —marcada por la problemática lingüística— y ha difundido el convencimiento de que cualquier saber no sólo es finito sino que es saber de lo finito y, por tanto, sólo puede aspirar a convencimientos provisionales que adquieren valor al interior de tradiciones particulares, pero que no pueden pretender valer en sí y por sí.

En última instancia, si la referencia a la hermenéutica no pretende designar una teoría en particular sino una cierta condición⁷ de “crisis” del saber argumentativo, substituido por otras formas y modalidades de aproximación a la realidad y de comunicación, se puede afirmar que en la actualidad diversas líneas del pensamiento ético se ubican en este contexto.

Como decíamos, si la hermenéutica filosófica pretende renovar las instancias del criticismo gnoseológico kantiano poniéndose como horizonte trascendental, acaba por disolver cualquier pretensión universalista y “objetivista” de la ética y por encomendar, de hecho, a las armas de la persuasión (la “nueva retórica”) la defensa y la difusión de una cierta “sabiduría” mediana, horizontal, que encuentra en el terreno del “acuerdo” el punto de fuerza de su eficacia histórica.

A la hermenéutica trascendental se contrapone, por esto, la filosofía especulativa que considera que el saber de lo finito (genitivo subjetivo) no se limita a ser un saber de lo finito (genitivo objetivo) y piensa, por tanto, que tiene razón de ser una ética normativa⁸ como saber y, en consecuencia, una bioética que mantenga la pretensión de una cierta “objetividad”. No es necesario, en efecto, negar la finitud del hombre y la finitud del ejercicio de la razón de cada hombre en particular, para poder afirmar la posibilidad de un conocimiento, por imperfecto y pobre que sea, de los primeros principios y de la existencia de Dios.⁹

Estas observaciones preliminares resultarán más claras cuando hayamos delineado algunos aspectos de la historia de la hermenéutica y su consolidación como hermenéutica filosófica, así como las objeciones y las perplejidades que ha suscitado en el debate que ha marcado su crecimiento y difusión.

Algunos apuntes históricos

Sin querer hacer una historia de la hermenéutica,¹⁰ ni siquiera en sus líneas generales, señalaremos algunas variaciones temáticas que pueden favorecer la comprensión del presente análisis. En primer lugar, recordemos que el término griego *hermenéia* no indica aún la interpretación, sino el llevar mensajes, anunciar. Por esto se vincula con Hermes, el nuncio de los dioses, aun cuando esta relación sea fruto de una reconstrucción

a posteriori, puesto que entre los dos términos hay solamente una afinidad sonora. Pero el hecho de que, a partir de Heidegger (*En camino hacia el lenguaje*), se consolide esta relación ideal, indica la intención de despojar a la hermenéutica de cualquier referencia a la subjetividad del intérprete y un camino hacia la prioridad de la “palabra que habla” y, por tanto, a la transformación de la hermenéutica en “anuncio”.¹¹

Ciertas tesis de la actual hermenéutica filosófica se vuelven más comprensibles si, en el trasfondo, se tiene presente el hecho de que la hermenéutica nace como exégesis de la Palabra a través de la Sagrada Escritura y, por tanto, dentro de un contexto en el que no se trata de “justificar” sino de “comprender” la verdad. Esto no significa que la hermenéutica sea en sí misma “religiosa” o implique una referencia a Dios (como muy apresuradamente alguien piensa transformando el ser del que habla Heidegger en el Ser divino), sino que, de hecho, el modelo cognoscitivo que adopta es análogo al de la fe cristiana, aun cuando lo desarrolle en un contexto puramente mundano (en el que, entre otras cosas, no se puede “conocer” la existencia de Dios). Respecto de la tradición católica, que considera posible conocer racionalmente la existencia de Dios (tema que en la escolástica y en la neoescolástica abre el debate sobre los *preámbulos de la fe*), prevalece el montaje de la Reforma protestante, mediada por el criticismo kantiano, que acentúa el momento de la “palabra”, del “texto”, y excluye la cognoscibilidad racional de la existencia de Dios. Estas observaciones, que indican la génesis de un cierto enfoque hermenéutico, son confirmadas por lo que Heidegger, en 1954, afirma en el escrito *De una conversación en la escucha del lenguaje*: “Mi familiaridad con el término ‘hermenéutica’ se remonta a la época en que estudiaba teología. El problema que más me atormentaba entonces era el de la relación entre la Palabra de la Sagrada Escritura y el pensamiento teológico-especulativo. Era, si se quiere, la misma relación entre lenguaje y ser, sólo velado y para mí inaccesible, de tal manera que, entre giros y desviaciones, en vano buscaba un hilo conductor. (...) Más tarde volví a encontrar el término ‘hermenéutica’ en Wilhem Dilthey, en su teoría de las ciencias históricas. También para Dilthey la familiaridad con la hermenéutica provenía de la misma fuente, de sus estudios de teología, en particular de sus investigaciones sobre Schleiermacher”.¹² Es en este contexto, por tanto, en el que Heidegger ha desarrollado su concepción de la hermenéutica como ontología, es decir,

como modalidad misma del ser del ente que manifiesta y oculta, al mismo tiempo, al ser, pensado como luz que permite el emerger de los entes.

En cambio, en el uso corriente, no filosófico, la hermenéutica indica el arte de interpretar signos “oscuros”, es decir, cuyo significado no es evidente. En esta actividad, el intérprete busca desatar el sentido del texto (o, más en general, del acontecimiento) que tiene frente a sí remitiéndose a criterios objetivos, que no son ellos mismos objeto de interpretación y constituyen por esto, por su evidencia no mediada, un punto de referencia seguro.¹³ Desde un punto de vista histórico, hay que decir que la hermenéutica sólo adopta un carácter disciplinario autónomo con Schleiermacher; esto no significa que antes no fueran afrontados problemas interpretativos concretos. Baste pensar en el hecho de que en el medievo se fija la conocida doctrina de los cuatro significados de un texto —literal, alegórico, moral y anagógico—; pero lo cierto es que Schleiermacher amplía la problemática hermenéutica a cualquier texto cuya comprensión no sea inmediata y fija algunos principios que condicionarán, positiva y negativamente, la sucesiva reflexión hermenéutica. Algunos de esos criterios son comúnmente aceptados: el de la continuidad circular entre el todo y las partes (palabra/frase, frase/contexto, contexto/obra, obra/autor, autor/ambiente histórico, etcétera) o el que provoca en el intérprete una actitud simpatética con el pasado, encaminada a revivir el contexto espiritual de la obra. Con Dilthey se da un paso posterior, puesto que la hermenéutica se vuelve el método propio de las *Geisteswissenschaften* (las ciencias del espíritu), contrapuestas a las ciencias de la naturaleza.

De hecho se encuentran cuestiones hermenéuticas en la filología, en la jurisprudencia o en disciplinas de base empírica como la medicina, pero cuando se habla de hermenéutica en estos contextos se tiene presente, en general, el modelo de hermenéutica de cuño “objetivista”, es decir, ligada a principios, a reglas o a métodos que están, como recordábamos antes, “fuera” del proceso hermenéutico mismo. En esta línea se mueve, por ejemplo, Emilio Betti, fundador en Roma, en 1955, del “Instituto de teoría de la interpretación”, en la Facultad de Jurisprudencia,¹⁴ el cual ha hecho una crítica radical al pensamiento de Gadamer precisamente por el giro trascendental y antimetodológico que dio a la hermenéutica, acabando por desembocar en una hermenéutica como ontología.

Hermenéutica y ontología: Gadamer

Para comprender el radical cambio de perspectiva introducido por Gadamer nos remitiremos a su obra más importante, escrita en 1960, *Verdad y método*. El título ya indica el recorrido: hacer emerger la verdad fuera o contra todo método, mostrando la naturaleza hermenéutica de cualquier comprensión. Habrá que preguntarse, no obstante, cuáles son las verdades extra-metódicas y si la estructura hermenéutica del pensamiento no acaba por trastocar el intento, haciendo imposible cualquier discernimiento entre lo verdadero y lo falso, entre lo bueno y lo malo; en un continuo rechazo de interpretaciones que son sólo el espejo del flujo histórico, pero esto pertenece al momento de la discusión crítica. Recordemos los puntos decisivos del pensamiento de Gadamer para el aspecto que aquí nos interesa.

Hay que decir, primero, que el objetivo de la investigación de Gadamer es filosófico y no metodológico. Esto significa que, en analogía con cuanto hace Kant en la *Crítica de la razón pura*, no pretende prescribir un uso correcto de la razón, sino indicar las estructuras trascendentales del comprender, las condiciones de posibilidad del comprender. En esta perspectiva se entiende también el montaje de *Verdad y método*, que a primera vista podría desconcertar. En efecto, la primera parte está enteramente dedicada a cuestiones de estética (*Puesta en claro del problema de la verdad con base en la experiencia del arte*), la segunda está dedicada al *Problema de la verdad y de las ciencias del espíritu* y sólo en la tercera se aborda decididamente el paso *De la hermenéutica a la ontología*. El hilo conductor del lenguaje. La referencia al arte se debe al hecho de que ofrece una típica experiencia extra-metódica de la verdad y hace emerger esos aspectos (como el del “juego”) que sirven para describir los caracteres constitutivos de todo comprender; la segunda parte, en la que se delinea una historia de la hermenéutica romántica e historicista, sirve como preámbulo para la que titula *Elementos de una teoría hermenéutica*, en la que se desarrolla una crítica radical al pensamiento iluminista y a las presuntas “neutralidades” del saber, y se individualizan algunas estructuras interpretativas (del círculo hermenéutico a la precomprensión, de la fusión de los horizontes a la historia de los efectos, etcétera).

En la última parte, de cuño ontológico y claro acento heideggeriano, se perfila la noción de verdad como “juego lingüístico”, en el que el lenguaje se manifiesta —y se oculta— como verdadero protagonista, y se lleva a término la disolución de las que Gadamer considera las pretensiones del saber especulativo. Vuelve, en esta última parte, el tema de lo bello, como concepto en grado de manifestar el carácter de acontecimiento de lo verdadero: como se es presa de la belleza también se es presa de la verdad.

Detengámonos primeramente en algunos de los temas desarrollados en los *Elementos de una teoría hermenéutica*. Ante todo, Gadamer reconoce a Heidegger el mérito de haber señalado los caracteres constitutivos de una comprensión histórica: ésta tiene su fulcro en el círculo hermenéutico, marcado por la precomprensión. Gadamer repite que Heidegger no indica un “precepto para la práctica del comprender, sino que describe el modo de actuarse del mismo comprender interpretativo como tal. Lo esencial de la reflexión hermenéutica de Heidegger no es la demostración de que aquí estamos frente a un círculo, sino en subrayar que este círculo tiene un significado positivo”.¹⁵ Con esta afirmación no se pretende sólo decir que las partes de un razonamiento se comprenden en el razonamiento entero y viceversa, sino que, por la condición ontológica del hombre, lo que se debe comprender está de alguna manera ya comprendido. De aquí la tesis según la cual es ilusoria la batalla iluminista contra los prejuicios: con motivo de su ser histórico, de su ser arrojado a la historia, el hombre no puede prescindir de su pasado, de sus precomprensiones. No se puede salir del círculo hermenéutico, sino que hay que permanecer en él de un modo adecuado. Gadamer acusa al iluminismo de haber dado una acepción negativa del prejuicio: el prejuicio en sí no es un juicio falso, sino sólo un juicio que se da antes de haber analizado enteramente el conjunto de los elementos que hay que juzgar. Junto a los prejuicios falsos e ilegítimos pueden existir prejuicios verdaderos y legítimos (Gadamer no nos dice, sin embargo, cómo distinguirlos: puesto que este discernimiento no se da *a priori*, se tiene que dar *a posteriori*, en la verificación de su consistencia. ¿Pero cómo será posible esta verificación si no existe una objetividad que no sea ya la circularidad del comprender a la luz del prejuicio?).

En cualquier caso, Gadamer subraya con razón lo necesaria que es una toma de conciencia de los propios prejuicios, de las propias pre-

comprensiones, de manera que se mantenga la alteridad del texto, pero luego niega que sea posible metodológicamente ir de la neutralidad a la objetividad. Esta pretensión es la del prejuicio cientificista que olvida que resulta imposible superar la condición histórica del hombre e imagina una razón absoluta, no sometida a condicionamientos e influjos de la sociedad, del pasado, de la psique, etcétera.

Entre los prejuicios que Gadamer revalúa están los de la *autoridad* y de la *tradicición*: ante todo señala que no hay contraposición entre la autoridad y la libertad, en cuanto que la autoridad se basa en el libre reconocimiento de la razón que, consciente de los propios límites, concede confianza al juicio ajeno, a aquel que es conocido como el especialista, el educador, el superior. Y, en este contexto, la tradición se presenta precisamente como lo que es autorizado, como aquello de lo que nos apropiamos renovándolo.

Por esto, las tesis de Gadamer tienden a refutar la pretensión moderna de una autoconciencia transparente y la referencia (piénsese en Descartes) a una subjetividad pura capaz de sustrarse a la condición histórica. La hermenéutica, en efecto, se actúa al interior de una dialéctica (que no es la hegeliana), dada por la cercanía y por la lejanía: cercanía de aquello de lo que me ocupo, que está determinada por su pertenencia a mi historia y a mi tradición; lejanía que debería garantizar la alteridad de lo que interpreto. Pero esta interpretación no se da fuera de lo que Gadamer llama *Wirkungsgeschichte*, la historia de los efectos. Dicho de otra manera, en toda interpretación la pre-comprensión del sujeto es dada por la cadena de las interpretaciones pasadas que actúan sobre el acto del interpretar y de las cuales no se puede nunca, como ocurriría en una pretendida conciencia absoluta, ser plenamente conscientes y, por tanto, emanciparse.

Así, nos encontramos inmersos en una situación no resuelta ni resoluble: la conciencia es, al mismo tiempo, conciencia determinada históricamente y conciencia de esta determinación, que no puede ser trascendida. Precisamente porque la comprensión está dentro de la historia y no existe un punto arquimedeo fuera de la historia, toda comprensión actúa la fusión de los horizontes: el horizonte histórico en el que vivo y el horizonte histórico de esa realidad de la que me ocupo.

Esta condición implica un replanteamiento, según Gadamer, del problema de la relación entre comprensión y aplicación: mientras resulta

comprobado que no hay separación entre comprensión y explicación, porque los dos términos se implican (no aceptar esta reciprocidad significaría poder salir del círculo hermenéutico), nos hemos olvidado, dice Gadamer, de un tercer elemento, subrayado por el pietismo, el de la *aplicación*. Pero a diferencia de lo que ocurre en el pietismo, donde la aplicación edificante, que es actuada en la predicación y en la enseñanza de la Sagrada Escritura, es pensada como algo sucesivo y diferente de la comprensión, hay que afirmar que “la aplicación constituye, como la comprensión y la explicación, un aspecto constitutivo del acto interpretativo entendido como unidad”.¹⁶ Comprender significa aplicar: la hermenéutica histórica debe, en efecto, tomar como modelo la hermenéutica jurídica y teológica, donde se vuelve a encontrar esa unidad entre comprender, explicar, aplicar. En realidad, escribe Gadamer, “el sentido de la ley, que se manifiesta en su aplicación normativa, no es en líneas generales algo diverso del sentido de lo que un texto dice y que se hace valer en el proceso de la comprensión”.¹⁷

Esto significa que hay que replantear la relación entre universal y particular. Pues bien, según Gadamer, es precisamente la ética aristotélica la que proporciona el camino adecuado para este replanteamiento.

La ética como sabiduría

Para Gadamer, Aristóteles se presenta “como el fundador de la ética en cuanto disciplina autónoma respecto de la metafísica” y, por ende, como promotor de un saber que está determinado por su concreta exigencia de aplicación histórica. “Si el bien se presenta al hombre siempre en la concreción particular de las situaciones aisladas en las cuales llega a encontrarse, el saber filosófico deberá mirar, precisamente, la situación concreta y reconocer, por así decir, lo que ésta exige de él; o, en otras palabras, aquel que actúa debe ver la situación concreta a la luz de lo que en general se exige de él”¹⁸. En negativo, esto significa que un saber general que no sepa aplicarse a la situación concreta queda sin sentido. Gadamer subraya que, para Aristóteles, la ética no puede pretender, como querría Platón, alcanzar esa exactitud que hay en el saber matemático: efectivamente Aristóteles considera exagerada la identificación platónico-socrática entre ética y logos. “El enfoque acertado de una ética

filosófica exige, pues, que ésta no pretenda ocupar el lugar del conocimiento moral y, sin embargo, no se limite a construirse como ciencia puramente teórica, “histórica”, sino que a través de la clarificación de los fenómenos, en forma de esbozo, ayude a la conciencia moral a aclararse ella misma”.¹⁹

Estas observaciones son claras para quien tiene presente que según Aristóteles el problema ético es el problema de qué debe hacer el hombre, pero no hay que olvidar, como ocurre en Gadamer, que esta prioridad del hacer está mediada por la pregunta sobre los caminos para realizar la finalidad del hombre y discernir entre las diversas respuestas que se han dado a esta exigencia intrínseca, cuando se ha buscado el significado propio de la felicidad humana. Y no sólo esto: se debe a Aristóteles (véase el libro primero de la *Ética Nicomachea*) la identificación (ampliamente retomada y fundada en el tomismo) entre bien y fin; y no falta la referencia a la naturaleza humana como criterio para discernir entre concepciones verdaderas y erróneas de la felicidad. A esto hay que añadir, antes de continuar con la interpretación dada por Gadamer, que una lectura global de Aristóteles plantea el problema del acuerdo entre las tesis que él desarrolló en la “filosofía primera”, o “metafísica”, y las de la *Ética Nicomachea*; acuerdo que, con radicales integraciones, ha operado el tomismo. No por casualidad, una cierta interpretación marcada por la “historia de los efectos” podría captar, en el texto de la *Ética Nicomachea*, muchas otras sugerencias. Hay que aclarar rápidamente, sin embargo, que aquí no se trata de determinar cuál sería la exégesis más fiel al texto de Aristóteles, pretensión que, por coherencia, el mismo Gadamer debería rechazar. Lo que resulta decisivo es, en cambio, la individuación del alcance teórico de la interpretación de Gadamer, resumida en el intento de negar el carácter objetivo del saber ético, aduciendo como testimonio la reflexión de Aristóteles. En realidad, Gadamer, aun reconociendo que también en Aristóteles se mantiene la dimensión cognoscitiva en el discurso ético, reitera que éste “no es un saber objetivo; el que sabe no está frente a un estado de cosas que se trata de registrar objetivamente, sino que inmediatamente se implica e interesa en lo que ha de conocer. Se trata de algo que él ha de hacer”.²⁰ Pues bien, continúa Gadamer, Aristóteles pone en claro la diferencia entre el saber ético de la *phronesis* (sabiduría) y el teórico de la *episteme* (ciencia), sobre todo porque la ciencia, para los griegos, “es pensada sobre el

modelo de la matemática, es decir, de un saber inmutable, que se funda en demostraciones y que, por esto, se puede aprender”.²¹ Las ciencias del espíritu, así, son cercanas a la ética, porque su “objeto” es el hombre, pero éste es un sujeto que actúa y que tiene que vérselas con las cosas que son siempre diferentes. Ahora bien, ¿qué saber dirigirá estas acciones? Según Gadamer se plantean dos alternativas: la de la *phronesis* y la de la *techne*, que para los griegos es el saber propio del artesano, de quien sabe producir determinadas cosas. Y Gadamer se pregunta si la relación que se instaura entre el saber moral y la acción se puede imaginar sobre el modelo de la *techne*: “¿Esto significaría que ése es un saber que dice cómo el hombre debe forjarse a sí mismo según lo que debe ser, del mismo modo que el artesano aprende a producir las cosas que han de ser según un plan y una finalidad elegida? ¿Esto quiere decir que el hombre se proyecta con base en un *eidós* de sí, del mismo modo que el artesano lleva en sí el *eidós* de lo que quiere hacer y sabe imprimirlo al material?”.²²

Gadamer localiza un vínculo entre hermenéutica, *phronesis* y *techne*, el cual es dado por el tema de la aplicación, por el hecho de tener en la mira un objetivo práctico. También la *techne*, en efecto, no es un saber teórico, puesto que está orientado a la acción y, como la *phronesis*, depende de la experiencia. Pero también existen diferencias: el hombre, en realidad, no dispone de sí mismo como el artesano de la materia sobre la que trabaja; además, la *phronesis* no es un saber, sino un saber-sí, lo que da lugar a la conciencia moral. Gadamer fija en diversos puntos los elementos que, en Aristóteles, llevan a distinguir entre *phronesis* y *techne*: 1) La *techne* no puede ser aprendida y desaprendida, mientras que el hombre está siempre en condiciones de tener que actuar y, por tanto, debe poseer y aplicar siempre el saber moral; 2) en el caso de la moral, la aplicación es sumamente problemática, porque “se puede aplicar sólo aquello que ya antes se posee”, mientras el saber moral “no es algo que se posea ya de por sí y que se deba sólo aplicar a las situaciones concretas”.²³ En realidad, los lineamientos del saber moral dependen de la situación: “Lo que es justo, por ejemplo, no es plenamente determinable de manera independiente de la situación en la que yo debo operar precisamente, mientras el *eidós* de lo que un artesano quiere producir está perfectamente determinado, y ello con base en el uso al que debe servir”.²⁴

Gadamer observa que se podría decir que lo que es justo es lo que está fijado en las leyes, y en este caso la aplicación sería análoga a la de la *techne*; pero, a su juicio, esta analogía no subsiste, puesto que en el caso del artesano puede ocurrir que éste deba renunciar a ciertas realizaciones por motivos contingentes, o deba adaptarse a la situación, pero este hecho no modifica su saber. En cambio, en el caso de la ley, cuando una aplicación no se da es porque “de otro modo no sería justo. Cuando así se nos separa de la ley no se hacen luego ‘reducciones’ de la justicia, sino que más bien se encuentra aquello que es más justo”.²⁵ Por esto, según Gadamer, la actitud de Aristóteles respecto del derecho natural es bastante más matizada que la del jusnaturalismo moderno y permite captar el vínculo de unión con el problema hermenéutico. Aristóteles distingue entre lo que es justo por naturaleza y lo que es justo por ley, pero la “diferencia en la que piensa no es, sin embargo, simplemente la que se da entre la inmutabilidad del derecho natural y la mutabilidad de las leyes positivas”,²⁶ como se suele interpretar. Según Gadamer, el conocimiento de un derecho natural inmutable es dejado a los dioses, puesto que lo que es natural, aun no siendo convencional, tiene en sí mismo un cierto margen de mutabilidad. Esto es tan cierto que Aristóteles mismo declara que, si bien “el mejor estado es dondequiera y siempre uno solo, esto no hay que entenderlo en el sentido en que se dice que ‘el fuego quema igualmente aquí en Grecia y entre los persas’”. Según Gadamer, el concepto de “derecho natural” tiene sólo una función crítica, funcional a la imperfección de las leyes positivas, “en cuanto que sólo ahí donde surge una discrepancia entre derecho y derecho es lícito remitirse al derecho natural”.²⁷

A Gadamer no le interesa el problema del derecho natural como tal, sino su significado general, resumido en la tesis por la cual el ideal moral no es algo fijo que cualquiera puede reconocer y aplicar. Este presunto ideal debe substituirse por los esquemas no enseñables que se concretan en la situación en la que se actúa. Estos “criterios” no son normas inmutables, pero “tampoco puras convenciones, sino que más bien reflejan realmente la naturaleza de las cosas; sin embargo, la realidad de las cosas se determina sólo con base en la aplicación que la conciencia moral hace, en cada una de las situaciones en particular, de estos esquemas ideales”.²⁸

Así, la relación entre medios y fines no se puede determinar *a priori*: el saber moral se adquiere mientras se aplica. “No hay ningún conoci-

miento determinado una vez por todas de lo que debe valer en general como el fin de la vida... Un uso dogmático de la ética es tan impensable como un uso dogmático del derecho natural”.²⁹

Gadamer sostiene, por tanto, que la ética aristotélica y la hermenéutica filosófica se encuentran precisamente porque ponen la aplicación como un momento intrínseco del comprender y no como algo que sea sucesivo a él: es una situación análoga a la que se realiza en el ámbito de la hermenéutica teológica y de la jurídica.

A nivel crítico se puede observar que el acuerdo entre la hermenéutica y la filosofía moral de Aristóteles deriva, en realidad, del hecho de que Gadamer mismo interpreta la ética aristotélica según la perspectiva hermenéutica: ni puede darse otra modalidad, según Gadamer, porque la hermenéutica no se refiere sólo al problema de una “recta comprensión de lo comprendido”, sino a la existencia misma, puesto que la comprensión es el “carácter ontológico originario de la vida humana misma”,³⁰ que marca, como indicaba ya Heidegger en *Ser y tiempo*, las relaciones entre el hombre y el mundo.

Si el modelo de la interpretación de los textos es el modelo de nuestra experiencia del mundo en general, entonces no se puede dar otro conocimiento sino el hermenéutico.

Estas reflexiones son resultado, en realidad, de lo que es, por así decir, el “postulado” de toda la hermenéutica que se presenta en la última parte de *Verdad y método*, es decir, que en la hermenéutica se realiza una experiencia de verdad, irreducible al método del pensamiento científico moderno y, por tanto, diverso del ideal de un saber exacto y objetivo del mundo, fruto de un aislamiento de la subjetividad que mira a un objeto de una forma neutra. Pero, ¿qué se conoce realmente? Según Gadamer nosotros no conocemos cosas sino el lenguaje. De hecho, para Gadamer el lenguaje es el medio universal de la experiencia no como instrumento sino como condición, porque “pone al ser histórico-finito del hombre en comunicación consigo mismo y con el mundo”.³² Esto significa que de condición trascendental —en sentido kantiano—, la hermenéutica se vuelve condición ontológica, puesto que el lenguaje hace transparentar al ser (y por tanto cae el fenómeno puesto que no hay noúmeno, dado el carácter intencional del lenguaje); más aún, el lenguaje es el ser que se transparenta. El ser que puede ser comprendido es el lenguaje, esto es, el lenguaje es una autorrepresentación universal. Para Gadamer no se da

simplemente fundamento, porque la fundamentación supondría la posibilidad de salir—cognoscitivamente—de la condición hermenéutica, que en cambio es intrascendible. Puesto que no se da un punto de vista fuera de la condición hermenéutica, hay que decir que no se da verdad alguna que no sea histórica: entre otras cosas, observamos, ni siquiera se podría decir que cualquier verdad es contingente, puesto que esta noción pertenece a ese pensamiento inferencial y dialéctico que, según diversas líneas, ha considerado un deber el mantener abierto el binomio contingente-absoluto, finito-infinito para poder pensar lo empírico. Escribe Gadamer: “El lenguaje es un medio en el que yo y mundo se juntan, o mejor, se presentan en su originaria congeneridad: esta es la idea que ha guiado nuestra reflexión”.³³

Pero adviértase que esta mediación no está nunca concluida y, sin embargo, permanece finita: se trata, en el fondo, de una especie de absoluto-finito, mucho más alejado de Hegel de lo que Gadamer mismo quisiera hacernos creer.

Sobre el trasfondo de lo que hasta ahora hemos descrito sintéticamente, se puede ahora destacar la sugestiva tesis de Gadamer: la estructura de la comprensión y de la verdad se manifiestan y se definen a través de la experiencia de lo bello y del juego. Lo bello, en efecto, es un evento inmediato que tiene el modo de ser de la luz, es decir, de algo de lo que el individuo no dispone pero que se impone. De la misma manera que en el juego el protagonista no es el jugador sino el juego mismo, que dicta las reglas.

Observaciones críticas

Podemos localizar por lo menos tres niveles, por lo demás, decididamente vinculados entre sí, sobre los cuales es necesario hacer algunas observaciones críticas: el primero se refiere al significado de la hermenéutica de Gadamer en conjunto; el segundo interesa a la relación con la ética; el tercero, a la conexión con la bioética. Obviamente no pretendemos agotar en este lugar la confrontación con la hermenéutica que, como se ha visto, es una reflexión que se articula en diversos elementos. Intentaremos, sin embargo, enuclear aquellos aspectos que nos parecen decisivos para evaluar qué aportación puede dar la hermenéutica a la bioética.

Quien escribe esto no está convencido de que se deba aceptar *a priori* la tesis de la no “transcendentabilidad” del horizonte histórico a nivel cognoscitivo: si se considera que ciertas tesis, que en la historia de la filosofía han sido presentadas como “perennes” e “incontrovertibles”, son en cambio fruto de una ilusión, individual o colectiva, se deben señalar, de cuando en cuando, para que lo sean. Rechazar esta confrontación “dialéctica” significa, de hecho, dejar subsistir dos montajes cognoscitivos opuestos, delegando a una opción (a un acto de “fe” histórica) la adopción de uno u otro modelo y cerrándose, sin embargo, la posibilidad de demostrar la falsedad del otro.

Ahora bien, el punto crítico de todo el montaje gadameriano consiste precisamente en la pretensión de ponerse como único modelo del saber en nombre de la imposibilidad de salir del horizonte hermenéutico. En efecto, si se acepta esta tesis, que afirma no sólo la historicidad de todo saber (tesis compartida si expresa la referencia al concreto sujeto histórico que conoce), sino también de todo lo *sabido* (es decir, de toda teoría), entonces es necesario afirmar que también aquellas teorías que se apartan de semejante convencimiento —y en particular la que afirma la legitimidad de un saber objetivo y apodíctico— son legítimas. En efecto, si se niega esta posible legitimidad, se llega a afirmar que la teoría hermenéutica no es ella misma hermenéutica, es decir, histórica, esto es, plausible, pero que tiene aquellos caracteres de apodíctica que la hermenéutica misma niega que se pueden dar. Y en este caso se confirmaría la posibilidad de un saber apodíctico. La intrínseca aporía en que se envuelve la hermenéutica de Gadamer es la de querer negar un punto de vista absoluto, es decir, no relativo al círculo de la hermenéutica, en el momento mismo en que ésta pretende ser precisamente este punto intrascendible. Nos encontramos frente a la aporía clásica de todo escepticismo y de todo historicismo absoluto: si pretende constituirse como única verdad, niega precisamente lo que afirma. Dicho con otras palabras, si el horizonte del saber es sólo histórico, entonces también la tesis que plantea esta afirmación es histórica y, por tanto, no puede excluir la legitimidad de formas de saber diversas de la propia. En cambio, si declara ser trascendental en sentido ontológico y en sentido gnoseológico, entonces confirma la tesis de que se puede trascender la historia y formular tesis meta-históricas.

En el plano de las tesis aisladas de Gadamer hasta aquí expuestas, nos parece que algunas de ellas pueden ser positivamente acogidas incluso por quien no pretenda renunciar a un saber “objetivo”. No nos parece, en efecto, captar una oposición real a la pretendida “neutralidad” del saber cuando Gadamer nos recuerda que hay que estar de manera adecuada en el llamado círculo hermenéutico: de la *ironía* socrática a la *universalis dubio de veritate* (duda universal sobre la verdad) de Tomás, de la *duda metódica* de Descartes a la *epoché* husserliana, el saber filosófico se ha constituido tomando conciencia de las convicciones que todo hombre, antes de disponerse a filosofar, es decir, a construir una teoría, ha utilizado como guía dentro de la historia y la experiencia y que la filosofía, como saber crítico, ha buscado no utilizar en la propia reflexión antes de haber calibrado su consistencia, o bien, antes de haberlos transformado en “juicios”. Y esta conciencia, primer paso del rescate de un saber más vivido que sabido, es condición necesaria para la construcción de un saber no fideista.

En cuanto a la pretensión de la “neutralidad”, puede ser pensada como la búsqueda de aquellas verdades que están en el trasfondo de todo saber, y que la filosofía tiene como tarea propia poner en primer plano, y que son “neutras” simplemente porque se piensan fuera de su concreta relación con otras tesis: esta búsqueda es análoga a la que Gadamer lleva a cabo y difiere por el resultado y no por la intención. La idea de un “inicio absoluto” del filosofar puede ser entendida en clave prometeica, casi como una mirada divina sobre las cosas, o, mucho más realistamente, como la localización de aquellos conceptos, de aquellas verdades que están en la base de todo razonamiento y de todo saber. Desde el día en que Aristóteles definió la filosofía primera como saber del “ente en cuanto ente”, es decir, como retorno reflexivo sobre los datos de la experiencia para captar sus aspectos más universales, la filosofía siempre ha practicado este “método”. Y, de hecho, también Gadamer se mueve a lo largo de esta línea: su negación de la objetividad del saber tiene significado sólo ahí donde indica como no objetivo un cierto determinado saber, y no cuando pretende, contradictoriamente, negar que se pueda saber, de manera objetiva, cómo están las cosas.

Y, además, en cuanto a la revalorización de la tradición y de la función de la autoridad, hay que notar que si no se dan criterios objetivos con base en los cuales juzgar la legitimidad de una autoridad y de una tradición,

no se puede operar una discriminación entre las diversas y contrapuestas autoridades y tradiciones. Si la razón no es capaz de indicar los primeros principios y, por tanto, las verdades no-mediadas por una particular tradición y por una particular autoridad —que no sea la evidencia misma—, ¿en nombre de qué se seguirá la tradición oriental? ¿Sólo porque se ha nacido en un determinado contexto histórico? Las tesis de Gadamer se prestan a las objeciones de la llamada hermenéutica crítica de Habermas, que lo acusa de agazaparse sobre lo existente y de dar, por tanto, justificación de todo lo que ocurre.

Para Gadamer, la verdad se manifiesta fuera del área cognoscitiva de las ciencias exactas, en experiencias extrametódicas como las artísticas, filosóficas, jurídicas, pero esta referencia a la experiencia de lo verdadero, en sí compartida, lleva, una vez acentuada, a una nueva aporía. En efecto, aun cuando Gadamer considere que es el “lenguaje” el que habla y, por tanto, aspire a combatir el subjetivismo gnoseológico, puesto que este lenguaje que habla se presenta a través de lenguas, tradiciones, culturas diversas, éstas son todas legitimadas, incluso en su oposición. Cae la posibilidad de distinguir lo verdadero de lo falso. No por casualidad, para Gadamer no se dan interpretaciones mejores o peores (en este caso debería haber un criterio externo a la interpretación para garantizar esta jerarquía), sino sólo interpretaciones diferentes. Gadamer se ha defendido de estas críticas sosteniendo que su objetivo es el de describir cómo se da y no cómo debe darse la interpretación, pero, para usar una expresión de Betti, el problema hermenéutico no puede reducirse a una *quaestio facti* (cuestión de hecho) —cómo se da— sino que implica también una *quaestio iuris* (cuestión de derecho), o sea, en qué condiciones es legítimo un conocimiento hermenéutico.

El montaje teórico de Gadamer muestra su debilidad especialmente cuando adopta la ética aristotélica como modelo del saber hermenéutico. Sin querer entrar a debatir, como ya decíamos, cuestiones exegéticas, se puede tratar de localizar cuáles son los problemas que presenta. Ante todo, nos parece que se confunden planos distintos entre sí (aun cuando no separados): el de la vida moral (o moralidad), en el que indudablemente la primacía compete a la *phronesis*. En el aquí y ahora de la concreta decisión, la relación entre conocimiento y aplicación se funden y cada quien está llamado, en particular, a hacer vivir el bien en la singularidad del acontecimiento histórico. Pero este acto volitivo, para ser acto moral,

requiere que se sepa qué cosa es bueno hacer en general: la decisión no crea el bien, sino que lo hace operante. Ahora bien, el punto decisivo es precisamente éste: ¿qué es el bien? Gadamer dice que Aristóteles niega que se tenga “ciencia” del bien en términos socrático-platónicos: si con esto se quiere subrayar la posición de Aristóteles a la posibilidad de conocer el bien en sí (o la idea del Bien), podemos estar de acuerdo. Pero esto no significa que, incluso Aristóteles, no indique un criterio para significar, de manera objetiva, lo que está bien. El bien es el fin y el bien para el hombre es aquel fin que es “último”, esto es, que se basta a sí mismo, y los hombres llaman “felicidad”. Aristóteles no considera que se pueda conocer adecuadamente ni en qué consista el bien para el hombre ni si se pueda realizar históricamente, pero esta inadecuación no se deriva del hecho de que no se conozca el *eidos*, la naturaleza del hombre (y esto es tan cierto que Aristóteles distingue entre los bienes dignos y los indignos del hombre), sino que versa sobre el problema que él no sabe si la condición a la que el hombre aspira (la felicidad) sea algo menos que real (es decir, un *fin de derecho*). Para que la felicidad sea una perspectiva ontológicamente fundamentada se requiere que, como diría Tomás, se sepa que existe un Dios creador (y por tanto finalizador). Sólo así la aspiración inscrita en la condición humana puede ser adecuadamente “interpretada”. Dicho de otro modo, la moralidad, como camino concreto al fin, puede realizarse sólo cuando la relación ontológica que liga a la criatura con el Creador se hace una relación voluntaria, y el hombre, en analogía con lo que ocurre en la *techne*, se plasma a la luz de un ideal humano que se funda en su dimensión creatural. El hombre, pues, a diferencia de lo que sostiene Gadamer, lleva implícito en sí, a nivel ontológico, precisamente ese *eidos* que debe desarrollar actuando el doble proceso del conocer-*se* y del querer-*se* como criatura (como relación voluntaria con el Creador). Y no sólo esto, sino que, además, esta doble condición expresa los niveles de la problemática moral: el *fundativo* (que es saber teórico del fin del hombre); el ético, que es individualización de los bienes propios del hombre, y el ejecutivo, que es promoción, en el momento histórico, de aquellos bienes de los que se tiene conciencia. Por esto, si es cierto que la ética está orientada a la acción, lo es en clave teórica, como saber de lo que se debe hacer; la moralidad, o bien el acto voluntario que constituye en el tiempo al hombre moral, implica el conocimiento y, por consiguiente, también la

posibilidad de la ignorancia. En la moralidad se da, pues, tanto la gradualidad vinculada con la conciencia alcanzada en el plano ético (la teoría), como la posibilidad del error (como ignorancia) o del mal (como opción consciente de lo que se sabe que es moralmente malo). Pero si se confunden los planos y los niveles, si se transforma la *ética* en *moralidad*, se acaba por eliminar la diferencia entre lo que el hombre lleva a cabo y lo que *debe* hacer, se hace incomprensible la experiencia del mal moral como culpa personal y se destruye toda diferencia entre bien y mal moral. La situación, en efecto, no determina lo que es justo, sino que provoca a la individualización de lo que es justo ahora, o bien, a la concreta realización de un determinado valor que, en cuanto valor, no depende de su ser aquí y ahora actuado. Si no se sabe qué es justo en sí, qué es el “derecho natural” en sí, tampoco se sabe qué es justo aquí y ahora, qué derecho positivo avalar en caso de conflictos entre ordenamientos jurídicos diferentes. No se comprende, en efecto, cómo pueda la situación guiar la opción moral si no se conoce cuál es el criterio con base en el cual se juzga una acción moral o inmoral; sin contar con que, para ser moral, una opción debe ser libre y, por tanto, la “guía” debe residir en quien actúa y no sólo en la condición en que se actúa.³⁴

Si tuviéramos que trasladar el montaje gadameriano a la bioética, nos encontraríamos en la situación de tener que legitimar cualquier opción. Si, efectivamente, se teoriza que no es posible determinar *antes* qué se debe hacer en cada una de las situaciones en particular; si se afirma que cualquier tradición o, en este caso, cualquier “escuela” médica tiene su propia, intrínseca, legitimidad legisladora, se acaba por “normalizar” una situación que es anómala. El médico, en particular, escoge con base en criterios que se inspiran en su visión personal de la vida y en “esquemas” científicos que le ayudan a evaluar cada caso; el paciente es encomendado a la doble dimensión humana del agente sanitario. Pues bien, la función de la bioética debería ser la de unificar y uniformar los criterios-guía con base en los cuales cada médico debería enfocar su relación con el paciente. En otros términos, debería “equilibrar” la “objetividad” de los datos clínicos encontrados mediante la instrumentación científica con otra “objetividad”, la de los fines inscritos en la profesión médica entendida como relación con el enfermo (y no sólo con la enfermedad) que hay que curar. Si la “objetividad” de la ética es deslegitimada, con base en el montaje hermenéutico, al médico sólo le

queda la “objetividad” de su conocimiento científico. No se debe minusvalorar el hecho de que el montaje hermenéutico sobre las disciplinas experimentales tenga escasa relevancia. Aunque se haya incrementado la conciencia de la historicidad del saber de las ciencias experimentales —desde el final del positivismo en adelante—, esta conciencia (cuando existe) tiene escaso impacto operativo. Saber que el medicamento X cura la enfermedad Y, sabiendo que esto vale por ahora, y no se ha dicho que no se encuentre algo mejor, no modifica substancialmente el comportamiento del médico cuando localiza la presencia de la enfermedad Y. Pero considerar que no sea cierto, siempre y en todo caso, que el ser humano es digno de respeto en todas sus fases vitales tiene inmediatamente consecuencias operativas. Baste pensar en las diversas actitudes que se adoptan respecto del ser humano en el estadio embrional o en el estadio terminal. Pues bien, si cualquier médico, en la situación en particular, puede apelar sólo a la situación misma que “lo interpela” y no tiene otros criterios, o mejor, no puede tener criterio objetivo alguno, cualquier médico se hace árbitro del bien y del mal, y su acción, una vez llevada a cabo, asume su legitimidad, puesto que no hay acción mejor o peor respecto de aquella que se efectúa. El resultado, paradójico, es que de esta manera se promovería precisamente esa pretendida neutralidad y objetividad científicista que la hermenéutica ha querido combatir en la filosofía; descartada de la ética, la exigencia de la verdad objetiva se tomaría venganza en ese orden del saber que podría más adecuada y fundadamente acoger parte de las sugerencias de la hermenéutica.

Muchas veces, insistentemente, se ha hablado de lo que *de hecho* ocurre y de lo que *de hecho* se habría de legitimar: pues bien, el gran riesgo que corre la bioética al asumir la hermenéutica como trasfondo histórico propio es el de hacer caer la distinción entre lo que *de hecho* ocurre y lo que *de derecho debe* ocurrir.

La cultura médica, al igual que la cultura contemporánea en general, está llamada a interrogarse sobre esta distinción y a desarrollar una teoría coherente capaz de proporcionar una fundamentación apropiada. No es tarea del médico o del agente sanitario en particular desempeñar esta función, pero es deber del bioético de profesión, de quien dirige la formación del médico, del legislador, acceder a este nivel de razonamiento. En efecto, si lo que se hace operativamente relevante en la sociedad es

el conjunto de creencias que forman una tradición y consolidan una autoridad, no podemos eximirnos de preguntarnos sobre cuáles bases se apoya esa tradición y esa autoridad que se intenta proponer y defender de perspectivas con ellas contrapuestas, aunque estén a lo mejor igualmente difundidas o consolidadas.

La atención que continuamente se dirige a los diversos tipos de justificación moral de la actividad médica debe favorecer un paso ulterior: el de la búsqueda de los fundamentos de los criterios éticos evocados de cuando en cuando. El acuerdo, en sí positivo, sobre algunos principios, como el llamado de beneficencia, y objetivos, como el de la salud, no puede, a la larga, soportar la presión de otros principios, que se hacen operantes en las situaciones concretas, si antes no se ha establecido si existe un valor absoluto —no relativo a la opción, a la situación, a la percepción que cada uno tiene de sí— de la vida del ser humano. Ahora bien, este “valor” no negociable no se intuye; se puede argumentar, pero con gran esfuerzo. Y esta argumentación debe confrontarse de nuevo con uno de los problemas específicos del hombre y de la filosofía, esto es, la pregunta sobre el fin último —objetivo y significado— de la vida humana; pregunta a la que, *de hecho*, todo hombre, viviendo, implícitamente responde y a la que *debe* responder explícitamente la filosofía, si quiere seguir siendo tal.

Referencias bibliográficas

¹ Entre los diversos estudios que han puesto recientemente en relación la hermenéutica y la bioética, recordamos en particular los escritos aparecidos en 1994 en “Theoretical Medicine”: THOMASMA, D.C., *Clinical ethics as medical hermeneutics*, *Theoretical Medicine* 1994, 15: 93-111; DANIEL, S.L.T., *Hermeneutical clinical ethics: a commentary*, *Ibid.* pp. 133-139; DONNELLY, W.J., *From principles to principals: the new direction in medical ethics*, *Ibid.*, pp. 141-148; COOPER, M.W., *Is medicine hermeneutics all the way down?*, *Ibid.*, pp. 149-180.

² Cfr. SCHELLER, M., *L'eterno dell'uomo*, Roma: Logos, 1991: 104 ss.

³ Cfr. RESCHEN, N., *La lotta dei sistemi. Fondamenti e implicazioni della pluralità filosofica*, Génova: Marietti, 1993. Incluso para establecer si la conflictividad es más o menos un aspecto del saber filosófico hay que precisar qué se entiende por filosofía. Por lo demás, la ausencia de conflictos en el ámbito de las ciencias experimentales, incluso de las llamadas “exactas”, es muy inferior a lo que se figuró el positivismo. Tal vez resulta más decisivo, para el progreso especulativo de la filosofía, conservar el ideal normativo de una filosofía más que de soñar, como panacea, el final de la conflictividad teórica. Cfr. AA. VV., *Lo statuto epistemologico della filosofia*, Brescia: Morcelliana, 1989.

⁴ La bioética, respecto de la ética general y de la preceptiva (o ética especial), debería abrirse un “espacio” como ética zonal: ética de las actividades biomédicas. La extensión de su horizonte a toda la vida (y de lo que está en conexión con la vida), le quita vigor teórico. Para una primera orientación sobre las “familias” bioéticas en el mundo, véase VIAFORA, C. (coord.), *Vent'anni di bioetica*, Padua: Fondazione Lanza, 1990.

⁵ De Hans-Georg Gadamer está en curso de publicación toda la producción en los *Gesammelte Werke*. Entre los diversos textos traducidos al italiano recordamos el reciente *Dove si nasconde la salute*, Milán: Cortina, 1994, y la obra principal, de la que analizaremos algunas tesis, *Verità e metodo*, Milán: Bompiani, 1983 (*Waheheit und Methode* fue publicado en 1960). La parte inicial del manuscrito original de esta obra, cuya primera redacción se puede datar en torno a 1956, fue publicada, a cargo de J. Grondin y H. Lessing, en el “*Dilthey-Jahrbuch für Philosophie und Geschichte der Geisteswissenschaften*” (vol. VIII, 1992-1993).

⁶ Se podría observar que, en sentido amplio, incluso el enfoque clásico podría definirse como hermenéutico, si con esta expresión se entiende designar el proceso a través del cual se *vuelve* sobre los datos de la experiencia para captarlos según esa perspectiva en la que lo que se pone como tema es el “ente en cuanto ente”. Si la tarea de la “filosofía primera”, o metafísica, es la de considerar al “ente en cuanto ente”, y por tanto interrogarse sobre ese concepto que está implícito en todo lenguaje y está más acá del mismo lenguaje científico (que describe algunos entes), entonces, en líneas generales, la metafísica clásica no es tan ajena al intento de la filosofía analítica de poner como objeto al lenguaje común, más allá de las históricas, y por eso contingentes, polémicas entabladas entre diversos exponentes de esa corriente filosófica.

⁷ Cfr. PERA, M., *Il mondo incerto*, Roma-Bari: Laterza, 1994.

⁸ La ética normativa, efectivamente, puede constituirse sólo mediante dos caminos: una fundamentación metafísica de la finalidad (dentro de la cual inscribir el ejercicio de la autodeterminación del hombre), o bien una intuición, sea emocional o intelectual, de los valores. Quien escribe esto comparte el montaje teórico lúcidamente, si bien muy sintéticamente, expresado en VANNI ROVIGHI, S., *Elementi di filosofia*, 3 vols., Brescia: La Scuola, 1963, y en BAUSOLA, A., *Lineamenti di filosofia morale*, Milán: Celuc, 1976.

⁹ Quien desee tener un panorama del debate en torno a la afirmación de la existencia de Dios puede consultar los dos recientes volúmenes coordinados por NEGRI, A., *Con Dio e contro Dio*, vol. 3 y vol. 4, Milán: Marzorati, 1995: se trata de la continuación de la obra aparecida, al cuidado de Sciacca, en 1972. Véase también FABRO, C., *Le prove dell'assistenza di Dio*, Brescia: La Scuola, 1989. Para un acercamiento de cuño teórico véase VANNI ROVIGHI, S., *La filosofia e il problema di Dio*, Milán: Vita e Pensiero, 1986. No se debe pasar por alto el hecho de que muchas reservas en relación con la metafísica son en realidad reservas respecto de *algunas* metafísicas y de *algunas* pretensiones o expectativas mal respondidas. La metafísica no puede ciertamente hacernos conocer a Dios pero puede hacernos conocer su existencia: su importancia, de todos modos, es, antes que nada, funcional a la misma consistencia teórica del saber filosófico, y no que hay que sobreponerla a determinaciones religiosas que, en cuanto teoría, no le competen.

¹⁰ Sobre la historia de la hermenéutica véase BLEICHER J., *L'ermeneutica contemporanea*, Bolonia: Il Mulino, 1980; FERRARIS, M., *Storia dell'ermeneutica*, Milán: Bompiani, 1988.

¹¹ Por lo demás, para Platón la hermenéutica era una pseudociencia, puesto que en ella no se cuestionaba la verdad de lo que se decía, sino de la comprensión y transmisión de lo que se decía.

¹² HEIDEGGER, M., *In cammino verso il linguaggio*, Milán: Mursia, 1973: 89-90.

¹³ Es preferible la expresión “evidencia no mediada” a la de “evidencia inmediata” porque evita que esta inmediatez sea entendida en sentido psicológico y no, como es, en su significado lógico-ontológico; como ejemplo de dato no mediado piénsese en la afirmación, intranscendible, de que

“hay algo”, y en el principio de no contradicción.

¹⁴ Cfr. BETTI, E., *Teoria generale dell'interpretazione*, 2 vols., Milán: Giuffrè, 1955.

¹⁵ GADAMER, *Verità e metodo*, p. 312.

¹⁶ *Ibid.*, p. 359.

¹⁷ *Ibid.*, p. 362.

¹⁸ *Ibid.*, p. 364.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*, p. 365. Nótese que Gadamer privilegia el libro sexto de la *Ética Nicomachea*, y del primero, ahí donde se establece el nexo fin y bien, valora sobre todo los pasajes que ligan a la ética con la política.

²¹ *Ibid.*

²² *Ibid.*, p. 367.

²³ *Ibid.*, p. 369.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*, p. 370.

²⁶ *Ibid.*, p. 371.

²⁷ *Ibid.*, p. 372.

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*, p. 375.

³⁰ *Ibid.*, p. 307.

³¹ *Ibid.*, p. 523.

³² “El modo como algo se presenta pertenece, en cambio, a su ser propio. En todo esto que es lenguaje se encuentra, por tanto, una unidad especulativa; hay una diferencia entre un ser y un presentarse, que, sin embargo, no es una verdadera diferencia (...) Lo que viene a expresarse en el lenguaje es otra cosa que la palabra misma. Pero la palabra es palabra sólo en virtud de lo que en ella se expresa. Existe en su propio ser sensible sólo para desaparecer en lo que se dice. A su vez, lo que se expresa en ella no es algo que exista antes separadamente, sino sólo en la palabra recibe la propia determinación sustancial”. *Ibid.*, p. 542.

³³ *Ibid.*, p. 541.

³⁴ En pocas palabras, si bien con sus propias reflexiones autónomas, Gadamer replantea esa fractura entre ética y metafísica que, desde Kant en adelante, ha conocido un creciente consenso y ha dado cuerpo a una ética “carente de fundamento”, cuando no incluso, “sin verdad”. Al margen, no se puede evitar observar que ahí donde una metafísica explícita se ha pregonado como saber, se ha insinuado con frecuencia, dogmáticamente, una genérica e implícita “visión del mundo y de las cosas”, que ha continuado operando como trasfondo cultural prejuicioso, dando cuerpo a esa reducción del “bien moral” a la “costumbre” que es la conciliación práctica entre las teorías positivistas de principios de siglo y el perdurable influjo de un cierto enfoque hegeliano de la filosofía de la historia.

Deberes y responsabilidades de los agentes sanitarios a la luz de la *Evangelium Vitae*

Bonifacio Honings*

Resumen

Este estudio sobre los deberes y las responsabilidades de los agentes sanitarios a la luz de la Evangelium Vitae, parte de la grandeza y del valor de la vida humana. Esta debe ser acogida y servida desde su fase inicial hasta su fase terminal. Hallándonos en una situación conflictiva ante una cultura de la muerte, ahora más que nunca los agentes sanitarios están llamados a comprometerse en pro de una cultura de la vida. La mentalidad "política" a nivel mundial ha pasado desde un simple llamado al control "artificial" de los nacimientos a proponer explícitamente recurrir "al aborto" y "a la eutanasia".

De aquí se derivan para los agentes sanitarios, que por profesión son los servidores de la vida, deberes y responsabilidades en cuanto al género, al vivir y al morir. De esta manera son a su modo, como los padres, grandes colaboradores del Creador de la vida y del Señor de la muerte. A ellos les toca ayudar a los cónyuges a transmitir, por obligada responsabilidad, una nueva vida y, cuando es necesario, cuidarla y asistirle. Finalmente, son deber y responsabilidad suyos ayudar a los moribundos a vivir los momentos del morir como los más importantes de la vida.

Cuando estos deberes y responsabilidades al servicio de la vida requieren presentar una objeción de conciencia, entonces los agentes sanitarios han de saber que ésta se deriva, como un deber propio, del derecho divino que cada hombre tiene a la vida.

* Miembro de la Academia Pontificia para la Vida.

Quien quiera estudiar en profundidad la enseñanza de la Iglesia sobre la vida humana debe partir del mensaje de Cristo. En efecto, la intención de la misión de Jesús es hacer saber que “el hombre está llamado a una plenitud de vida que va más allá de las dimensiones de su existencia terrena, ya que consiste en la participación de la vida misma de Dios”.¹ Presentándose como Redentor, dice Jesús: “Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia” (Jn 10, 10). En otras palabras: en Su vida, nueva y eterna, toda vida humana encuentra, en todos los aspectos y en todos los momentos, su pleno significado.

He aquí por qué Dios ha querido anunciar, como noticia paradigmática, que el nacimiento de cada niño connota un alegre acontecimiento: (“Les anuncio un gran gozo, que será de todo el pueblo: hoy les ha nacido en la ciudad de David un salvador, que es el cristo Señor”) (Lc 2, 10-11). Ese niño, venido al mundo en la plenitud de los tiempos como miembro del género humano, desvela el sentido pleno de todo nacimiento humano y se presenta como fundamento y cumplimiento de la alegría por todo niño que nace (cfr. Jn 16,21).

Notemos bien la importancia que para nuestro tema tiene este anuncio de alegría mesiánica. Tal anuncio se refiere a la comunión de vida con el Padre, a la cual todo hombre está gratuitamente llamado en el Hijo por obra del Espíritu Santo. Esta altura de la vocación sobrenatural es la que nos revela la *grandeza* y el *valor* de la vida humana incluso en su fase temporal. “En efecto, la vida en el tiempo y en el espacio es condición básica, momento inicial y parte integrante de todo el proceso unitario de la vida humana”.²

No hay que sorprenderse, pues, de que la Iglesia acoja cualquier vida humana con amorosa gratitud, que la anuncie, con indiscutible convicción, como don divino y que, como es obvio, la defienda con intrépida y constante valentía, como valor existencial primario y fundamental de todo ser humano. La vida humana es, para la Iglesia, un derecho inviolable e inalienable dado por Dios mismo a cada hombre desde su concepción hasta la muerte natural.

Por esto, el Papa Wojtyła pretende afirmar, sin retórica, que la Iglesia descubre este valor con renovado asombro y se siente llamada a anunciar a los hombres de todos los tiempos este “evangelio”, fuente de esperanza inquebrantable y de verdadera alegría para cada época de la historia.³

En el contexto de esta valoración “evangélica” de la vida humana, se sitúan los deberes y las responsabilidades de los agentes sanitarios. Cae por su peso que “la actividad de los agentes sanitarios tiene el alto valor de *servicio a la vida*. Es la expresión de un compromiso profundamente humano y cristiano, asumido y desempeñado como actividad no sólo técnica, sino de entrega y amor al prójimo. Es ‘una forma de testimonio cristiano’”.⁴

Sin embargo, dada la particular situación contemporánea del tema y del problema de la vida humana, de la que se hace portavoz la encíclica de Juan Pablo II, me ha parecido útil, para aclarar mejor los deberes y las responsabilidades de los agentes sanitarios, partir de la situación “conflictiva” en el mundo sanitario.

Una situación conflictiva

Hace ya treinta años, los padres del Concilio Vaticano II deploraban múltiples delitos y atentados contra la vida humana: homicidios, genocidio, aborto, eutanasia, suicidio, violaciones de la integridad de la persona humana como mutilaciones, torturas infligidas al cuerpo y al alma y muchas otras más.⁵ A este inquietante panorama, el autor de la *Evangelium Vitae* (EV) añade además de las nuevas perspectivas de agresión contra la dignidad del ser humano, abiertas por el progreso científico y tecnológico, el esbozo de una nueva situación cultural. “Amplios sectores de la opinión pública justifican algunos atentados contra la vida en nombre de los derechos de la libertad individual y, sobre este presupuesto, pretenden no sólo la impunidad, sino incluso la autorización por parte del Estado, con el fin de practicarlos con absoluta libertad y, además, con la intervención gratuita de las estructuras sanitarias”.⁶

A los agentes sanitarios se les convoca a ponerse al servicio de la muerte y esto como una obligación que responde al derecho del prójimo. Médicos, enfermeros, farmacéuticos deberían desde ahora considerar como deber y responsabilidad suyos una pronta colaboración a favor de una cultura de la muerte. Su actuación, que de por sí habría de ser para proteger la vida física debería, tal como se quiere, coexistir, y esto pacíficamente, con una acción propia para procurar la muerte.

Esta situación conflictiva resulta evidente cuando se piensa que “la actividad médico-sanitaria se fundamenta en una relación interpersonal, de naturaleza particular. Es un encuentro entre una confianza y una conciencia. La ‘confianza’ de un hombre marcado por el sufrimiento y por la enfermedad y, por esto, necesitado, el cual se confía a la ‘conciencia’ de otro hombre que puede hacerse cargo de su necesidad y que le sale al encuentro para asistirlo, cuidarlo, curarlo”.⁷ He aquí, por lo menos desde el juramento de Hipócrates en adelante, el único perfil verdadero de los agentes sanitarios: ser ministros de una cultura para la vida.

Desafortunadamente, desde hace tiempo estos deberes y estas responsabilidades se mueven en direcciones opuestas. Es lo que Juan Pablo II afirma sin paliativos: “El hecho de que las legislaciones de muchos países, alejándose tal vez de los mismos principios fundamentales de sus Constituciones, hayan consentido no penar o incluso reconocer la plena legitimidad de estas prácticas contra la vida es, al mismo tiempo, un síntoma preocupante y causa no marginal de un grave deterioro moral. Opciones, antes consideradas unánimemente como delictivas y rechazadas por el común sentido moral, llegan a ser poco a poco socialmente respetables”.⁸ Permítaseme decir que un deterioro ético semejante, precisamente en momentos en que el hombre pretende una libertad creativa del juicio moral de su conciencia y corresponsabilidad de decisiones sociales, sobre todo para exigir y defender los derechos humanos fundamentales, debería hacer pensar a todo hombre de buena voluntad. Aquí, en efecto, se demuestra hasta qué punto puede llegar la deformación mental del hombre que es por naturaleza un ser racional. Por una parte, para fundar sus derechos, el hombre es exaltado como un *ser no disponible*, precisamente porque, siendo diferente de los animales y de las cosas, no puede estar sometido al dominio de nadie. Por otra parte, identificando su dignidad personal con la capacidad de comunicación verbal y explícita, se arroga el supuesto de juzgar legítimo que no hay espacio en el mundo para quien, como el que va a nacer o el moribundo, es un sujeto estructuralmente débil; más aún, se considera jurídicamente autorizado para interrumpir la vida del que va a nacer y a poner fin, antes de tiempo, a la vida de un moribundo.⁹

Llegados a este punto se ha de hacer notar también que, a otro nivel, “el origen de la contradicción entre la solemne afirmación de los derechos del hombre y su trágica negación en la práctica reside en un *con-*

cepto de libertad que exalta de modo absoluto al individuo, y no lo dispone a la solidaridad, a la plena acogida y al servicio del otro”.¹⁰

Esta anotación, como mentalidad de un falso concepto de libertad, referida a la no disponibilidad a la solidaridad, a la plena acogida y al servicio del otro, forma parte del presente tema sobre los deberes y sobre las responsabilidades de los agentes sanitarios. También aquí la contradicción del solemne juramento hipocrático y su negación en la práctica denota falta de solidaridad, de disposición de acogida y sobre todo de espíritu de servicio a la vida ajena. A este propósito, las palabras del Papa no necesitan de mayor comentario: “La misma medicina, que por su vocación está ordenada a la defensa y cuidado de la vida humana, se presta cada vez más en algunos de sus sectores a realizar estos actos contra la persona, deformando así su rostro, contradiciéndose a sí misma y degradando la dignidad de quienes la ejercen”.¹¹

Es evidente que la gravedad de la deformación profesional en materia de deberes y responsabilidades de los agentes sanitarios es enorme, dado que el resultado al cual se está llegando resulta verdaderamente dramático. Esto es tanto más preocupante cuando se piensa en la mentalidad “abortista” de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas (ONU) sobre el tema *Población y desarrollo* en El Cairo (5-13 de septiembre de 1994). En una carta al presidente de Estados Unidos, W. Clinton, firmada por los cardenales estadounidenses y por el presidente de la Conferencia Episcopal, se lee: “Por más hábilmente que pueda ser formulado el actual *Documento de El Cairo*, en la práctica no hace otra cosa que reclamar el aborto como método de control del crecimiento de la población y de la promiscuidad”.¹²

El Papa manifiesta claramente su gran preocupación por el mismo proyecto: “Estamos preocupados de que este Año por la Familia no se convierta en un año contra la Familia. Y podría convertirse fácilmente en el Año contra la Familia si estos proyectos, a los cuales ya se les ha dado respuesta, se convirtieran verdaderamente en los proyectos de la Conferencia Mundial de El Cairo, que se prepara para septiembre. Nosotros protestamos..., no podemos caminar hacia el futuro con un proyecto de muerte sistemática de los no nacidos. Podemos caminar solamente con una civilización del amor que acoge la vida”.¹³

En la *Evangelium Vitae* encontramos esta misma respuesta del Papa Wojtyła, al indicar con no menor claridad cuáles son los deberes y responsabilidades de los agentes sanitarios.

Compromisos en pro de una cultura de la vida

Por todo lo dicho, resulta que la conciencia colectiva está perdiendo, cada vez más a escala planetaria, el sentido de la gravedad moral del aborto. La interrupción directa del embarazo no sólo es considerada cada vez menos como un delito, sino cada vez más como un derecho que hay que reconocer legalmente por parte del Estado y que hay que llevar a cabo mediante la intervención gratuita de los mismos agentes sanitarios. En el curso de veinte años, desde las Conferencias de la ONU de Bucarest (1974), de Ciudad de México (1984) y, finalmente, de El Cairo (1994), se ha verificado un cambio radical en el tema de *Población y desarrollo*. El debate se había centrado siempre sobre los métodos por adoptar para poder controlar el avance demográfico, y esto, precisamente, para poder garantizar un desarrollo económico en los países del tercer Mundo. Estados Unidos alentaba en Bucarest la reducción de las tasas de crecimiento en los países en vías de desarrollo, como elemento necesario del despegue económico y del bienestar social. Querían que se alcanzara, a nivel mundial, un promedio de cerca de dos hijos por familia.¹⁴ Diez años más tarde, precisamente en Ciudad de México, la Recomendación n. 7 proponía que el aborto provocado fuera considerado como un método de planificación familiar. La delegación del Santa Sede logró que se aprobara como enmienda el excluir la interrupción del embarazo como método de control demográfico.¹⁵ Y nos encontramos, finalmente, ante el proyecto de la Conferencia de la ONU de El Cairo al respecto. Por primera vez se lanza no una Recomendación, sino, con decisión, “la propuesta de legitimar la interrupción del embarazo como uno más entre los instrumentos normales para limitar la fecundidad”.¹⁶ Ante semejante decisión hemos aludido ya a la gran preocupación del Papa.¹⁷ Pero es en la EV donde el Papa nos ofrece su más autorizada toma de posición, y expresamente como sucesor de Pedro.

A la luz de esta Buena Nueva de la vida nos preguntamos, entonces, cuál debe ser la toma de posición, y notémoslo bien, por vocación profesional, y por tanto obligada y responsable por parte de los agentes sanitarios. Digo rápidamente —sin negar que también esto pertenece a los deberes y a las responsabilidades del personal sanitario— que no insisto tanto en la condena de la práctica abortista y del recurso a la eutanasia. Como hace el autor de la encíclica, pretendo poner de relieve

más bien la necesidad de la reeducación en una convicción personal y social de la sacralidad, y por tanto de la inviolabilidad de cada vida humana, desde la concepción hasta la muerte natural. Noto, a este propósito, que el secretario de la Conferencia en Ciudad de México, el filipino Rafael Salas, no sólo reiteró, en el discurso de clausura, la toma de posición de la Santa Sede en materia de aborto, sino que añadía que los gobiernos debían preocuparse por “informar, educar y asistir a las parejas... para tener el número de hijos que deseen, sin recurrir a coerciones”.¹⁸ Por tanto, no se trataba tanto de condenar, sino de informaciones educativas y servicios a la vida, “siguiendo el decurso de la existencia humana: el engendrar, el vivir, el morir como referencia de los deberes y de las responsabilidades de los agentes sanitarios”.¹⁹

Deberes y responsabilidades en cuanto al engendrar

Juan Pablo II parte de la certeza del Apóstol referente a la victoria de la vida sobre la muerte: “¿Dónde está, oh muerte, tu victoria? ¿Dónde está, oh muerte, tu aguijón?” (1 Cor 15,55)²⁰ “En realidad, no faltan signos que anticipan esta victoria en nuestras sociedades y culturas, a pesar de estar fuertemente marcadas por la ‘cultura de la muerte’. Se daría, por tanto, una imagen unilateral, que podría inducir a un estéril desánimo, si junto con la denuncia de las amenazas contra la vida no se presentan los *signos positivos* que se dan en la situación actual de la humanidad”.²¹ Entre estos signos se enumera, de forma particular, la *medicina*. En efecto, impulsada con gran dedicación por investigadores y por competentes profesionales, la medicina “persiste en su empeño por encontrar remedios cada vez más eficaces: resultados que hace un tiempo eran del todo impensables y capaces de abrir prometedoras perspectivas. Estos se obtienen hoy para la vida naciente, para las personas que sufren y los enfermos en fase aguda o terminal”.²²

En este punto, el Papa pone de relieve el hecho consolador y prometedor de que “distintas entidades y organizaciones se movilizan para llevar, incluso a los países más afectados por la miseria y las enfermedades endémicas, los beneficios de la medicina más avanzada”.²³ Todas estas iniciativas de la medicina y, naturalmente, del personal sanitario favorecen la posible difusión de una mayor y más incisiva toma de conciencia del

valor de la vida y, por tanto, un compromiso para solicitar y realizar una más convincente acogida por su parte, un mayor cuidado para su protección y una más deliberada responsabilidad para su defensa.

Hago notar, además, que la opción obligada y responsable de todo agente sanitario al servicio de la vida encuentra su más vinculante e incondicional normativa axiológica en el significado religioso y moral de toda vida humana.

Esta opción, en efecto, reconoce que el hombre está dotado de una altísima dignidad, porque Dios lo ha situado en el vértice de su actividad creadora, como coronamiento de todo lo creado, al término del proceso que va desde un caos informe hasta la criatura más perfecta, o sea, hasta ser imagen y semejanza de Dios (cfr. *Gen 1, 2-28*). La narración yahvista “habla de un *soplo divino que es inhalado en el hombre* para que éste entre en la vida. ‘El Señor Dios plasmó al hombre con polvo del suelo y sopló en sus narices un aliento de vida y el hombre se hizo un ser viviente’ (*Gen 2, 7*). Ahora bien, y esto es de la máxima importancia, este don divino de la vida es encomendado por Dios, ante todo y sobre todo, al amor conyugal y parental de un hombre y de una mujer: ‘Dios los bendijo y les dijo: Sed fecundos y multiplicaos’ (*Gen 1, 28*)”. De aquí resulta evidente cómo la procreación humana representa un grandísimo valor y dignidad, porque los cónyuges colaboran con Dios en comunicar la vida a un nuevo ser humano, o sea, a una nueva persona. Con su recíproco amor unitivo y procreativo, hombre y mujer se convierten no sólo en padres, sino también y, sobre todo, en coagentes responsables de Dios en la transmisión de una nueva vida humana.²⁴

El engendrar se presenta así, por voluntad divina, como una específica responsabilidad por parte de los cónyuges en relación con la transmisión de la vida humana. Es una particular participación del hombre en el señorío de Dios. Hablando de esta “cierta especial participación” del hombre y de la mujer en la “obra creadora” de Dios, el Concilio pretende poner de relieve cómo la generación del hijo es un evento profundamente humano y altamente religioso, en cuanto que implica a los cónyuges que forman “una sola carne” (*Gen 2,24*) conjuntamente con Dios mismo que se hace presente. Esto quiere decir que “cuando de la unión conyugal de los dos nace un nuevo hombre, éste lleva consigo al mundo una particular imagen y semejanza de Dios mismo: *en la biología de la generación está inscrita la genealogía de la persona*”.²⁵ En otras palabras, el

engendrar no se refiere sólo a las leyes de la biología, sino a la presencia de Dios en la maternidad y paternidad humanas. “En realidad sólo puede provenir de Dios esa ‘imagen y semejanza’ que es propia del ser humano, así como ha ocurrido en la creación. La generación es la continuación de la creación”.²⁶

He aquí de dónde tiene su inicio el servicio de los agentes sanitarios a la vida, es decir, de este amor unitivo y procreativo en cuanto cooperador de Dios en la transmisión de una nueva vida. Por esto ellos “prestan su servicio en cuanto que ayudan a los padres a procrear con responsabilidad, favoreciendo sus condiciones, removiendo sus dificultades y protegiendo de un tecnicismo invasivo y no digno del procrear humano”.²⁷ Como se puede advertir, son muchas las ayudas posibles en este campo; sin embargo, me limito al servicio, sobre todo de carácter informativo, por lo que concierne a la procreación responsable.

El personal sanitario debe ser, ante todo, consciente de la grandeza de los cónyuges que se asocian a una obra divina, cuando éstos, mediante el acto unitivo y procreativo, acogen el don divino de la vida y transmiten su imagen a su nueva criatura. Esta procreación se ejerce, en forma natural y responsable, es decir “sea con la deliberación ponderada y generosa de hacer crecer una familia numerosa, sea con la decisión, tomada por graves motivos y en el respeto de la ley moral, de evitar temporalmente o incluso por tiempo indeterminado”²⁸ una nueva concepción. Ahora bien, esta regulación de la fertilidad es, de manera particular, la que interpela a los deberes y las responsabilidades del personal sanitario. Éste debe tener presente que el juicio moral de los comportamientos respectivos “no depende sólo de la sincera intención y de la evaluación de los motivos, sino que ha de ser determinado por criterios objetivos, que tienen su fundamento en la dignidad misma de la persona humana y de sus actos”.²⁹ Por esto la cuestión de la distinción entre los métodos naturales y los medios artificiales en materia de regulación de los nacimientos es, en el fondo, una cuestión que concierne a la verdad o no del significado del amor conyugal del que el acto conyugal es un signo. El amor conyugal que asume, en su expresión específica y propia, el lenguaje del cuerpo, es al mismo tiempo unitivo y procreativo, o sea, esponsal y parental. Esta conexión significativa es de tal manera intrínseca al acto conyugal que su deliberada escisión desmiente tanto la dignidad de la persona de los cónyuges como la verdad

interior de su amor conyugal. Así aparece “la diferencia antropológica y al mismo tiempo moral que existe entre la anticoncepción y el recurso a los ritmos temporales”.³⁰ Esta diferencia no es, por tanto, una cuestión de técnicas, una de carácter artificial y la otra de carácter natural; sino que implica “dos concepciones de la persona y de la sexualidad humana irreducibles entre sí”.³¹ “La razón última de cualquier método natural no es simplemente su eficacia o confiabilidad biológica, sino su coherencia con la visión cristiana de la sexualidad expresiva del amor conyugal”.³²

En la EV, el Papa alude a la acusación que se hace a la Iglesia católica “de favorecer de hecho el aborto al continuar obstinadamente enseñando la ilicitud moral de la anticoncepción”.³³ Y responde: “La objeción, mirándolo bien, se revela en realidad falaz. En efecto, puede ser que muchos recurran a los anticonceptivos incluso para evitar después la tentación del aborto. Pero los contravalores inherentes a la ‘mentalidad anticonceptiva’ —bien diversa del ejercicio responsable de la paternidad y maternidad, respetando el significado pleno del acto conyugal— son tales que hacen precisamente más fuerte esta tentación, ante la eventual concepción de una vida no deseada. De hecho, la cultura abortista está particularmente desarrollada justo en los ambientes que rechazan la enseñanza de la Iglesia sobre la anticoncepción. Es cierto que anticoncepción y aborto, desde el punto de vista moral, son *males específicamente distintos*: la primera contradice la verdad plena del acto sexual como expresión propia del amor conyugal; el segundo destruye la vida de un ser humano”.³⁴

Para demostrar, ulteriormente, lo falaz de una objeción semejante, Juan Pablo II escribe: “Lamentablemente la estrecha conexión que, como mentalidad, existe entre la práctica de la anticoncepción y la del aborto se manifiesta cada vez más y lo demuestra de modo alarmante también la preparación de productos químicos, dispositivos intrauterinos y ‘vacunas’ que, distribuidos con la misma facilidad que los anticonceptivos, actúan en realidad como abortivos en las primerísimas fases de desarrollo de la vida del nuevo ser humano”.³⁵ De esta mentalidad *antilife* derivan para el personal sanitario deberes y responsabilidades, ante todo, de no favorecer esta *mentalidad*, pero sobre todo de convencer a los cónyuges a decidirse por una opción responsable de la cultura por la vida.

En efecto, el personal sanitario puede contribuir, precisamente en virtud de su profesión de servidores de la vida, a favorecer la concepción

humana y cristiana de la sexualidad y de la conyugalidad. Ante todo, haciendo accesibles a los cónyuges, y antes aún a los jóvenes, los conocimientos necesarios para un comportamiento responsable, respetuoso de su peculiar dignidad.³⁶

Por esto el Papa Wojtyla apela, con renovado vigor, a la responsabilidad de cuantos pueden —y entre éstos pone en primer lugar a los médicos— ayudar efectivamente a los cónyuges a vivir su amor en el respeto de la estructura y de las finalidades del acto conyugal que lo expresa. Más precisamente, deben comprometerse a nivel cada vez más amplio, y de forma decidida y sistemática, a dar a conocer, a estimar y aplicar los métodos naturales de regulación de la fertilidad.³⁷ En una palabra, deben favorecer una verdadera cultura de la vida mediante una auténtica civilización del amor.

El mismo razonamiento, siempre en materia de servicio a la vida, vale para las cuestiones que se refieren a las recientes formas de intervenciones y de experimentación sobre los embriones humanos. En efecto, se pueden considerar “lícitas las intervenciones sobre el embrión humano siempre que respeten la vida y la integridad del embrión, que no lo expongan a riesgos desproporcionados, que tengan como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia individual”.³⁸ En cambio, cualquier uso de embriones o de fetos humanos como objetos de experimentación o como material biológico para ser utilizado, sea como abastecedores de órganos o como tejidos para trasplante, ha de condenarse, porque “constituye un delito en consideración a su dignidad de seres humanos, que tienen derecho al mismo respeto debido al niño ya nacido y a toda persona”.³⁹ En cuanto a las técnicas de diagnóstico prenatal, dada su complejidad, su valoración debe hacerse muy cuidadosa y articuladamente. “Éstas técnicas son moralmente lícitas cuando están exentas de riesgos desproporcionados para el niño o la madre, y están orientadas a favorecer una serena y consciente aceptación del niño por nacer”. Pero son, en cambio, ilícitas cuando no están ordenadas a beneficiar al niño y la madre, sino que están dirigidas, dependiendo de los resultados, a provocar, eventualmente, un aborto.⁴⁰

Finalmente, las cuestiones referentes a la procreación artificial exigen de los agentes sanitarios que éstos tengan presente el criterio ético evaluativo de la originalidad de la generación humana que, a su vez, deriva de la originalidad misma de la persona humana. “La dignidad de la

persona humana exige que ésta venga a la existencia como don de Dios y fruto del acto conyugal, propio y específico del amor unitivo y procreativo entre los esposos, acto que por su misma naturaleza resulta insustituible”.⁴¹ Por consiguiente, cualquier medio de intervención del agente sanitario debe tener, en el ámbito de la procreación, una función de asistencia y nunca de sustitución. Los deberes y responsabilidades de los agentes sanitarios consisten, por tanto, en ayudar a los cónyuges a llevar a cabo su acto conyugal unitivo y procreativo y nunca en ofrecerse a ellos para producir, de los gametos suyos o ajenos, un nuevo ser humano.⁴²

Deberes y responsabilidades en cuanto a la vida

Aun cuando la vida de cada hombre viene a la existencia a través de la colaboración del acto conyugal unitivo y procreativo, es siempre, ante todo y sobre todo, un maravilloso don de Dios. He aquí por qué los mandamientos de Dios nos enseñan el camino de la vida, que es un camino, notémoslo bien, de amor por la vida. En este sentido, también “los preceptos morales negativos tienen una importantísima función positiva: el ‘no’ que exigen incondicionalmente marca el límite infranqueable más allá del cual el hombre libre no puede pasar y, al mismo tiempo, indica el mínimo que debe respetar y del que debe partir para pronunciar innumerables ‘sí’, capaces de abarcar progresivamente el *horizonte completo del bien* (cfr. Mt 5, 48)”.⁴³

Los mandamientos morales son, precisamente en su formulación negativa, el inicio para quien quiere emprender el camino hacia la verdadera libertad. El Papa cita a este propósito al gran obispo de Hipona: “La primera libertad consiste en no tener delitos... como homicidio, adulterio, alguna inmundicia de fornicación, hurto, fraude, sacrilegio y otros parecidos. Cuando el hombre comienza a no tener tales delitos (el cristiano no debe tenerlos), empieza a levantar la cabeza hacia la libertad; pero ésta es una libertad incoada, no es perfecta”.⁴⁴ En otras palabras, no hacer el mal es el punto de partida necesario de un camino de verdadera libertad; en consecuencia, en la medida en que se busca hacer el bien uno se hace cada vez más libre. En este sentido el Catecismo de la Iglesia católica precisa: “Cuanto más se hace el bien, tanto más se

hace uno libre. No hay verdadera libertad sino al servicio del bien y de la justicia".⁴⁵

En este contexto suenan muy claras e inequívocas las palabras de Juan Pablo II: "El mandamiento 'no matarás' establece, por tanto, el punto de partida de un camino de verdadera libertad, que nos lleva a promover activamente la vida y a desarrollar determinadas actitudes y comportamientos a su servicio. Obrando así, ejercemos nuestra responsabilidad hacia las personas que nos han sido confiadas y manifestamos, con las obras y según la verdad, nuestro reconocimiento a Dios por el gran don de la vida".⁴⁶ Sí, Dios ha confiado la vida de todo hombre a su prójimo, a su hermano según la ley de la donación de sí y de la acogida del otro.

He aquí por qué todos los hombres deberían meditar acerca de la clara y fuerte invitación de Moisés: "Mira, yo pongo hoy ante la vida y el bien, la muerte y el mal...; te pongo ante ti la vida y la muerte, la bendición y la maldición; *escoge pues la vida, para que vivas tú y tu descendencia*" (Dt 30, 15.19). El autor de la EV lo actualiza con claridad, sobre todo en el aquí y ahora de nuestra situación cultural: "Es una invitación válida también para nosotros, llamados cada día a tener que decidir entre la 'cultura de la vida' y la 'cultura de la muerte'".⁴⁷ Se trata, en una palabra, de dar a la propia existencia la orientación fundamental de vivir en fidelidad y coherencia con el mandamiento de amar a Dios y al prójimo, de caminar por sus caminos, de observar sus leyes, es decir, de escoger la vida y no la muerte.

Ahora bien, me parece completamente obvio que cuanto vale para todos, vale ante todo y sobre todo para el personal sanitario, precisamente porque, en virtud de su vocación profesional, así como de la letra y del espíritu del juramento hipocrático, está llamado día tras día a elegir la vida y no la muerte. En otras palabras, el Creador ha encomendado la vida del hombre, desde su nacimiento hasta su muerte natural, al deber particular de su solicitud responsable, no para que se disponga de ella de manera arbitraria, sino para que se custodie con sabia competencia y se administre con amoroso cuidado.⁴⁸

En este punto es importante hacer notar que la vida humana es, al mismo tiempo, corporal y espiritual; es decir, el cuerpo humano está irrevocablemente unido, de manera sustancial, con un alma espiritual. En virtud de esta unión, "el cuerpo humano no puede ser considerado sólo como un conjunto de tejidos, órganos y funciones, ni puede ser valorado

del mismo modo que el cuerpo de los animales; sino que es parte constitutiva de la persona que a través de él se manifiesta y se expresa".⁴⁹ Para los agentes sanitarios esto significa que ellos, en su actividad sanitaria, actúan no tanto técnicamente, es decir, sólo sobre un cuerpo, sino que tratan éticamente la vida de una persona. He aquí por qué, en su contenido positivo de respeto, amor y promoción de la vida humana, el quinto mandamiento vincula a cada hombre, pero particularmente a los agentes sanitarios. "Científicos y médicos, precisa Juan Pablo II, no deben considerarse los dueños de la vida, sino más bien sus expertos y generosos servidores".⁵⁰ "Por tanto —concluye— lo que todos debemos asegurar a nuestro prójimo es un servicio de amor, para que siempre se defienda y promueva su vida, especialmente cuando es más débil o está amenazada. Es una exigencia no sólo personal sino también social, que todos debemos cultivar, poniendo el respeto incondicional de la vida humana como fundamento de una sociedad renovada.

Se nos pide amar y respetar la vida de cada hombre y de cada mujer y trabajar con constancia y valor, para instaurar finalmente en nuestro tiempo, marcado por tantos signos de muerte, una cultura nueva de la vida, fruto de la cultura de la verdad y del amor".⁵¹

Por consiguiente, los deberes y responsabilidades de los agentes sanitarios en cuanto a la vida conciernen a la garantía, la protección y la promoción del derecho fundamental, original e insuprimible a la misma. De tal derecho, además, es titular el ser humano en cualquier fase de su desarrollo, o sea, desde su concepción hasta su muerte natural y esto, aclara también el Papa Wojtyla, "en cualquiera de sus condiciones, sea de salud o de enfermedad, de perfección o de discapacidad, de riqueza o de miseria".⁵² Estar así al servicio de la vida se convierte para el personal sanitario en un deber y una responsabilidad que nace, desde su conciencia como prójimo de todo hombre, y sobre todo de su profesión como servidores de la vida.

Juan Pablo II hace notar a este propósito que se debe reconsiderar el papel de los hospitales, de las clínicas y de las casas de salud, para que sean "ambientes en los que el sufrimiento, el dolor y la muerte se consideren e interpreten en su significado humano y específicamente cristiano".⁵³ De aquí se originan, como no menos importantes, otros deberes y responsabilidades del personal sanitario.

Deberes y responsabilidades en cuanto a la muerte

Las estructuras y centros de servicio a la vida tienen necesidad, en efecto, “de ser animadas por *personas generosamente disponibles y profundamente conscientes* de lo fundamental que es el *Evangelio de la vida* para el bien del individuo y de la sociedad”.⁵⁴ Muy significativo, y de la máxima importancia, es hacer notar que el Papa piensa expresamente en el personal sanitario. Pues escribe en cursiva: “*Es peculiar la responsabilidad confiada a todo el personal sanitario: médicos, farmacéuticos, enfermeros, capellanes, religiosos y religiosas, personal administrativo y voluntarios*”.⁵⁵ Al explicarlo, el Papa se refiere al contexto cultural y social de nuestro tiempo en el que la ciencia y la medicina corren el riesgo de perder su dimensión ética original. La demostración viene de la fuerte tentación de transformarse, a veces, en manipuladores de la vida o incluso en agentes de muerte.⁵⁶

“Hoy, debido a los progresos de la medicina y en un contexto cultural con frecuencia cerrado a la trascendencia, la experiencia de la muerte se presenta con algunas características nuevas. En efecto, cuando prevalece la tendencia a apreciar la vida sólo en la medida en que da placer y bienestar, el sufrimiento aparece como una amenaza insoportable, de la que es preciso librarse a toda costa”.⁵⁷ Ante esta tentación, el personal sanitario debe darse cuenta de que sus obligados y responsables comprometidos al servicio de la vida han crecido enormemente. Más que nunca, debe encontrar la más profunda inspiración y el más fuerte apoyo de sus deberes y responsabilidades “en la intrínseca e imprescindible dimensión ética de la profesión sanitaria, como ya reconocía el antiguo y siempre actual *Juramento de Hipócrates*, según el cual a todo médico se le pide comprometerse en favor del respeto absoluto de la vida humana y de su sacralidad”.⁵⁸ Esta dimensión ética comporta que el *hacer morir* está siempre y categóricamente excluido de cualquier cuidado médico y esto, por el simple y obvio hecho de que significa la intrínseca negación de la profesión sanitaria misma. Una profesión al servicio de la vida no puede nunca prestarse a secundar el deseo de terminar la vida antes de tiempo, y menos aún a intervenir para satisfacer tal deseo. El personal sanitario que secunda y realiza tal deseo, por más que pueda ser incluso comprensible en ciertas situaciones terminales, colabora al mal moral prohibido por el mandamiento divino de no matar.

En efecto, nos encontramos aquí frente a la eutanasia, un fenómeno que el Papa juzga como “uno de los síntomas más alarmantes de la ‘cultura de la muerte’, que avanza sobre todo en las sociedades del bienestar, caracterizadas por una mentalidad eficientista que presenta el creciente número de personas ancianas y debilitadas como algo demasiado gravoso e insoportable”.⁵⁹ Juan Pablo II, por esto, ha considerado deber suyo declarar, de conformidad con el Magisterio de sus Predecesores y en comunión con los obispos de la Iglesia católica, “*que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana*”.⁶⁰ Aquí es justamente el caso de preguntarse cómo se puede sostener razonablemente que “matar” a una persona terminal equivale a un servicio en cuanto al morir, en general derivado del deber y de la responsabilidad de la profesión del personal sanitario. La eutanasia significa para la ciencia médica “un momento de regresión y de abdicación, además de una ofensa a la dignidad del moribundo y a su persona. Su perfilarse como ulterior recurso de muerte después del aborto, debe ser acogido como un dramático llamado a la fidelidad efectiva y sin reservas hacia la vida”.⁶¹

De todos modos, otra cuestión muy distinta del dar muerte, del “hacer morir” es la de la renuncia al “no dejar morir”, o sea al llamado “ensañamiento terapéutico”. La decisión de renunciar a intervenciones médico-sanitarias inadecuadas, porque son verdaderamente desproporcionadas a la real situación del enfermo, porque la esperanza de los resultados es prácticamente inexistente o bien porque estas intervenciones médicas son demasiado gravosas para el paciente y su familia. “En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, se puede en conciencia ‘renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, los cuidados normales debidos al enfermo en casos similares’”.⁶²

En estos casos, sobre todo cuando el sufrimiento en la fase final de la enfermedad se hace cada vez más insoportable, los deberes y responsabilidades del personal sanitario en cuanto al morir exigen aplicar los llamados “cuidados paliativos”. Estos sirven no solamente para hacer más soportable el sufrimiento, sino que también aseguran un adecuado acompañamiento humano, aun cuando éste comporte como consecuencia una limitación de la conciencia y un acortamiento de la vida. “En este caso, en efecto, no se quiere ni se busca la muerte, aunque por motivos

razonables se corra ese riesgo. Simplemente se pretende mitigar el dolor de manera eficaz, recurriendo a los analgésicos puestos a disposición por la medicina”.⁶³

Sin embargo, ante el derecho de todo ser humano a morir con dignidad humana y cristiana, el personal sanitario tiene el deber y la responsabilidad de asistir a la vida hasta el fin. Por vocación profesional están llamados a salvaguardar este derecho, cuidando al moribundo y aceptando el natural acabamiento de su vida.

Permítaseme proponer a la reflexión del personal sanitario que la muerte representa para todo ser humano un momento esencial y, las más de las veces, decisivo de su vida. En efecto, “la muerte es el final de la peregrinación terrenal del hombre, es el fin del tiempo de la gracia y de la misericordia que Dios le ofrece para realizar su vida terrena según el designio divino y para decidir su destino último”.⁶⁴ En este punto se plantea al deber y a la responsabilidad del personal sanitario la cuestión de la comunicación de la verdad al moribundo. Ciertamente la perspectiva de la muerte, por más que su notificación pueda ser -y de hecho lo sea- difícil, no exime de la veracidad. Aquí entra la actividad médico-sanitaria, fundada en la relación de un encuentro entre una confianza y una conciencia, en su momento crucial. La confianza de un hombre marcado por la muerte se hace ahora un llamado, más que a la ciencia, a la conciencia del personal sanitario. El derecho de la persona a ser informado sobre su propio estado de vida pone al personal sanitario, inevitablemente, ante un deber y una responsabilidad específicos. Deber y responsabilidad que exigen, como es obvio, discernimiento y un gran tacto humano. Se trata de establecer con el enfermo terminal una relación solidaria, en la que no se requiere tanto el transmitirle datos clínicos, cuanto significados abiertos a una esperanza trascendente. El enfermo no debe sentirse solo en su enfermedad, sino comprendido en la verdad de su estado e involucrado en el amor de su prójimo. Su muerte tiene un sentido de vida, en cuanto que se despliega en un horizonte lleno de significado que trasciende su morir.⁶⁵

El calor humano del personal sanitario y su fe en Cristo, muerto y resucitado, ilumina la comunicación de la verdad al moribundo con una nueva luz que abre su estado terminal a un camino de amor, o sea, a un camino que lleva a una vida sin fin. Así es como se expresa Juan Pablo II para comunicar esta buena nueva de la vida al moribundo: “La certeza

de la inmortalidad futura y la *esperanza en la resurrección prometida* proyectan una nueva luz sobre el misterio del sufrimiento y de la muerte, e infunden en el creyente una fuerza extraordinaria para abandonarse al plan de Dios”.⁶⁶ La confianza “humana” que el enfermo había puesto en la “ciencia” del personal sanitario encuentra, ahora al momento de morir, una confianza “divina” en la “conciencia” del mismo personal sanitario.

El autor de la EV encomienda así a los deberes y a las responsabilidades del personal sanitario, en cuanto al morir, el ayudar a los enfermos a vivir su morir como un acto supremo de obediencia al Creador de esta misma vida.⁶⁷ En esos momentos, el servicio a la vida del personal sanitario puede hacer entender al moribundo cuanto afirma el Papa, citando a los padres del Vaticano II: “ante la muerte, el enigma de la condición humana alcanza su culminación para el hombre; y, sin embargo, juzga ciertamente por instinto de su corazón cuando aborrece y rechaza la ruina total y la desaparición definitiva de su persona. La semilla de eternidad que lleva en sí, al ser irreductible a la sola materia, se rebela contra la muerte”.⁶⁸

Cuando el hombre se vuelve hacia su interioridad profunda, o sea, al corazón, se da cuenta de que no se equivoca al reconocerse como un ser que trasciende el universo. Entonces se da cuenta de que, allá, Dios lo espera para que decida, precisamente bajo su mirada amorosa, sobre su destino final.⁶⁹ La vida de todo hombre, y así resumo el evangelio que a ella concierne, tiene su inicio en el amor de Dios, viene del mismo, a lo largo de todo el peregrinar terreno, conservada, para ser acogida. a su término Es a esta vida, tan amada por Dios, a la que el personal sanitario pretende servir. Por esto, dicho personal, como los esposos, es colaborador responsable del amor creador y conservador de Dios. He aquí por qué debe, en la manera que le es propia y específica, sentirse responsable del evangelio de la vida.⁷⁰ Esta responsabilidad comporta, actualmente, un deber particular por el hecho de que se están formando cada vez con más frecuencia leyes y decisiones sobre la base del simple consenso mayoritario. El Papa no oculta que tales leyes injustas “ponen con frecuencia a los hombres moralmente rectos ante difíciles problemas de conciencia en materia de colaboración, debido a la obligatoria afirmación del propio derecho a no ser forzados a participar en acciones moralmente malas”.⁷¹ Esto es cierto sobre todo cuando la objeción de conciencia requiere sacrificar una reputación profesional ya confirmada o renunciar a pro-

metedoras perspectivas de carrera. De todos modos, y que esto quede bien claro, se trata de un derecho humano básico, fundado en la dignidad de la persona humana y en su libertad. Esta dignidad y esta libertad, en efecto, son incompatibles con cualquier tipo de imposición, por más “legalizada” que esté, a colaborar y/o, incluso, a llevar a cabo una acción intrínsecamente “inmoral”. La dignidad de la persona y su libertad exigen, por su misma naturaleza, que el hombre se oriente hacia la verdad y hacia el bien. He aquí por qué Juan Pablo II afirma categóricamente: “En este sentido, la posibilidad de rechazar la participación en la fase consultiva, preparatoria y ejecutiva de semejantes actos contra la vida debería asegurarse a los médicos, a los agentes sanitarios y a los responsables de las instituciones hospitalarias, de las clínicas y casas de salud”⁷².

Pongo de relieve que este derecho a la objeción de conciencia deriva para los agentes sanitarios, precisamente, de sus deberes y de su responsabilidad como servidores de la vida. Por tanto, cualquier sanción penal e incluso cualquier perjuicio en el plano legal y disciplinario o bien en el económico y profesional, para quien recurre a su derecho divino de objetar en conciencia, hay que juzgarla como una acción gravemente injusta e inmoral.⁷³

Dios mismo, por tanto, garantiza así los derechos de quienes prestan, con obligada responsabilidad y responsable deber, su servicio a la vida, a ese su don maravilloso, para que se instaure, a la luz del evangelio de la vida, una cultura de la vida.

Referencias bibliográficas

¹ JUAN PABLO II, *Encíclica “Evangelium Vitae”* (25.3.1995), México D.F.: Librería Parroquial, Documentos Pontificios 44, 1995, n. 2. Se citará en adelante como EV.

² EV, n. 2.

³ Cfr. *Ibid.*

⁴ PONTIFICIO CONSEJO DE LA PASTORAL PARA LOS AGENTES SANITARIOS, *Carta de los agentes sanitarios*, Ciudad del Vaticano: Librería Editrice Vaticana, 1994, n. 1. En adelante se citará como *Carta...*

⁵ CONCILIO VATICANO II, *Constitución pastoral sobre la Iglesia en el mundo moderno “Gaudium et Spes”*, n. 27.

⁶ EV, n. 4.

⁷ *Carta...*, n. 2.

- ⁸ EV, n. 4.
⁹ Cfr. EV, n. 19.
¹⁰ *Ibid.*
¹¹ *Ibid.*, n. 4.
¹² CARDENALES Y PRESIDENTE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL EUA, *Carta al presidente de Estados Unidos*, Il Regno-Documenti, 1994, n. 13: 412.
¹³ JUAN PABLO II, *L'Osservatore Romano* del 7.4.1994: 1.
¹⁴ Cfr. LOMBARDI, F., *Bucarest '74: Il Piano d'azione mondiale della popolazione*, La Civiltà Cattolica 1974, IV: 185.
¹⁵ Cfr. RULLI, G., *La Conferenza sulla popolazione a Città del Messico*, La Civiltà Cattolica 1984, IV: 187.
¹⁶ ANGULO, A., *La Conferenza mondiale del Cairo sulla popolazione*, La Civiltà Cattolica 1994, III: 495-496.
¹⁷ JUAN PABLO II, *L'Osservatore...*
¹⁸ RULLI, *La Conferenza...*, p. 188.
¹⁹ Cfr. *Carta...*, n. 10.
²⁰ Cfr. EV, n. 25.
²¹ *Ibid.*, n. 26.
²² *Ibid.*
²³ *Ibid.*
²⁴ Cfr. *Carta...*, n. 11.
²⁵ EV, n. 43.
²⁶ JUAN PABLO II, *Carta a las familias "Gratissimam Sane"* (2.2.1994), Acta Apostolicae Sedis (AAS) 1994, 86: citado en EV, n. 43.
²⁷ *Carta...*, n. 11.
²⁸ PABLO VI, *Carta Encíclica "Humanae Vitae"*, n. 10.
²⁹ CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et Spes*, n. 51.
³⁰ JUAN PABLO II, *Exhortación Apostólica "Familiaris Consortio"* (22.11.1981), n. 32.
³¹ *Ibid.*
³² JUAN PABLO II, *A los participantes en dos Congresos sobre los problemas del matrimonio y de la familia y de la fertilidad* (8.6.1984), en *Insegnamenti* 1984, VII, 1: 1664-1665.
³³ EV, n. 13.
³⁴ *Ibid.*
³⁵ *Ibid.*
³⁶ Cfr. *Carta...*, n. 20.
³⁷ JUAN PABLO II, *Familiaris Consortio*, n. 35.
³⁸ EV, n. 63.
³⁹ *Ibid.*
⁴⁰ Cf. EV, n. 63.
⁴¹ *Carta...*, n. 22.
⁴² Cfr. EV, n. 14; *Carta...*, nn. 21-34.
⁴³ EV, n. 75.
⁴⁴ SAN AGUSTÍN, *In Iohannis Evangelium Tractatus*, 41, 10 en *CCi*, 36: 363, citado en EV, n. 75.
⁴⁵ *Catecismo de la Iglesia católica*, n. 1733.
⁴⁶ EV, n. 76; el Papa remite al Salmo 138, 13-14.
⁴⁷ Cfr. *Ibid.*, n. 28.
⁴⁸ *Ibid.*, n. 76.

⁴⁹ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción "Donum Vitae"* (22.2.1987), en AAS 1988, 80: 74.

⁵⁰ JUAN PABLO II, *A la Pontificia Academia de las Ciencias* (21.10.1985), en *Insegnamenti* 1985, VIII, 2: 1081.

⁵¹ EV, n. 77.

⁵² JUAN PABLO II, *Exhortación Apostólica "Christifideles Laici"* (30.12.1988), en *Insegnamenti* 1988, IX, 4: p. 2133, n. 38.

⁵³ EV, n. 88.

⁵⁴ *Ibid.*, n. 89.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Cfr. *Ibid.*, n. 15.

⁵⁷ *Ibid.*, n. 64.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ *Ibid.*, n. 65.

⁶¹ *Carta...*, n. 150.

⁶² EV, n. 65.

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ *Catecismo de la Iglesia católica*, n. 1013.

⁶⁵ *Carta...*, nn. 126-127.

⁶⁶ EV, n. 67.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et Spes*, n. 18 (citado en EV, n. 67).

⁶⁹ *Ibid.*, n. 14

⁷⁰ Cfr. EV, n. 79.

⁷¹ *Ibid.*, n. 74.

⁷² *Ibid.*

⁷³ Cfr. *Ibid.*

Sexualidad humana: verdad y significado. Una guía para los padres

*María Luisa Di Pietro**

Resumen

El artículo comenta el documento del Pontificio Consejo para la Familia (PCF) titulado Sexualidad humana: verdad y significado. Orientaciones educativas en familia, el cual consiste no en un tratado de teología moral ni de psicología, sino más bien en un documento de formación, sobre todo para los padres.

La autora aborda, luego, los dos aspectos centrales del documento pontificio: la antropología de referencia y las indicaciones metodológicas. Sobre el primer punto, la referencia fundamental es la persona, en su totalidad de espíritu y cuerpo. La sexualidad es vista, por una parte, como modalidad del ser y, por la otra, como dimensión relacional. Por esto, la sexualidad es signo de reciprocidad y de complementariedad y, como tal, está naturalmente estructurada para la apertura y la donación al otro.

Respecto a las indicaciones metodológicas, el artículo hace notar que en el documento del PCF se afirma la posibilidad de educar a la persona en la diferencia sexual, así como en la vida y para la vida, en el sentido de una educación del sentimiento moral, esto es, de la educación en la administración responsable de la libertad. Tal actividad debe hacerse en la familia, primer lugar educativo, por obra de los padres, ayudados eventualmente —de un modo subsidiario y subordinado— por las instancias educativas oportunas.

* Investigadora, Instituto de Bioética, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

El artículo concluye con las indicaciones que da el documento del PCF sobre las modalidades educativas: 1) informar formando y formar informando, según los criterios de la verdad, de la adecuación y de la individualización, de la gradualidad, de la oportunidad, de la decencia y del respeto al chico; 2) la diversificación por época de desarrollo y por vocación del individuo; 3) el enfrentamiento en términos educativos de situaciones comprometidas, como la homosexualidad y las enfermedades de transmisión sexual.

Los porqués de una Guía

Queriendo describir con el lenguaje de los eslóganes propagandísticos la idea de sexualidad más difundida en la actualidad, se podría decir que: *sexualidad = sexo, sexo = genitalidad = sexo = libertad*. En otras palabras, la sexualidad ha sido despojada, poco a poco, de su significado existencial y relacional, para reducirse a la dimensión física solamente, a la genitalidad específicamente, que hay que vivir en libertad. Y esta libertad es indiscriminada, está por encima de cualquier otro valor, por lo que cualquier forma de limitación y de condicionamiento es considerada como opresora y alienante: sólo la libertad, se dice, favorecería la autenticidad de expresión en las relaciones y la posibilidad de superar los vínculos impuestos por la sociedad.

En este horizonte ideológico, en que se escribe “amor”, pero se lee “egoísmo”; se escribe “responsabilidad”, pero se lee “seguridad”; se escribe “evitar los comportamientos de riesgo”, pero se traduce “evitar el riesgo en los comportamientos”; haciendo una disociación inevitable entre persona y sexualidad, actividad sexual y conyugalidad, conyugalidad y fecundidad, se hace cada vez más difícil el educar. Más aún, el mismo concepto de “educar” es usado con diferente significado.

Si el significado clásico del término “educar” es lograr que el hombre haga emerger la naturaleza de su ser, llevándolo a la superación de su propia instintividad sin negarla, sino controlándola y regulándola según su propia espiritualidad, ahora la educación se concibe, cada vez más,

como la mayor cantidad posible de información. En efecto, hay quien sostiene que en un contexto de pluralismo ético es inútil y “está pasado de moda” educar, tanto más si el “objeto” de la educación es la sexualidad: es suficiente, se dice, proporcionar los medios para evitar las consecuencias más desagradables de los comportamientos que el sujeto en plena libertad decidirá si lleva o no a cabo.

Es una información, pues, que despersonaliza y banaliza el sexo; que no toma en consideración las diversas etapas de formación y de evolución de los niños y de los jóvenes; carece de los valores basados en la vida, en el amor humano y en la familia; es una información que encuentra espacio en los medios de comunicación masiva, en las campañas de información sanitaria, y, hecho aún más grave, en la escuela.

Son muchas las causas que han alimentado y alimentan la cultura de la libertad y del permisivismo, causas culturales (la llamada “revolución sexual”), sociales (por ejemplo, las campañas antinatalistas), sanitarias (el paso de la “medicina terapéutica” a la “medicina de los deseos”);¹ pero también son muchas y muy graves las responsabilidades de quien no ha impedido esta situación. Sobre todo, las responsabilidades de padres y educadores, sobre todo católicos, quienes no han logrado hacer que ese río desbordado regrese a su cauce normal.

Ciertamente, tales responsabilidades pueden estar atenuadas porque, al decaer los modelos tradicionales, se ha privado a los hijos de indicaciones unívocas y positivas, y los padres no están preparados para dar respuestas adecuadas. Pero tampoco se puede negar que la dicotomía, cada vez más difundida, entre fe católica/sacramento y moral,² por una parte, y el miedo a dar testimonio, por la otra, han llevado, primero, a la política del compromiso, y después, a la del silencio. Incluso Juan Pablo II denuncia, en la encíclica *Evangelium Vitae* cómo la reconstrucción de una sociedad para la vida tiene necesidad, ante todo, de la renovación de la cultura de la vida “al interior de las mismas comunidades cristianas... (desde el momento en que), con demasiada frecuencia, los creyentes, incluso aquellos que participan activamente en la vida eclesial, caen en una especie de disociación entre la fe cristiana y sus exigencias éticas respecto de la vida, llegando así al subjetivismo moral y a ciertos comportamientos inaceptables”.³

Y es también el Santo Padre quien, en esa misma encíclica, señala precisamente a la educación en la sexualidad como uno de los caminos

que hay que recorrer para escapar de la cultura de la muerte y volver “a la luz” de la vida: “Es una ilusión creer que se puede construir una verdadera cultura de la vida humana si no se ayuda a los jóvenes a captar y a vivir la sexualidad, el amor y toda la existencia según su verdadero significado y en su íntima correlación”.⁴

El Pontificio Consejo para la Familia, para responder al árido egoísmo de quien quiere manipular con el amor fecundo de quien quiere educar; para ayudar a cuantos han denunciado —en sus propios países— la difusión de una información sexual errónea y perjudicial; para recordar a los padres su deber primero, que es la educación de los hijos; para apoyar a cuantos se encuentran en dificultades en este campo y, finalmente, para reiterar la enseñanza católica en materia de sexualidad, ha preparado una guía titulada *Sexualidad humana: verdad y significado. Orientaciones educativas en familia*. Su uso está destinado a todos los educadores, pero de manera particular a los padres. Esta guía, que “no quiere ser ni un tratado de teología moral ni un compendio de psicología, quiere tomar en cuenta, como debe ser, los datos aportados por la ciencia, las condiciones socio-culturales de la familia y la propuesta de valores evangélicos que conservan para cada edad su frescura original y la posibilidad de encarnación concreta”.⁵

La *Guía* se propone como documento de formación para los padres, a fin de que reflexionen sobre la tarea, compleja y grandiosa, que se les ha encomendado y para que, al mismo tiempo, adquieran los contenidos y la metodología de una educación en la sexualidad, como servicio real a la vida en general y a la vida de sus propios hijos en particular; es una *Guía* que no se limita a proporcionar las bases teóricas de la educación en la sexualidad, sino que también da consejos prácticos sobre las modalidades de actuación.

Estructura y contenidos de la Guía

Dividida en ocho capítulos, la *Guía* presenta de manera sintética los elementos fundamentales de la enseñanza del Magisterio de la Iglesia en materia de sexualidad y, de modo particular, lo que contiene la rica e interesante enseñanza de Juan Pablo II.

Los primeros cuatro capítulos analizan los preliminares de una educación en la sexualidad centrada en la persona: el significado de la

sexualidad, como riqueza de toda la persona, pero también como *energía vital*, como *capacidad de entrar en relación, realidad originaria y originante de la vida* (cap. I); la recuperación del concepto de *castidad*, que hay que entender como *energía espiritual* capaz de defender al Amor de los peligros del egoísmo y de la agresividad, una energía que hay que potenciar y canalizar (*educación en la castidad*) (cap. II); la conciencia por parte de los padres de la vocación a la que el hijo o la hija pueden estar llamados: la vocación al matrimonio y a la familia o la vocación a la virginidad y al celibato (cap. III); la aceptación por parte de los padres de su propia función de educadores, que deben vigilar para garantizar a sus hijos un crecimiento espiritualmente sano y tranquilo (cap. IV).

Los últimos cuatro capítulos están centrados, en cambio, en las modalidades de la educación en la sexualidad, por lo que se dan una serie de indicaciones de itinerarios formativos (cap. V), adecuados a la edad del educando (cap. VI) y según una metodología muy precisa (cap. VII) que los padres pueden elaborar con la ayuda también de expertos o en la confrontación con otros padres (cap. VIII).

Resulta difícil resumir la riqueza de los contenidos de esta *Guía*, que invitamos a leer y meditar, con el ánimo sereno de quien —como escribía San Pablo— debe comportarse “como hijo de la luz” para no participar “en las obras infructuosas de las tinieblas” (*Ef* 5, 8.10-11), por lo que nos limitaremos, en este lugar, a algunas alusiones, para ilustrar más ampliamente la antropología de referencia y las indicaciones metodológicas.

A. *La antropología de referencia.* Para comprender el enfoque de la *Guía* es necesario esclarecer, ante todo, la antropología que la funda, o sea, la idea de hombre y de sexualidad a la que hace referencia. Por otra parte, quien educa no puede prescindir nunca de preguntarse qué tipo de mujer o de hombre del mañana quiere formar; cuál es la relación entre sexualidad y persona; cuál es la relación entre sexualidad y familia; y, finalmente, si es legítima y tolerable una sexualidad reducida a una simple función, desprovista de cualquier orientación o finalidad.

“La sexualidad —escribe Juan Pablo II en el n. 97 de la *Evangelium Vitae*— (es) riqueza de toda la persona”; “la sexualidad —se lee en la *Guía*— no es algo puramente biológico, sino que concierne más bien al núcleo íntimo de la persona (PFC 3); la sexualidad, pues, como *riqueza* de toda la persona, pero también como *energía vital*, como *capacidad de*

entrar en relación. Esta es la lectura personalista —de un personalismo ontológicamente fundamentado— de la relación sexualidad/persona y, previamente, de la relación cuerpo/persona. La persona es considerada como una *totalidad unificada* de cuerpo y de espíritu, unidos entre sí de una manera sustancial, de donde surge la imposibilidad de pensar en un cuerpo humano sin pensarlo también como un cuerpo personal.

Y desde el momento en que el cuerpo humano no existe sino en la diferenciación masculina o femenina, también la realidad de cada persona resulta marcada *desde lo más profundo de su ser* por la pertenencia al sexo masculino o al sexo femenino: se trata, en efecto, de una diferencia —como decíamos antes— no sólo biológica y fisiológica, sino que concierne también a toda la experiencia/autoconciencia del individuo.

La sexualidad, por tanto, como “energía” compleja e integrante que incide en la existencia y la actividad humanas, imprimiendo un modo de ser; “modalidad” con la que cada individuo entra en relación y en comunicación con los demás; “signo y lugar” de la apertura, del encuentro, del diálogo, de la comunicación y de la unidad de las personas entre sí; “dimensión estructural” de la persona, una dimensión *originaria* (desde el origen —la fecundación— se es varón o hembra) y *original* (ser hombre o mujer es diferente de ser varón o hembra).

“La sexualidad humana es, por tanto, un Bien: parte de ese don creado que Dios vio que era muy bueno cuando creó a la persona humana a su imagen y semejanza, y ‘hombre y mujer los creó’” (PFC 11).

A la luz de esta visión antropológica de que la sexualidad es algo más que genitalidad —y de que la genitalidad adquiere valor humano sólo y en la medida en que está integrada en esta unitotalidad—, la sexualidad pertenece a la categoría del *ser* y no del *tener*; el ser hombre o mujer es algo más que ser varón o hembra.

La sexualidad tiene también un significado interpersonal, desde el momento en que la diversidad masculina y femenina es, como decíamos antes, una diversidad *relacional*, signo de *reciprocidad* y de *complementariedad*: el fin al que está intrínsecamente orientada es, por tanto, el mensaje que expresa, es el amor en el sentido de dar y de recibir.

Esta vocación al amor se realiza a través del cuerpo sexuado, testigo del don recíproco, del ser y del existir como don “con” y “para” alguien; un cuerpo que tiene un significado *esponsal* en cuanto que es capaz de expresar amor: “Feminidad y masculinidad son dones complementarios

por los que la sexualidad humana es parte integrante de la concreta capacidad de amor que Dios ha inscrito en el hombre y en la mujer. En cuanto modalidad de abrirse a y relacionarse con los demás, la sexualidad tiene como fin intrínseco el amor, más concretamente, el amor como donación y acogida, como dar y recibir. La relación entre un hombre y una mujer es esencialmente una relación de amor... Cuando tal amor se actúa en el matrimonio, el don de sí expresa, a través del cuerpo, la complementariedad y la totalidad del don; el amor conyugal se convierte, entonces, en fuerza que enriquece y hace crecer a las personas y, al mismo tiempo, contribuye a alimentar la civilización del amor. En cambio, cuando falta el sentido y el significado del don en la sexualidad, se da una civilización de las cosas y no de las personas; una civilización en la que las personas se usan del mismo modo en que se usan las cosas. En el contexto de la civilización del placer, la mujer puede convertirse para el hombre en un objeto, y los hijos en un obstáculo para los padres” (PCF 10).

Decir que la sexualidad es componente estructural y esencial de la persona no equivale, sin embargo, a afirmar que sea la única dignidad del hombre: más aún, el no evidenciar que la persona excede a la sexualidad conlleva el riesgo de caer en una especie de pansexualismo de memoria freudiana. Esto significa que el sexo no expresa a toda la persona y que nadie necesita expresar la totalidad de sus propias capacidades sexuales. Por este motivo, se establece una diferencia entre la llamada relación *sexuada* y la relación llamada *sexual-genital*. La relación *sexuada* es la relación habitual entre personas de sexo diverso, basada en la estima, en el respeto, la amistad y la afectividad, sin la implicación del cuerpo sexuado ni la genitalidad física. En efecto, el encuentro, el diálogo o el conflicto entre dos personas de diferente sexo, siempre están marcados por las características y rasgos típicos del ser hombre o ser mujer.

En cambio, la relación *sexual-genital* tiene como característica peculiar la totalidad de los componentes de la persona, que dan vida a la apertura, al encuentro, al diálogo, a la comunión y a la unidad; es una donación personal y total mutua, expresión de toda la persona, que genera y alimenta una relación única y exclusiva, irrevocable y definitiva, ordenada a la integración recíproca del hombre y de la mujer: “A este amor conyugal, y sólo a éste, pertenece la donación sexual, que sólo si se realiza de modo verdaderamente humano, formará parte integrante del

amor con que el hombre y la mujer se comprometen totalmente el uno para con la otra hasta la muerte” (PFC 11).

Y entonces, ser mujer no equivale necesariamente a ser esposa o madre, así como ser hombre no quiere decir necesariamente ser marido o padre: si así fuera, no se explicaría la opción de la virginidad. El elegir vivir la propia sexualidad sin una actividad genital, para potenciar la propia capacidad de donación, de amor y de compromiso para con los hombres y para con Dios, no hace menos hombre ni menos mujer a quienes viven esta opción.

La sexualidad, por tanto, es expresión de la persona, íntimamente orientada al amor y al don: “Es un amor capaz de generosidad, a semejanza del amor de Dios; se quiere a otro porque se le reconoce digno de ser amado. Es un amor que genera la comunión entre las personas, puesto que cada uno considera el bien del otro como propio... Por tanto, es un amor que respeta a la persona y la edifica, porque el amor es verdadero cuando crea el bien de las personas y de las comunidades, lo crea y lo da a los demás” (PCF 9). Sin embargo, también es un amor que está expuesto a los embates de la concupiscencia. De aquí la necesidad —aunque de esto se hablará en el apartado siguiente— de educar en la castidad para elevar al amor del nivel de la sensualidad al de la afectividad: “Tanto el amor virginal como el conyugal, que son... las dos formas en que se hace realidad la vocación de la persona al amor, requieren para su desarrollo del compromiso de vivir en castidad, cada uno de conformidad con su propio estado” (PFC 16).

B. *¿Con qué orientación pedagógica?* Desde el momento en que los significados de la sexualidad humana no son siempre inmediatamente comprensibles, es necesario ayudar al niño o al adolescente a descubrirlos, motivando mientras tanto, a través de opciones y comportamientos, a su “*historización*”: en esto consiste la educación en la sexualidad.

Según esta acepción, la educación de la persona, además de la educación en la diferencia sexual y la educación en el valor de la vida, es, en primer lugar, *educación moral y educación del sentimiento moral*, entendiendo por moral “lo que contiene” y no “el contenido” de la educación: “La moral no es un contenido del proceso educativo, sino que es su forma constitutiva, porque el hombre se educa en cuanto que se mejora, confronta su ser como el *deber ser* y realiza sus posibilidades...

La educación moral, pues, aunque no coincida con el proceso educativo, constituye su motivación, porque el hombre se vuelve *hombre*, *merece ser hombre*, y realiza, en su situación existencial concreta, el ideal moral con que se proyecta y juzga su vida. En el fondo, el hombre es libre para merecer su libertad...”.⁶

En su finalidad, la educación moral es esencialmente *educación en la libertad*, o, por mejor decir, en la *administración responsable de la libertad*, mediante una adhesión total a esa verdad que, inscrita en la naturaleza del ser de cada hombre, desvela su configuración, su significación y su destino. Se trata, en otras palabras, de ayudar a cada uno a alcanzar esa libertad moral, que permite la libre adhesión a la ley del ser por parte de la criatura libre, el poder de actuar en virtud de la propia inclinación interior sin experimentar la constricción por parte de agentes externos, la máxima determinación hacia el bien, hasta la imposibilidad moral de elegir el mal.

Una premisa de la libertad moral es la libertad *de elección* o *libre albedrío*, o bien, la posibilidad de decidir libremente, de autodeterminarse. No obstante, la posibilidad real de vivir la libertad de elección no representa la completa realización de la persona: es sólo un medio para alcanzar la libertad moral. Entre la libertad de elección y la libertad moral se coloca, precisamente, la educación, en el sentido de favorecer el paso de la posibilidad a la realidad de la propia liberación, esto es, la persona es libre para elegir; el educador debe indicar el camino por recorrer para que esa libertad se transforme en una total adhesión a la naturaleza de esencia.

Resulta claro, entonces, que el hombre es libre para poder adherirse libremente a su propia naturaleza humana: en cambio, es errado considerar la libertad como posibilidad de fijar, de manera arbitraria, los contenidos de la moral y crearse a sí mismo y a la propia naturaleza. El hombre no proyecta su propia naturaleza, sino que trata de realizarla, de hacerla realidad.

Se comprenden entonces las palabras de Juan Pablo II, quien en el número 96 de la carta encíclica *Evangelium Vitae* escribe de esta manera: “No menos decisiva en la formación de la conciencia es el redescubrimiento del vínculo constitutivo que *une la libertad con la verdad* (...) Es esencial que el hombre reconozca la evidencia originaria de su condición de criatura, que recibe de Dios el ser y la vida como un don y como una

tarea: sólo admitiendo su natural dependencia en el ser, el hombre puede realizar plenamente su vida y su libertad y, juntamente, respetar hasta lo más profundo la vida y la libertad de cualquier otra persona”.

Es sólo en este contexto formativo como hay que insertar luego la información sobre los diversos aspectos biofisiológicos, psicológicos, sociológicos y culturales de la sexualidad.

La educación en la castidad

La educación en la sexualidad como educación moral. Está claro que este proyecto no puede ser realizado mediante una simple información, sino que se necesita una verdadera formación. Efectivamente, mientras la información tiene como único objeto aclarar los diversos aspectos biofisiológicos, psicológicos, sociológicos y culturales de la sexualidad, la formación compromete a cada uno a adquirir motivaciones para una conducta coherente con los principios morales, haciéndole comprender la riqueza de los valores en juego (la aceptación de sí mismo y de los demás en la diferencia sexual; la capacidad de relaciones personales basadas en el respeto y en la acogida; la finalidad de la sexualidad, en una relación duradera de amor, incluso en sus dimensiones física y afectiva, con los consiguientes corolarios del dominio de sí, de la responsabilidad, del sentido del pudor).

Se sigue de ello que entre las finalidades prioritarias de la educación en la sexualidad está la consolidación del yo, de la autoestima, del sentido de la dignidad propia, de la capacidad de autoposesión y de autodominio, de la apertura a un proyecto, de la coherencia y el equilibrio interior. La educación en la autoposesión, el autodominio y la *integración*, se llama *educación en la castidad*.

“No se puede eximir —escribe Juan Pablo II en el n. 97 de la encíclica *Evangelium Vitae*— de ofrecer, sobre todo a los adolescentes y a los jóvenes, la auténtica formación en la castidad...”, pero la educación en la castidad debe ir precedida —y de ello es consciente el Pontificio Consejo para la Familia— por la educación en el “significado” de la virtud de la castidad. En efecto, en la cultura corriente, el término *castidad* se vincula a menudo con una imagen de sexualidad, o mejor dicho, de genitalidad, hasta tal punto negativa y frustrante, que se considera “no-

civa” para el amor. Este equívoco, porque se trata de un equívoco, es fruto de una antropología permisivista de la sexualidad.

Sin embargo, la castidad no es rechazo de la sexualidad: sería como negar una realidad —la sexualidad— que es dimensión intrínseca y constitutiva del ser humano. Tampoco es ni siquiera rechazo o desestima de los valores y exigencias de la sexualidad, ya que los valores, en cuanto tales, hay que amarlos, y las exigencias, si son auténticas, se han de acoger. “La castidad es —se lee en el n. 19 de la *Guía*— la afirmación gozosa de quien sabe vivir el don de sí, libre de toda esclavitud egoísta. Esto supone que la persona ha aprendido a darse cuenta de los otros, a relacionarse con ellos y a respetar su dignidad en la diversidad. La persona casta no está centrada en sí misma, ni en una relación egoísta con las otras personas. La castidad hace armónica a la personalidad, la hace madurar y la llena de paz interior. Esta pureza de mente y de cuerpo ayuda a desarrollar el verdadero respeto de sí mismo y, al mismo tiempo, que se pueda respetar a los demás, porque hace que se vea en ellos a personas que hay que venerar en cuanto creadas a imagen y semejanza de Dios y, por la gracia, hijos de Dios, recreadas por Cristo que ‘os llamó de las tinieblas a su luz admirable’ (1 Pe 2,9)”.

La castidad en la sexualidad es, pues, *energía espiritual* capaz de defender al Amor de los peligros del egoísmo y de la agresividad; es *disposición* para integrar los diversos dinamismos de la sexualidad, física, psíquica y espiritual; es *tendencia* a la realización plena del Amor, una tendencia necesitada por el hecho de que la sexualidad “no puede quedarse sólo en una situación subjetiva, en la que se manifiestan las energías de la sensualidad (*dimensión física*) o de la afectividad (*dimensión psíquica*) despertadas por la tendencia sexual, porque entonces no alcanza el propio nivel personal ni puede unir a las personas. Para que pueda unir verdaderamente al hombre y a la mujer y alcanzar el pleno valor personal (*dimensión espiritual*) necesita que haya una base sólida en la afirmación del valor de la persona”.⁷

La castidad en la sexualidad no conduce, entonces, ni al desprecio del cuerpo ni a devaluar la vida sexual, sino que eleva el valor del cuerpo sexuado al nivel del valor de la persona: “En la óptica de la redención y en el camino formativo de los adolescentes y de los jóvenes, la virtud de la castidad, que se coloca al interior de la templanza..., no se ha de entender como una actitud represiva, sino, por el contrario, como la trans-

parencia y, al mismo tiempo, la custodia de un don recibido, precioso y delicado, el del amor, con vistas a la donación de sí que se realiza en la vocación específica de cada uno. La castidad es, por tanto, esa ‘energía espiritual que sabe defender el amor de los peligros del egoísmo y de la agresividad y sabe promoverlo hacia su plena realización’” (PCF 4).

La *continencia*, o sea, la aptitud para controlar y orientar las pulsiones, incluso de carácter sexual, y sus consecuencias en el hombre, es una manifestación de la capacidad de integración, es decir, de la castidad. Tener continencia no significa, sin embargo, ejercer un control ciego de la concupiscencia y de las reacciones sensuales; significa más bien actuar a la luz de la comprensión de los fines de la sexualidad; por una parte, la apertura a los valores más profundos de la femineidad y de la masculinidad en la sponsalicia y, por la otra, la auténtica libertad del don recíproco de las personas. Sólo de esta manera la continencia ayudará a sobrepasar el lenguaje de las palabras y de los gestos para descubrir ese lenguaje de esencia que es la verdadera riqueza de cada persona.

Entre los objetivos que hay que alcanzar con la educación en la castidad en la familia, la *Guía* resalta tres: 1. mantener en la familia un clima positivo de amor, de virtud y de respeto de los dones de Dios, en particular del don de la vida; 2. ayudar gradualmente a los hijos a comprender el valor de la sexualidad y de la castidad, apoyando su crecimiento con la iluminación, el ejemplo y la oración; 3. ayudarlos a comprender y a descubrir su propia vocación al matrimonio o a la virginidad consagrada por el Reino de los cielos, en armonía y el respeto de sus aptitudes, inclinaciones y dones del Espíritu.

La formación de los jóvenes en la castidad y en la continencia representa también una modalidad de preparación remota a la vida virginal —“(Los padres) deberán entonces adaptar la formación en el amor casto a las necesidades de esos hijos, alentándolos en su propio camino hasta el momento del ingreso en el seminario o en la casa de formación...” (PCF 35)— o en la responsabilidad procreativa. “Mediante esta remota formación en la castidad en familia, los jóvenes aprenden a vivir la sexualidad en la dimensión personal, rechazando cualquier separación de la sexualidad del amor —entendido como donación de sí— y del amor sponsal de la familia... Una educación cristiana en la castidad en la familia no puede silenciar la gravedad moral que comporta el separar la dimensión unitiva de la dimensión procreativa en el ámbito de la vida

conyugal, lo cual se realiza, sobre todo, en la anticoncepción y en la procreación artificial... Así, la formación en la castidad de los jóvenes deberá convertirse en una preparación para la paternidad y la maternidad responsables...” (PCF 32).

En realidad, la educación en la autoposesión, en el autodomínio, en la donación, no puede comenzar sólo en el seminario o en el período de noviazgo o ya contraído el matrimonio: hay que crear —desde la infancia— el hábito de la renuncia, de soportar determinados rechazos. ¿Cómo se puede, en efecto, pensar en educar a un adolescente, a un joven o a un adulto en la castidad y en la continencia, si desde pequeño se han satisfecho todos los caprichos?

“La castidad como virtud —se lee en el n. 5 de la *Guía*— no puede existir sin la capacidad de la renuncia, del sacrificio, de la espera”.

¿Por qué la familia?

La *Guía* ha sido pensada y se propone a la familia; y en la familia, a los padres como primeros responsables de la educación de sus hijos y, por tanto, también de la educación en la sexualidad. Pero, ¿por qué precisamente a los padres?

Los padres —se lee en el n. 16 de la *Carta a las Familias*— “son educadores porque son padres”:⁸ parece un juego de palabras, pero esta forma de hablar específica, en realidad, la estructura metafísica de la generación. La generación es un acto personal que da vida a un ser personal “operativamente” imperfecto, que no encuentra en sí todos los recursos para su propio desarrollo. Para ser racional, humano y pleno de sentido, el acto generativo debe, entonces, prolongarse responsablemente en esa generación continuada de la prole que es, justamente, la educación.

La educación es, por tanto, una continua generación; y también lo es la educación en la sexualidad, como parte integrante de la educación global del individuo: “Por lo demás —se lee en el n. 7 de la *Guía* del Pontificio Consejo para la Familia— los padres (...) cuentan con un gran potencial educativo que nadie más tiene: ellos conocen de manera única a sus propios hijos, en su irrepetible singularidad y, por experiencia, poseen los secretos y los recursos del amor verdadero”.

Y desde el momento en que la generación es también “pro-creación”, los padres que “al dar la vida toman parte en la obra creadora de Dios, mediante la educación se hacen partícipes de su pedagogía paterna y al mismo tiempo materna... Por medio de Cristo, toda educación, en familia y fuera de la familia, se inserta en la dimensión salvífica de la pedagogía divina, que se dirige a los hombres y a las familias y que culmina en el misterio pascual de la muerte y resurrección del Señor” (PCF 16).

Al derecho de educar a los propios hijos, de escoger—en conformidad con las propias convicciones morales y religiosas y en vistas del bien del niño— la orientación educativa, debe corresponder un deber educativo. En efecto, no ofrecer a los propios hijos un ambiente familiar que pueda proporcionar las respuestas a tantas preguntas sobre las finalidades y la estructura de la sexualidad, que pueda permitir una adecuada formación en la castidad, significa faltar a un deber preciso, deber que se elude también en el caso en que se tolere una formación inmoral o inadecuada, impartida a los hijos fuera de la casa.

Este derecho y deber educativo se refiere también al padre que se queda solo y a los padres adoptivos: “la tarea del padre que se queda solo no es ciertamente fácil, porque le falta el apoyo del otro cónyuge y, con él, el papel y el ejemplo del progenitor del otro sexo. Dios, sin embargo, sostiene a los padres solos con un amor especial, llamándolos a afrontar esta tarea con la misma generosidad y sensibilidad con que aman y cuidan a sus propios hijos en los demás aspectos de la vida familiar” (PCF 38).

El principio de subsidiariedad. Es muy importante que los padres sean conscientes de este derecho/deber, en particular frente a las instituciones educativas externas que tienden a tomar la iniciativa en el campo de la educación sexual, un derecho/deber que es insustituible e inalienable y, por tanto, no puede ser totalmente delegado en otros ni usurpado por otros.

No se puede, sin embargo, dejar de comprobar que los padres—porque no son plenamente conscientes de este derecho/deber, o por les es difícil o por falta de preparación— renuncian a veces a su propia tarea y la confían al silencio, a la acción—a menudo malsana— de las otras instituciones, y no en último término a la escuela que ha impuesto a

menudo su propia línea educativa, una educación “de Estado”, frecuentemente en contraste con las orientaciones educativas de la familia y que no corresponden a las exigencias de crecimiento del educando.

Se ha asistido, así, a una especie de apropiación por parte de la escuela o, mejor dicho, de ese personal a menudo preocupado solamente por fomentar su propia concepción pragmática o ideológica o los intereses de instituciones educativas ajenas al verdadero bien de la persona y de la familia. Lo cual no impide que muchas personas de la escuela o llamadas por la escuela a proponer la educación en la sexualidad, sientan ellas mismas la necesidad de una orientación válida.

De esta situación de “debilidad” se han aprovechado, en muchos países, incluso ciertas instituciones encargadas de la planificación familiar, imbuidas de los preceptos de la antinatalidad, las cuales han encontrado la manera de insertarse en la educación de los adolescentes y de substituir a las familias.

Pero, ¿qué se puede hacer ante las dificultades que encuentran tantas familias? La *Guía* sugiere una gradualidad al abordar el problema:

1. La asistencia a los padres —“...está claro que la asistencia ajena debe darse principalmente a los padres más que a los hijos” (PCF 145)— por parte de grupos, asociaciones e instituciones, para que puedan confrontarse con otros padres y educadores y encontrar, si es el caso, una solución a las exigencias educativas de sus hijos. Con esta finalidad han surgido las “escuelas para padres”.

2. La asistencia a los jóvenes —cuando los padres no sean capaces de satisfacer enteramente, por ellos mismos, las exigencias de todo el proceso educativo, especialmente por lo que se refiere a la instrucción y al amplio sector de la socialización—, debe estar animada por el principio de la *subsidiariedad* y el principio de la *subordinación* (PCF 145).

Subsidiariedad significa que, desde el momento en que el derecho/deber de los padres de educar es “original y primario”, “insustituible e inalienable”, la intervención de las instituciones externas debe ser de *ayuda* y no de *substitución* de la tarea formativa de la comunidad familiar: “La subsidiariedad complementa, así, al amor paterno y materno, confirmando su carácter fundamental, porque cualquier otro participante en el proceso educativo no puede sino operar en nombre de los padres, con su consentimiento y, en cierta medida, hasta por encargo suyo” (PCF 23).

En otras palabras, para que cualquier otra institución pueda intervenir en el proceso educativo, es necesario que haya un consentimiento explícito por parte de los padres, los cuales delegan en otros —como la escuela— su propia tarea educativa: este acto no despoja, sin embargo, a los padres de su potestad original, la cual continua perteneciéndoles y legitimando la posibilidad de efectuar tal substitución.

Subordinación quiere decir que la institución educativa ajena a la familia debe estar sometida a un control por parte de los padres, que deben ser informados y estar implicados en la administración del proceso educativo extrafamiliar. En consecuencia, nunca se podrá objetar que la familia no está presuntamente preparada, por ejemplo, para educar en la sexualidad, y así marginarla de esa tarea: la familia debe ser ayudada a colmar lagunas y a trazar decursos educativos válidos.

La escuela —para responder a algunas críticas hechas a la *Guía*— no se excluye, pues, de la educación en la sexualidad, siempre que reconozca el papel insubstituible de los padres y del clima familiar como primer factor educativo, y que no imponga una educación de estado, sino que concorra en ésta con la familia, bien porque se dirige a personas que han recibido ya una impronta social y familiar de gran relieve, o porque debe escoger con los padres la orientación educativa.

Y dada la peculiaridad de la tarea educativa de la familia, los padres deben estar conscientes de una serie de derechos, entre ellos: 1. el derecho a conocer la estructura y los contenidos de las eventuales “lecciones” impartidas fuera de casa (PCF 115); 2. el derecho —si lo desean— de estar presentes con sus propios hijos durante el desarrollo de los encuentros (PCF 116); 3. el derecho a ser ayudados ellos mismos por expertos (PCF 130); 4. el derecho a retirar a sus propios hijos de la escuela cuando la educación —no sólo la sexual— no concuerde con sus propios principios (PCF 117); 5. el derecho/deber a asociarse con otros padres a fin de contrastar ciertas formas perjudiciales de educación sexual, incluso a través de los medios de comunicación, y para garantizar que los hijos sean educados conforme a los principios cristianos y en consonancia con su desarrollo personal (PCF 114).

¿Cómo educar?

A. *Informar formando, formar informando.* La educación en la sexualidad, entendida como educación en la diferencia sexual, del sentimiento

moral y en el valor de la vida, no puede dejar de valerse también, como parte integrante, de la información.

El conocimiento de los misterios del cuerpo humano, de los mecanismos genéticos sometidos al desarrollo somático y a la diferencia sexual, de la anatomía y de la fisiología, de los fenómenos típicos de la pubertad, de la procreación humana es, en efecto, el complemento necesario de un proceso educativo que contempla a la persona en su globalidad. Porque conocerse equivale a tener un motivo más para aceptar con serenidad la propia realidad de hombre o de mujer, y para exigir para sí mismo y para los demás un mayor respeto y consideración; y es una clave de lectura de ese designio y de esa apertura al Amor y a la vida inscrito en toda persona humana.

Desde este punto de vista, la información no puede ser, entonces, una fría y aséptica transmisión de datos, una instrucción, sino que debe ser portadora de un mensaje. En otras palabras, la información, además de dar respuestas biológicas, debe proporcionar respuestas éticas, es decir, aclarar el porqué de un comportamiento determinado más que otro: “La dimensión moral debe formar parte siempre de sus explicaciones... La formación en la castidad y la información oportuna sobre la sexualidad debe ser proporcionada en el contexto más amplio de la educación en el amor. Por esto, no basta con dar información sobre el sexo junto con los principios morales objetivos. Se necesita también la ayuda constante para el crecimiento de la vida espiritual de los hijos, a fin de que el desarrollo psicológico y las pulsiones que comienzan a experimentar se encuentren siempre acompañadas por un creciente amor a Dios Creador y Redentor y por una conciencia cada vez mayor de la dignidad de toda persona humana y de su cuerpo” (PCF 70).

Este enfoque integrado, formativo e informativo, requiere, por parte de los padres, pero también de otros educadores, de una claridad sobre la metodología que hay que seguir.

A este propósito la *Guía* indica algunos criterios metodológicos:

— el *criterio de la verdad*, que comporta la necesidad de dar una información que esté en consonancia con la exactitud científica y sea adecuada a la capacidad de recepción y asimilación de cada hijo, de manera que se satisfagan sus preguntas y se evite al mismo tiempo que recurra a fuentes substitutivas de competencia incierta: “Dar demasiados detalles a los niños es contraproducente, pero retrasar excesivamente las

primeras informaciones es imprudente, porque toda persona humana tiene una natural curiosidad al respecto y antes o después se pregunta, sobre todo en una cultura en la que se puede ver demasiado incluso por la calle” (PCF 75). Y “los padres deben impartir esta información con suma delicadeza, pero de una forma clara y al mismo tiempo oportuna...” (PCF 75).

— El *criterio de la adecuación* y de la *individualización*, con el objeto de evitar el riesgo de provocar en quien escucha inquietud o incluso traumas psicológicos. Cada niño, cada muchacho es diverso de otro, porque también es distinto el desarrollo psicosexual, incluso teniendo la misma edad. No se puede prever, entonces, cuál será el impacto que la información tendrá en la parte emotiva de quien escucha, con frecuencia desinformado o mal informado o atormentado por temores, inquietudes, complejos y confusiones. “Cada niño es una persona única e irrepetible y debe recibir una formación individualizada. Puesto que los padres conocen, comprenden y aman a cada uno de sus hijos en su ser irrepetible, están en la mejor posición para decidir el momento oportuno para dar las diversas informaciones, según el respectivo crecimiento físico y espiritual” (PCF 65).

— El *criterio de la gradualidad*: porque la pregunta del niño es diferente de la del adolescente; porque si se quiere prevenir una precocidad perjudicial hay que adecuar la educación al desarrollo global y dar la información “gota a gota”, según como el individuo vaya comprendiendo.

— Al criterio de la gradualidad está ligado el *criterio de la oportunidad*, esto es, la capacidad, por parte del educador, de saber responder de manera adecuada y exhaustiva a las preguntas, de tal manera que se responda a una pregunta o se satisfaga la inquietud suscitada por un acontecimiento imprevisto.

Un enfoque semejante permitiría, entre otras cosas, resolver el dilema sobre la edad más adecuada para dar determinada información, puesto que —como hemos dicho antes— si el adulto es el que toma la iniciativa puede ocurrir que quien escucha no esté interesado todavía en el problema y no haya madurado lo suficiente para comprender las respuestas. Así, el principio de la oportunidad debe atender: 1. a las diferentes fases del desarrollo del individuo; 2. al modo como el niño o el adolescente experimenta las diversas fases de la vida; 3. a los problemas particulares asociados con estas etapas.

— El *criterio de la decencia y del respeto del muchacho*, mediante el cual, por una parte, nunca hay que presentar material de carácter erótico a niños o a jóvenes de cualquier edad, individualmente o en grupo (PCF 126), y, por la otra, nunca se debe actuar de manera que se ofenda objetivamente a la modestia o se lesione subjetivamente la propia delicadeza o el sentido de la “privacía”.

Y entonces, mientras se ha de privilegiar en el contexto de la educación en el amor una información “positiva y prudente”, “clara y delicada” y el diálogo personal entre los padres y los hijos, es decir, la formación individual en el ámbito de la familia (PCF 129), hay que evitar, de manera absoluta, cualquier forma de abuso de la educación sexual (por ejemplo, cualquier representación dramatizada o actuaciones que describan ciertas cuestiones genitales y eróticas; el buscar dar información personal acerca de cuestiones sexuales o divulgar informaciones familiares; los exámenes, orales o escritos, acerca de cuestiones genitales o eróticas) o una educación de impronta antinatalista o que adelante falsas ideas de derechos sexuales y reproductivos.

De igual manera se han de considerar perjudiciales y evitar, por tanto, el llamado *enfoque de la clarificación de los valores*, con base en el cual “los jóvenes son alentados a reflexionar, aclarar y decidir acerca de las cuestiones morales con la máxima autonomía, ignorando la realidad objetiva de la ley moral en general... Se da a los jóvenes la idea de que un código moral es algo creado por ellos mismos, como si el hombre fuera fuente y norma de la moral” (PCF 140). También se debe evitar el llamado *método de la inclusión*, o sea, la inserción de la instrucción sexual en el contexto de otras materias (por ejemplo, la higiene, el desarrollo personal, etcétera), que es aplicado en particular “por aquellos que promueven la instrucción sexual en la perspectiva del control de los nacimientos o en los países donde el gobierno no respeta los derechos de los padres en ese ámbito” (PCF 141).

B. *Diversificación por desarrollo y por vocación*. Aludiendo al criterio de la individualización y de la oportunidad, hemos subrayado la necesidad de atender a la edad del educando y a su desarrollo psicofísico. A este aspecto, de fundamental importancia, la *Guía* dedica numerosos apartados (del 77 al 111).

Se identifican tres fases del desarrollo individual: 1. los años de la inocencia (PCF 78-86); 2. la pubertad (PCF 87-97), y 3. la adolescencia (PCF 98-108).

1. *Los años de la inocencia*. Esta expresión explicativa, tomada de la Constitución Pastoral *Familiaris Consortio*,⁹ abarca ese período de la vida que va desde los cinco años hasta la pubertad, es decir, los últimos años de la primera infancia, la infancia propiamente dicha y la pre-adolescencia.

Es un período en el que el niño o muchacho, aun siendo consciente de las diferencias físicas entre los dos sexos, muestra en general —si no se le solicita explícitamente— poco interés por las funciones genitales; un período que los psicólogos definen como “de latencia”, caracterizado por la consolidación de importantes capacidades, como la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la expresión verbal y el uso de la metáfora.

En cuanto período de latencia, no hay que perturbar al niño o al muchacho con una información innecesaria, a menos que la solicite directamente. Lo que hay que hacer es comenzar una educación, aunque sea remota, en el amor casto, a través de la formación en el autodominio, en la autoposesión, en la renuncia: “El muchacho indisciplinado o viciado es proclive a una cierta inmadurez y debilidad moral en el futuro, porque la castidad es difícil de mantener si una persona desarrolla hábitos egoístas o desordenados y no es capaz de comportarse con los demás con interés y con respeto” (PCF 86).

Con esta finalidad, es de fundamental importancia el clima afectivo familiar y el testimonio de los padres, del cual el niño o el muchacho podrá aprender “qué significa ser hombre o ser mujer... No se deberían ignorar o minimizar las diferencias efectivas entre los dos sexos. En un ambiente familiar sano, los niños aprenden que es natural que a estas diferencias corresponda una cierta diversidad entre los roles familiares y domésticos normales de los hombres y de las mujeres” (PCF 80).

Por otra parte, no se puede negar que los niños y los muchachos con frecuencia están expuestos, en su ambiente de vida (escuela, etcétera) o por parte de los medios de comunicación, a una información “precoz”. La intervención de los padres, en estos casos, debe estar encaminada a corregir una información equivocada por contenidos y orientación moral, con la finalidad, también, de tranquilizar al hijo/a desorientado, si no incluso turbado, por los mensajes recibidos.

2. *La pubertad*. Desde el momento en que los términos *pubertad* y *adolescencia* no coinciden, aunque la pubertad represente el evento fenomenológicamente central de la adolescencia, la *Guía* ha pensado en tratarlos de manera distinta.

En efecto, mientras la manifestación de los fenómenos de la pubertad, con las conocidas modificaciones físicas y psíquicas, se pone en relación con las posibles dificultades por parte del muchacho/a en la estructuración de la identidad personal y en las relaciones con el mundo externo, la adolescencia se refiere más en general al desarrollo de la madurez de decisión y afectiva, lo cual se superpone a, pero en parte también excede de la esfera psicofísica del individuo.

Desde el inicio de la pubertad, los padres deben ayudar a sus hijos a aceptar con alegría la nueva realidad, motivando su serenidad interior y el deseo de crecer para convertirse en adulto. En el plano de la información esto requerirá también una mayor información no sólo sobre los aspectos biológicos y fisiológicos de la sexualidad (por ejemplo, el conocimiento de las fases del ciclo menstrual y del ciclo ovárico con su correspondiente fenomenología, para las chicas; el conocimiento de las etapas del desarrollo biofisiológico masculino, para los chicos), sino también psicológicos (por ejemplo, información sobre las características psicológicas y somáticas del otro sexo). “En esta fase, la demanda educativa se refiere también al aspecto de la genitalidad y requiere, por esto, su presentación, tanto en el plano de los valores como en el de la realidad globalmente entendida. Esto implica, además, la comprensión del contexto relativo a la procreación, al matrimonio y a la familia, contexto que debe ser tenido en cuenta en una auténtica obra de educación sexual” (PCF 88).

De aquí se sigue la necesidad de educar en la belleza de la maternidad-paternidad, de la procreación y de la virginidad; educar el sentido moral, de manera que el sujeto se sienta motivado a cumplir el bien y evitar el mal; corregir un uso hedonista y materialista de la sexualidad; ayudar a los hijos a resistir a los influjos externos negativos.

3. *La adolescencia*. “La adolescencia —se lee en el n. 98 de la *Guía*— representa, en el desarrollo del sujeto, el período del proyecto de sí mismo y, por esto, del descubrimiento de la vocación: tal período tiende a ser hoy... más prolongado que en el pasado”. En efecto, la anticipación de los fenómenos de la pubertad, por una parte, y la prolongación de las obligaciones escolares así como la cada vez mayor dificultad de entrar

en el mundo del trabajo y de encontrar vivienda con la consiguiente retardada separación de la familia, por la otra, hacen que este período de la vida se haya dilatado notablemente.

Pero el excesivo tiempo de que se dispone no debe hacer descuidar la oportunidad y la efectividad de las intervenciones relativas sobre todo a la educación moral, porque “no se debe olvidar nunca que el desorden en el uso del sexo tiende a destruir progresivamente la capacidad de amar de la persona, haciendo del placer —en vez de un don sincero de sí— el fin de la sexualidad y reduciendo las otras personas a objetos de la propia gratificación. Así, debilita tanto el sentido del verdadero amor entre el hombre y la mujer —siempre abierto a la vida— cuanto a la familia misma e induce sucesivamente al menosprecio de la vida humana que podría ser concebida, considerada entonces como un mal que amenaza en ciertas situaciones al placer personal” (PCF 105).

Otra tarea importante de los padres, durante “la adolescencia y la primera juventud, es la de ayudar al hijo a discernir su propia vocación personal o, con otras palabras, a descubrir el proyecto de Dios sobre él.

En efecto, se trate de la vocación al matrimonio o la virginidad y/o al celibato, “la familia desempeña un papel decisivo en la floración de todas las vocaciones y en su desarrollo...” (PCF 26), y la educación en el amor verdadero y en el amor casto —con la palabra y el testimonio— es el mayor don que los padres pueden hacer a sus hijos.

Por otra parte, así como se comprueba que quien vive en un ambiente familiar tranquilo y armonioso, y recibe una imagen positiva del matrimonio, podrá luego replantear su propia experiencia en la nueva familia, de igual manera no se puede dejar de comprobar que “a la disgregación de la familia sigue la falta de vocaciones. En cambio, cuando los padres son generosos en acoger la vida, es más fácil que lo sean también los hijos cuando se trate de ofrecerla a Dios” (PCF 34).

El esfuerzo educativo, el entusiasmo en comunicar un mensaje de Amor a los hijos, no deben ser sofocados por la preocupación acerca de la estabilidad de los futuros matrimonios de los hijos; los padres “deben reaccionar con optimismo, a pesar del incremento de los divorcios y la creciente crisis de las familias, comprometiéndose en dar a sus hijos una profunda formación cristiana que los haga capaces de superar las numerosas dificultades.

En concreto, el amor a la castidad... favorece el mutuo respeto entre el hombre y la mujer y proporciona la capacidad de compasión, ternura, tolerancia, generosidad y, sobre todo, de espíritu de sacrificio, sin el cual ningún amor se sostiene" (PCF 31).

C. *El cuidado de la homosexualidad y la prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles.* Entre los varios problemas de la educación en la sexualidad analizados en la *Guía*, examinemos brevemente dos situaciones muy comprometidas para los padres: la homosexualidad y la prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles.

La homosexualidad, que "designa —como se sabe— las relaciones entre hombres y mujeres que experimentan un atractivo sexual, exclusivo o predominante, hacia personas del mismo sexo",¹⁰ suscita dos órdenes de problemas: 1. la prevención, y 2. los comportamientos que hay o no que adoptar, una vez que la orientación es irreversible.

Por lo que se refiere a la prevención primaria, hay que tener presente que los padres y los otros educadores desempeñan un papel importante en la estructuración de la identidad sexual de la infancia y su reafirmación en la adolescencia. Resulta imposible establecer de qué manera puede influir la falta de la figura del padre o la excesiva disparidad del papel educativo, o el modo como el niño "vive" a sus propios padres en la orientación sexual; pero parece comprobado que la génesis de las desorientaciones sexuales es de tipo relacional.

Puede suceder, en cambio, que los padres adviertan en los hijos, en edad infantil o adolescente, o incluso juvenil, la aparición de la tendencia homosexual: en ese caso deben "hacerse ayudar por personas experimentadas y calificadas para aportar toda la ayuda posible" (PCF 104), a fin de localizar las situaciones de desorientación sexual real e intervenir, si es el caso, con terapias adecuadas, buscando eliminar sus causas, más que reprimiendo directamente el fenómeno.

Cuando no sea posible intervenir en el sentido de cuidar o prevenir, se plantea la pregunta sobre "los conceptos de normalidad y anormalidad, de culpa subjetiva y de desorden objetivo" (PCF 104). Hay que aclarar, en ese caso, que mientras no se puede imputar a la responsabilidad subjetiva la tendencia, que —aunque en sí misma desordenada— es independiente de la voluntad de cada cual, es diferente la responsabilidad

subjetiva de tener comportamientos homosexuales, que son intrínsecamente desordenados y contrarios a la ley natural.

“De hecho, en un caso determinado —escribe la Congregación para la Doctrina de la Fe— pueden haber existido en el pasado y pueden subsistir todavía circunstancias tales que reduzcan o incluso quiten la culpabilidad del individuo en concreto; otras circunstancias, por el contrario, pueden aumentarla. Se debe evitar, de todos modos, la presunción infundada y humillante de que el comportamiento de las personas homosexuales está siempre y totalmente sometido a coacción y, por tanto, sin culpa. En realidad, incluso en las personas con tendencia homosexual debe ser reconocida esa libertad fundamental que caracteriza a la persona humana y le confiere una particular dignidad”.¹¹

No se puede, entonces, considerar el comportamiento homosexual como el fruto de un impulso no controlable y no subordinado a la voluntad: así como se educa a quien ha estructurado su propia identidad sexual en sentido masculino o femenino en la autoposesión, el autodomínio o la castidad en la sexualidad, del mismo modo hay que tratar la homosexualidad en los mismos términos de la castidad, de la salud y de la verdad sobre la sexualidad humana.

El camino de la educación en la castidad y en la orientación de la sexualidad en un contexto de conyugalidad estable y fiel es, en cambio, la única respuesta preventiva a la difusión de las enfermedades sexualmente transmitidas y, en especial, del SIDA.

“Por lo que se refiere en particular a la prevención del SIDA hay que promover el valor de una sexualidad ordenada y orientada a la familia, y es necesario rectificar el juicio difundido por las campañas de información basadas en el llamado ‘sexo seguro’ y la difusión de los medios de protección (profiláctico). Un enfoque semejante, en sí mismo contrario a la moral, resulta también falaz y acaba por incrementar la promiscuidad y las relaciones libres con una falsa idea de seguridad. Estudios objetivos y científicamente rigurosos han demostrado el alto porcentaje de fallas de tales medios” (PCF, nota 7).

Hay que evitar, en nombre de una prevención “reductiva” y “deshumanizada” —en cuanto que nace del supuesto de que el hombre no es capaz de autogobernarse—, que se dé a los jóvenes información detallada sobre las relaciones sexuales, incluso antinaturales. Es necesario devolver a la sexualidad, también en el momento en que se manifiesta en

una relación sexual-genital, todo su contenido de humanidad, de donación en la conyugalidad.

Consideraciones finales

Los educadores tienen encomendada una gran tarea, y en particular los padres, porque —como recuerda Juan Pablo II en el n. 98 de la encíclica *Evangelium Vitae*— “mucho dependerá de ellos el que los jóvenes, formados en una auténtica libertad, sepan custodiar interiormente y difundir a su alrededor ideales verdaderos de vida, y que sepan crecer en el respeto y servicio a cada persona, en la familia y en la sociedad”.

Una gran tarea que los padres deben llevar a cabo según la pedagogía del *máximo bien* y no sólo *de evitar el mal* (“...los padres están llamados a osar pedir y proponer más. No pueden contentarse con evitar lo peor, que los hijos no se droguen o no cometan delitos, sino que deberán comprometerse a educarlos en los valores verdaderos de la persona, renovados por las virtudes de la fe, de la esperanza y del amor: la libertad, la responsabilidad, la paternidad y la maternidad, el servicio, el trabajo profesional, la solidaridad, la honestidad, el arte, el deporte, la alegría de saberse hijos de Dios y, por eso, hermanos de todos los seres humanos”: PCF 49) y acudiendo a los grandes recursos que, en cuanto padres, pueden y deben querer poseer: la presencia de un clima afectivo en la familia; el testimonio del equilibrio, de la serenidad, de la aceptación y de la comprensión a nivel de pareja; la acogida generosa de la vida, de toda nueva vida; el tiempo y el diálogo “para” y “con” los hijos; el pudor y la modestia en el hablar, en el actuar y en el vestir.

“Frente a los múltiples desafíos a la castidad cristiana, los dones de la naturaleza y de la gracia dados a los padres persisten siempre como los fundamentos más sólidos sobre los que la Iglesia forma a sus hijos. *Gran parte de la formación en la familia es indirecta*, encarnada en un clima de amabilidad y de ternura, puesto que surge de la presencia y del ejemplo de los padres cuando su amor es puro y generoso. Si se confía en los padres en esta tarea de educación en el amor, se animarán a superar los desafíos y los problemas de nuestro tiempo con la fuerza de su amor” (PCF 149).

Referencias bibliográficas

- ¹ SGRECCIA, E., *Rivoluzione sessuale e valori della sessualità*, en ID. (coord.), *Salute e persona: presupposti bioetici dell'educazione sanitaria*, Bologna: Centro di Iniziativa Culturale, 1991: 71-90; CESARI, G., DI PIETRO, M.L., *L'educazione della sessualità*, Brescia: La Scuola, 1995: 59-91.
- ² Encontramos una confirmación de cuanto venimos diciendo en los datos de una encuesta realizada entre 4,500 italianos que tenía por objeto conocer algunas dimensiones fundamentales de la religiosidad como las creencias, la experiencia de fe en la vida cotidiana, las prácticas de culto entendidas como participación en los ritos o como actos de devoción popular, y la sensación de pertenencia a una Iglesia, en particular a la católica. Por lo que se refiere a la relación entre la fe y la moral, se advierte que una tercera parte del 84 por ciento de los italianos que se declaran católicos consideran que no tienen que adherirse a las enseñanzas de la Iglesia, sobre todo en lo concerniente a la ética, por ejemplo, en el campo de la sexualidad y la familia. Para ser más claros, el 21.5 por ciento de los entrevistados es contrario a cualquier hipótesis abortiva, mientras el 79 por ciento acepta su posibilidad; y la mitad de ese 79 por ciento estaba constituida por personas que se definían a sí mismas como católicas (CESAREO, V., CIPRIANI, R., GARELLI, F., LANZETTI, C., ROVATI, G., *La religiosità in Italia*, Milán: Mondadori, 1995).
- ³ JUAN PABLO II, *Carta Encíclica "Evangelium Vitae"* (25.3.1995), n. 95, Documentos Pontificios 44, México D.F.: Librería Parroquial, 1995.
- ⁴ *Ibid.*, n. 97.
- ⁵ PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *Sexualidad humana: verdad y significado. Orientaciones educativas en la familia* (8.12.95), Ciudad del Vaticano: Librería Editrice Vaticana, 1995. En el texto la *Guía* se indicará con la sigla PCF (*Pontificio Consejo para la Familia*), a la que seguirá el número del apartado citado.
- ⁶ VIOTTO, P., *Per una filosofia dell'educazione secondo Jacques Maritain*, Milán: Vita e Pensiero, 1985: 113.
- ⁷ WOJTYLA, K., *Amore e responsabilità*, Turín: Marietti, 1978: 133.
- ⁸ JUAN PABLO II, *Carta a las Familias* (2.2.94), Ciudad del Vaticano: Librería Editrice Vaticana, 1994.
- ⁹ JUAN PABLO II, *Constitución Pastoral "Familiaris Consortio"* (22.11.1981), n. 37, en *Enchiridion Vaticanum*, 7 (1980-81), Bologna: Dehoniane, 1985: 1388-1403.
- ¹⁰ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración "Persona Humana"* (29.12.1975), n. 8, en *Enchiridion Vaticanum*, 5 (1974-1976), Bologna: Dehoniane, 1982: 1126-1157.
- ¹¹ ID., *Carta a los Obispos de la Iglesia católica sobre el cuidado pastoral de las personas homosexuales* (1.10.1986), n. 11, en *Enchiridion Vaticanum*, 10 (1986-87), Bologna: Dehoniane, 1989: 666-693.

Ética islámica y trasplante de órganos

*Dariusch Atighetchi**

Resumen

No existe una posición unánime entre los juristas musulmanes sobre la licitud de los trasplantes de órganos a la luz de los preceptos de la Ley islámica (la Sharia). Las posiciones oscilan entre dos extremos: por una parte, el deber moral de recurrir a ellos cuando la salvación de la vida humana es el valor más importante para cualquier médico y para todo musulmán; por la otra, la prohibición de los trasplantes (desde un ser vivo, un cadáver o de ambos) en cuanto que violan la integridad del cuerpo humano, como un don divino que hay que respetar.

Actualmente, la gran mayoría de los juristas y de los teólogos islámicos, aun con matices diferentes, autoriza los trasplantes tanto desde un ser vivo como de un cadáver; apoya a las políticas sanitarias de los gobiernos y hace lo posible por convencer a los fieles para que se liberen de los prejuicios que todavía existen sobre el tema.

Por otro lado, se rechaza el comercio de órganos y no hay un acuerdo entre los criterios para la determinación de la muerte cerebral.

* Investigador del Instituto para el Oriente "C. A. Nallino", Roma; colaborador en el Departamento de Medicina y Ciencias Humanas, Hospital San Rafael, Milán.

Premisas jurídicas

Una de las características del Islam es la ausencia de una autoridad jurídico-religiosa suprema, así como de un magisterio, fuera de la autoridad que los musulmanes le reconocen a los preceptos y principios contenidos en las raíces o fuentes de la Ley islámica (*Sharia*). Según la tradición, la *Sharia*, o Ley religiosa de origen divino, fue revelada a los musulmanes para regular todos los actos humanos y estructurada en un sistema por las elaboraciones de los juristas (ulamas, fuqahas y muftíes) en el curso de los primeros siglos.¹ Está constituida por cuatro raíces o fuentes, de las cuales las tres primeras son consideradas de origen divino: *A.* El *Corán*, la palabra directa y literal de Dios (mientras el Nuevo y el Antiguo Testamento serían solamente textos “inspirados” por Dios) revelada al Profeta Mahoma (muerto en 632 d.C.); *B.* la *Sunna*, esto es, la Tradición conteniendo los “dichos” (en árabe “hadith” o relatos) del Profeta, que son unos cientos de miles y fueron recogidos después de su muerte; tienen diverso valor normativo, y en ocasiones resultan contradictorios entre sí. Los *hadith* más autorizados (es decir, los recogidos por Buhari y Muslim) valen como modelos de comportamiento que han de imitar los fieles; *C.* el *Igma* o consenso ininterrumpido y unánime de los juristas sobre cuestiones jurídicas, rituales y religiosas no aclaradas por las primeras fuentes. Ese consenso tiene un valor normativo fundado en un *hadith* que afirma: “Mi comunidad no se pondrá jamás de acuerdo sobre un error”; *D.* el *Qiyas* o razonamiento por analogía, instrumento lógico que permite deducir nuevas reglas de comportamiento para manejar situaciones inéditas a partir de casos análogos localizados en las fuentes sagradas. Aun sin ser una fuente inspirada por Dios, en cuanto que está fundada sobre el razonamiento humano (por lo que a veces es discutido el recurrir a él), el *Qiyas* sigue siendo el instrumento privilegiado para “adaptar” y “actualizar” el derecho islámico “clásico” a las exigencias de la vida moderna.

Puesto que la tradición considera que los principios y las normas fundamentales de la *Sharia* fueron elaborados entre los siglos X y XII d.C. (en forma análoga a las interpretaciones “canónicas” del *Corán* y de la *Sunna*), la tarea de los juristas sucesivos debería limitarse a explicar y aplicar las normas clásicas, además de adaptarlas “técnicamente” a las

nuevas situaciones, sin que por eso tengan autoridad para emanar nuevas normas fuera de las eternas, fijadas por la Ley de Dios (*Sharia*).

En los casos no aclarados por las fuentes sagradas, compete a los fieles interrogar a los doctores de la Ley (muftíes, fuqahas y ulamas), los cuales, interpretando las sagradas fuentes y recurriendo al razonamiento analógico, expresan sólo opiniones jurídicas (*Fatwa*). Estas respuestas personales, más o menos bien enraizadas en las sagradas fuentes, no son jurídicamente obligatorias para los fieles y pueden resultar contradictorias entre los diversos juristas (un mismo jurista puede cambiar de opinión sobre una determinada materia).

Para enfrentar con más competencia los desafíos planteados por la modernidad, los musulmanes recurren, cada vez más, a los juicios expresados por grandes asambleas que reúnen a expertos de varios sectores (por ejemplo, profesionistas, médicos, teólogos, juristas, etcétera), los cuales analizan en forma conjunta cada uno de los problemas y se expresan colectivamente. Semejantes organismos constituyen una novedad en la historia del Islam, el cual, aun careciendo de una jerarquía y de un magisterio, “nunca tuvo concilios o asambleas de doctores para resolver cuestiones jurídicas o teológicas dudosas”. “La intención es, de todos modos, la de obtener un consenso lo más amplio posible sobre las diferentes cuestiones, superando las crónicas divisiones presentes entre los juristas. En realidad, incluso las tomas de posición unánimes por parte de tales asambleas poseen, en esencia, el valor jurídico de opiniones y, en cuanto tales, se pueden modificar en el espacio y en el tiempo por otras asambleas o individualmente por doctores.

Existen diversos tipos de documentos jurídico-sanitarios a los que nos referiremos frecuentemente. Por ejemplo, mencionaremos las *Fatwa* de los muftíes, quienes fungen como autoridades privadas a las cuales se les reconoce un prestigio fundado substancialmente en su ciencia, “adquirida de manera libre y casi sin licencia”.³ Citaremos, además, las opiniones de algunos muftíes oficiales, es decir, aquellos jurisconsultos que nombran los gobiernos (como por ejemplo, el Gran Muftí de la República Árabe de Egipto o de Túnez, etcétera) a fin de tener un interlocutor privilegiado, representativo de la comunidad de los creyentes, que proporcione indicaciones sobre los problemas de derecho religioso. Tal función no añade nada al valor intrínseco de sus *Fatwa* (que siguen siendo simples opiniones) respecto de las de los otros muftíes “privados”.⁴

Mencionaremos, finalmente, las posiciones adoptadas por diversos congresos de juristas y de médicos musulmanes, además de las leyes de algunos Estados en particular, limitándonos a evidenciar la continuidad y la interdependencia existente entre las respectivas tesis orientadas a promover la práctica de los trasplantes de órganos, a pesar de no pocas resistencias.

Principios de la ética médica islámica

Si la impresión general de la ética médica islámica es fuertemente hipocrática, sus principios fundamentales siguen estando anclados en las fuentes de la *Sharia*. Tres principios, en especial, han desempeñado una función de guía en toda la práctica médica, con diversas vicisitudes, en las tierra musulmanas desde los orígenes. El primero lo representa el pasaje *Coránico* 5,32: “Quienquiera que salve la vida de un hombre, será como si hubiera salvado a la humanidad entera”. Los otros dos principios están sacados de la doctrina jurídica islámica, a saber, el principio de necesidad para la salvación de la vida humana, que afirma: “necesidades urgentes permiten incluso lo que está prohibido”,⁵ y el principio del beneficio público (*maslaha*), según el cual el bien de la comunidad es prioritario respecto del individual.

La mejor legitimación de un tratamiento médico consiste en localizar una práctica semejante en el *Corán*, en la *Sunna* o en algún texto de ley. Por consiguiente, las fuentes sagradas son diseccionadas para localizar alguna alusión que justifique una determinada práctica. A falta de cualquier referencia, se recurre al principio de necesidad y al principio del beneficio público para legitimarla.⁶

El trasplante de órganos suscitó inicialmente una notable aversión popular, al ocasionar problemas que se refieren al tiempo después de la muerte y a la resurrección de los cuerpos el Día del Juicio (uno de los pilares de la fe islámica).⁷ Precisamente para proteger al cadáver en espera de la resurrección, la Ley islámica prescribe sepultar al muerto lo antes posible y prohíbe, además de la cremación, cualquier forma de mutilación del cuerpo.⁸ Por consiguiente, tanto la creencia religiosa en la resurrección corporal, como las normas jurídicas del respeto del muerto, hicieron bastante negativo el primer enfrentamiento con el problema del trasplante

de órganos. Hay que pensar, además, que según el derecho islámico, Dios, en cuanto Creador, es el único propietario de todas las cosas, incluidas las riquezas, los bienes terrenales, la familia, la vida, la salud y el cuerpo humano. El hombre ejerce sobre este último sólo una especie de “administración fiduciaria”, es decir, una propiedad condicionada de la que es responsable ante Dios, que nos confía ese cuerpo para realizar bien los preceptos de la *Sharia*.⁹ Todo abuso sobre nuestro cuerpo o el ajeno constituye un pecado y la práctica de los trasplantes puede chocar con esta sensibilidad.

Después de las dudas suscitadas en los juristas por la introducción de los trasplantes en los países musulmanes, se pasó a una gradual aprobación de la intervención,¹⁰ aunque no por eso se ha llegado a alcanzar unanimidad, en cuanto que sigue habiendo una minoría de jurisperitos contrarios a los trasplantes en general, ya sean los procedentes de un cadáver o de una persona viva. Se trata, de todos modos, de un debate complejo sobre el cual inciden profundamente el derecho musulmán y la teología. Aparte de las simplificaciones apologéticas orientadas a exaltar la modernidad del Islam¹¹ —lo que se traduce a veces en una aceptación apriorística de los trasplantes (para no desmerecer ante Occidente) además del consiguiente empobrecimiento del debate en curso entre los “doctos”—, trataremos de seguir el “accidentado” de curso emprendido por los juristas para aprobar la práctica, y poner de relieve algunas de las objeciones y obstáculos que se le contraponen.

Principios éticos favorables a los trasplantes

Los principios útiles son retomados por el derecho islámico y adaptados, a través del razonamiento por analogía (*qiyas*), a las situaciones concernientes a los trasplantes. Entre los criterios y los principios más recurrentes, estrechamente vinculados entre sí, señalamos:

A. El del *Corán* (5, 32) “quienquiera que salve la vida de un hombre, será como si hubiera salvado a la humanidad entera” se vincula perfectamente, a fin de justificar los trasplantes, con dos *hadith* de Mahoma que declaran: “Los fieles, unidos por el amor recíproco y por la recíproca compasión, son como un solo cuerpo... Si una parte del cuerpo es afectada por una enfermedad, todas las demás partes del cuerpo se movilizarán

para acudir en su auxilio”, y “Los fieles son como los ladrillos de una misma casa... se apoyan mutuamente”.¹² Siempre que se pretende demostrar la orientación humanitaria de los textos sagrados, de la *Sharia* y, obviamente, de la ética médica islámica, es oportuno partir de los fragmentos citados.

B. Un *hadith* del Profeta recogido por Buhari afirma: “No existe enfermedad que Dios haya creado, a la cual Él no le haya creado también su curación”. Este “dicho” es interpretado como una invitación explícita a los médicos para descubrir los remedios y emplear las técnicas necesarias para derrotar las diversas patologías; y entre estos procedimientos terapéuticos entrarían los trasplantes.¹³

C. El criterio de la “buena intención”, según el cual toda acción benéfica practicada con ese fin es lícita si no contradice algún principio islámico fundamental, como se pone de manifiesto en el siguiente *hadith*: “Dios ha creado un remedio para cada enfermedad. Buscad el remedio, pero no uséis métodos prohibidos”.¹⁴ A pesar de ello, para los juristas favorables a los trasplantes, la exigencia de salvar la vida humana sigue siendo superior a la prohibición de lesionar la integridad de un cadáver (véase el punto E).

D. El principio del “mal menor” con base en el cual un daño menor (en árabe, *darar akhaff*) en un cadáver (violar a un muerto) es tolerado para prevenir un daño mayor en una persona viva que moriría sin el trasplante.¹⁵ Los juristas musulmanes acuden recurrentemente a este principio incluso cuando, debiendo elegir entre salvar al feto o a la madre, optan por la salvación de la vida materna, en cuanto que es una forma de vida ya desarrollada y fuente de vida.

E. El principio del derecho islámico que afirma: “La necesidad hace excepción a la regla y hace lícito lo que de otro modo estaría prohibido”¹⁶ permite superar cualquier obstáculo jurídico para salvar una vida humana. Se deriva de ello, por ejemplo, que la salvación de los vivos (*Corán* 5,32) tiene precedencia sobre las normas aptas para garantizar la integridad del cadáver. El *hadith* del Profeta más citado por los críticos de los trasplantes sostiene que quebrantar los huesos de un muerto equivale a romper los de una persona viva; en realidad, a la luz del principio de necesidad, tal *hadith* pretendería subrayar que ningún daño injustificado debe ser inferido a un difunto, mientras que determinados tratamientos

“necesarios” no estarían ya entre los prohibidos.¹⁷ En cualquier caso, el Islam enseña que el cadáver debe ser respetado siempre.

F. Puesto que “el cuidado de cada enfermo en particular es una responsabilidad colectiva de la sociedad”, la donación de órganos es una obligación social (en árabe, *fard kifaja*) que el donador satisface por cuenta de la sociedad. Omar, el segundo califa, además de compañero de Mahoma, sentenció que si un hombre muere de hambre sin que la sociedad lo ayude, esta última debe pagar la compensación pecuniaria (*diyya*) como castigo por su culpa. Por analogía, la sociedad puede ser interpretada como un cuerpo colectivo que debe encontrar los órganos para sus miembros enfermos: si alguien muere mientras espera el órgano, la sociedad entera es de alguna manera responsable de ello.¹⁸

Algunos elementos característicos en el debate sobre los trasplantes

En la península Arábiga, hasta los tiempos del Enviado de Dios (Mahoma), era costumbre difundida el descuartizar (en señal de desprecio) los cuerpos de los enemigos muertos en el curso de los conflictos tribales. El Islam prohibió todo acto de violencia, mutilación o irreverencia en los cadáveres.

Un ejemplo en tal sentido lo proporcionan las palabras de Abd a-Latif al-Baghdadi (1162/3-1231/2 d.C.), según el cual los médicos musulmanes practicaban la disección de los cadáveres para enseñar anatomía como útil para la comunidad.¹⁹ De todos modos, el desconocimiento de la información científica adquirida gracias a la disección había fomentado el que se la asemejara erróneamente con la mutilación. En los últimos decenios, los muftíes de la República Árabe de Egipto, análogamente con cuanto ha sucedido en otros países musulmanes, se han pronunciado con frecuencia a favor de la disección del cuerpo de una persona fallecida, cuyos parientes sean desconocidos, con fines legales, científicos o para trasplantes; cuando los parientes sean localizados, es bueno solicitar su aprobación previa.²⁰ Para algunos doctos, como el saudí Al Qattan, la práctica se convierte en deber si satisface el interés público y se lleva a cabo respetando los criterios legales.

La lógica del derecho musulmán no coincide con la de la ética médica, para la cual las interrogantes y las objeciones suscitadas por juristas y teólogos ante una nueva práctica terapéutica o diagnóstica pueden exceder de la competencia y los criterios clínicos de los médicos. Un ejemplo lo proporciona ese jurista que se preguntaba qué sucedería al órgano si el donador fuera condenado al infierno, mientras el receptor fuera destinado al paraíso.²¹ Otros, a partir de la consideración de que la muerte es un evento que contamina, se han preguntado si el órgano extirpado de una persona viva se vuelve impuro al separarse del cuerpo. A este propósito las respuestas de las escuelas jurídicas canónicas del Islam suní (los suníes constituyen el 90 por ciento de los fieles musulmanes) parecen estar casi de acuerdo en considerar como puro al órgano humano proveniente tanto de un cadáver como de un ser vivo.²²

La *Sharia* (Ley de Dios) distingue a la humanidad en dos categorías, los fieles y los infieles. La primera comprende a los creyentes musulmanes cuya superioridad resulta sancionada por el *Corán* (3,110) cuando reza: "Vosotros sois la mejor nación suscitada entre los hombres".²³ Los infieles se distinguen, en cambio, en Gente del Libro e idólatras. Los primeros son los que creen en una escritura revelada (hebreos, cristianos y zoroastrianos) a los cuales se les reconoce, en tierra del Islam, un estatuto jurídico particular (en cuanto "protegidos" o *dhimmi*) parcialmente discriminatorio respecto de los musulmanes; los segundos son los idólatras y los politeístas, con los cuales debería existir sólo una relación de naturaleza bélica destinada a su conversión o a su muerte.²⁴ El distinguir a la humanidad en dos categorías se traduce incluso en la división sharaítica del mundo en dos partes: territorio islámico (*Dar al-Islam*) y territorio de guerra (*Dar al-Harb*) destinado a ser convertido.

De esta diferenciación jurídica de la humanidad en fieles e infieles se puede derivar la cuestión de si existen donadores de órganos preferibles para un enfermo musulmán. En efecto, mientras para un médico el criterio de elección de los órganos es predominantemente clínico, para un jurista se pueden imponer también otras valoraciones. No por casualidad, el jeque sirio Yaqubi considera que los donadores deberían pertenecer, ante todo, a los "*harbis*", es decir, a los miembros del partido enemigo en cuanto que su sangre es violable, o aquellos que merecen la muerte por graves crímenes como el homicidio, o los juzgados por el grave delito de apostasía.²⁵ A juicio de Sayyid Tantawi, Gran Muftí de

la República Árabe de Egipto (1990), es lícito obtener órganos de los cadáveres de los condenados a muerte. Tanto Yaqubi como Tantawi insinúan que la donación es perjudicial para el difunto, por lo que se habría de buscar entre aquellos que son peligrosos para el Islam, o que están condenados a muerte por la Ley islámica, puesto que es menos problemático utilizar sus cuerpos.²⁶ Sólo después de estos grupos de “rechazados” se debería recurrir a otras categorías (Yaqubi).²⁷

Un rastro del enfoque compartido por Yaqubi puede localizarse en la ley de 1972 sobre los trasplantes de órganos de la República Árabe de Siria cuando, entre las condiciones que permiten la extirpación en un cadáver, encontramos que la operación es lícita si la muerte es el resultado de la pena capital.²⁸ Finalmente, una *Fatwa* de la Universidad de Al-Azhar que data de principios de los años setenta, sostenía que el trasplante de córnea de musulmán o infiel estaba permitido si el órgano era cedido a un musulmán, pero estaba prohibido si se extraía de un fiel para donarlo a un infiel.²⁹ Entre los criterios sobrentendidos en este último pasaje está el de la sacralidad de la vida de un musulmán y, por consiguiente, habría que prolongarla en las mejores condiciones posibles.

Semejantes “diferenciaciones” entre órganos de pacientes musulmanes y órganos de infieles corren el riesgo de discriminar a algunos enfermos y se pueden interpretar como el efecto de una aplicación literal de determinados principios de la *Sharia* al tema de la donación de órganos. A este propósito, es interesante el testimonio del jeque saudí Al Qattan, quien, al examinar la relación entre derecho islámico y trasplantes, ignora la existencia misma de alguien que sea ante todo un enfermo independientemente de la fe religiosa, e invita a los musulmanes a donar órganos para reforzar a la nación islámica. Y afirma más concretamente: “La Ley islámica exhorta a los miembros de la nación islámica a cooperar y reforzar sus propios vínculos a través del amor y la caridad, de manera que puedan ser semejantes a un único cuerpo. La donación de un órgano del cuerpo para salvar la vida de un hermano tuyo sin perjudicarte representa la culminación de la unidad de la nación y un buen ejemplo de cooperación entre sus miembros”.³⁰ Aun cuando el altruismo es uno de los puntos centrales de la ética médica islámica, parece tener como punto de referencia preferentemente a los musulmanes.³¹ En otras palabras, el jeque saudí no supera la frontera constituida por la comunidad islámica.

Llegados a este punto, hay que advertir que una “cerrazón” semejante parece ser minoritaria como ha manifestado, también en Arabia Saudita, M. A. Albar, según el cual “la donación de órganos es un acto de caridad, benevolencia, altruismo y amor para con el género humano”.³² Suscita consensos, de todos modos, la condición adelantada por algunos juristas, los cuales aceptan el trasplante de un musulmán a un no musulmán, aunque si éste decide hacerse cremar después del deceso, se deberá primero reextirpar el órgano del musulmán y enterrarlo por separado para respetar la prohibición *shariática* de la cremación.³³ Aún más atención reclama la orientación de quien desea que se recurra a órganos de no musulmanes sólo en caso de necesidad, es decir, cuando no se disponga de los de musulmanes.

Como premisa general a los problemas vinculados con la práctica de los trasplantes, hay que observar que, en los últimos decenios, las autoridades civiles y médicas han adoptado un papel de guía en la elaboración de los criterios y de las normas morales utilizadas en el ámbito sanitario y sus orientaciones parecen más occidentalizadas³⁴ que las de los juristas. Sólo más tarde, cuando son interpelados, los doctores de la Ley expresan sus propias opiniones jurídicas, las cuales los Estados (los únicos autorizados para legislar) no están obligados a respetar. En los últimos tiempos, con la radicalización de la lucha política y religiosa, en muchos estados musulmanes se asiste a una campaña de reislamización de la medicina y de sus normas éticas.

Trasplante desde una persona viva

Evaluemos las principales condiciones visualizadas por los juristas para efectuar un trasplante desde una persona viva. Estas condiciones cobran un relieve particular en cuanto que la gran mayoría de los trasplantes realizados en Medio Oriente y en el norte de África se producen de donadores consanguíneos vivos, bien porque se trata de intervenciones menos complejas que los trasplantes de cadáver, o por la gran dificultad para encontrar órganos.

Ante todo la cesión de un órgano doble (la de un órgano único es equiparada al suicidio y está, por tanto, prohibida) debe ser el resultado de una donación, o mejor, para usar las palabras de la primera Conferencia

Internacional sobre la Medicina Islámica, la donación “jamás deberá hacerse por constricción, influencias familiares, presiones sociales o de otro tipo, o para resolver una dificultad financiera”; además “la donación debe ser siempre voluntaria, debe ser una libre opción... porque quien obliga a una persona a donar uno de sus órganos es culpable de la violación de dos derechos fundamentales de la ley islámica: el derecho de libertad y el derecho de propiedad”.³⁵ Sobre estos criterios está vigente un acuerdo sustancial entre los jurisperitos.

Estos son, generalmente, favorables a la donación de un órgano doble procedente de una persona viva si la supervivencia de esta última está garantizada y el objetivo es humanitario; esto corresponde a un acto de caridad al máximo nivel y a un sacrificio por una causa digna.³⁶ Esta donación no debe conducir “intencionalmente” a la muerte o al menoscabo del donador, aunque se lleve a cabo para salvar la vida del prójimo, en cuanto que la *Sharia* lo prohíbe por el respeto debido al cuerpo que Dios nos dio.³⁷ El trasplante de un riñón o de otro órgano doble de un individuo sano a otro enfermo será lícito cuando este último no tenga otra alternativa de curación y no se disponga de una terapia más sencilla (según el Muftí indio Suhail Ahmed Qasmi).³⁸ El Gran Muftí de Egipto Tantawi, en una *Fatwa* de 1992, califica al trasplante entre vivos como un sacrificio en favor del prójimo apreciado por Dios, siempre y cuando el médico especialista atestigüe que el trasplante puede perjudicar sólo parcialmente al donador, mientras que produce un gran beneficio al receptor.³⁹ F. Ben Hamida, experto de origen tunecino, puntualiza que los trasplantes de una persona viva se podrían realizar según el Islam sólo con órganos capaces de regenerarse, esto es, riñones, médula ósea e hígado (parcialmente).⁴⁰ En síntesis, la condición fundamental para efectuar un trasplante desde una persona viva es la que expone la Declaración de Kuwait, según la cual “la donación sólo se podrá hacer si el donador no corre peligro alguno para su vida”, mientras el daño sufrido es mínimo o insignificante.⁴¹ En la misma longitud de onda se pronunciaba el Segundo Congreso Internacional de la Sociedad de Trasplantes de Organos de Medio Oriente, llevado a cabo en Kuwait en 1990, cuando animaba a la donación de órganos procedentes tanto de una persona viva como de un cadáver calificándola como una buena acción (*hassana*) y un acto de caridad (*sadaka*) para con el prójimo.⁴² Quien no

tenga parientes puede obtener el órgano mediante una donación voluntaria, no remunerada, de una persona viva no consanguínea.⁴³

Como es "fisiológico" en un contexto jurídico-religioso caracterizado por la ausencia de una autoridad central, también sobre los trasplantes de una persona viva se oyen voces discordantes; por ejemplo, la de Mokhtar Sellami, Gran Muftí de la República Árabe de Túnez, quien lamenta que el trasplante de un órgano doble (por ejemplo, córnea, riñón) de una persona viva implica un cierto grado de invalidez y un daño a la integridad física del donador. Por esto, no se deberían ceder partes del propio organismo en cuanto que "el ser humano no es el propietario ni de una parte ni del cuerpo entero".⁴⁴ En cualquier caso, prosigue el muftí tunecino, si el trasplante se lleva a cabo, los órganos deben ser exclusivamente donados y no comercializados.

También el muftí egipcio Al-Sharawi se declara contrario a los trasplantes de una persona viva, porque la existencia de un musulmán es sagrada y hay que protegerla y hacer que dure en las mejores condiciones.⁴⁵ Para Abd Al-Salam Al-Sukkari, los órganos dobles responden a un proyecto del Creador, por lo que su número no debe ser modificado ni siquiera con la finalidad de una donación benéfica para el prójimo.⁴⁶

Dejando a un lado las polémicas más o menos equilibradas acerca del efectivo respeto de los principios del Islam por parte de los modernos Estados y gobiernos Árabe-islámicos, con frecuencia hay que acreditar a estos últimos una notable capacidad de conciliación entre las orientaciones dadas por los juristas y las exigencias de la ciencia médica moderna. Un caso significativo es el de Siria, cuya legislación de 1972, a propósito de las condiciones que hay que respetar en un trasplante desde una persona viva, además de ser coherente con las posiciones expresadas por los juristas favorables a los trasplantes, anticipa varias de las disposiciones aceptadas en los años sucesivos por otros Estados musulmanes y por los mismos jurisperitos. Entre las normas de la ley⁴⁷ encontramos que el órgano extirpado no debe ser vital, incluso cuando el donador dé su consentimiento; que se ha de llamar a tres médicos especialistas para que decidan si la extirpación de un órgano de un donador vivo comporta algún riesgo; que el donador debe dar un permiso escrito, explícito y libre, además de estar en plena posesión de sus facultades mentales; que se podrá extirpar el órgano de un menor de edad sólo cuando el donador y el receptor sean hermanos gemelos, requi-

riéndose también el consentimiento de los padres o del tutor; que no se pueden extirpar órganos con fines comerciales y, como última condición, que el donador tiene derecho a los cuidados por parte de un hospital del Estado que debe correr también con los gastos de la operación.

Parecen semejantes en todo, también, las normas presentes en la ley del 2 de marzo de 1991 de la República Árabe de Túnez sobre la extirpación y trasplante de órganos humanos. La ley prohíbe la donación de órganos vitales de una persona viva, así como cualquier compensación monetaria para un trasplante, sea éste procedente de persona viva o de cadáver. En cuanto al trasplante de una persona viva, se dispone que se puede extirpar un órgano si el donador es mayor de edad, está en posesión de sus facultades mentales y legales, y ha consentido expresamente al trasplante.⁴⁸ El donador, además, puede retirar en cualquier momento su autorización para la extirpación. En caso de que su consentimiento no cambie, debe ser informado por escrito, por parte del personal sanitario, de todas las consecuencias de su gesto. Esa información debe abarcar: *a.* las consecuencias previsibles físicas y psicológicas, incluidas aquellas sobre el ambiente personal del donador; *b.* la evaluación de los efectos acarreados al receptor.⁴⁹

No existen objeciones especiales a la extirpación de alguna parte del cuerpo (por ejemplo, partes de una vena de la pierna, porciones de tejidos, etcétera) para implantar en otra parte de la misma persona, práctica generalmente aceptada por los juristas cuando el beneficio es superior al daño.

Trasplante desde un cadáver

Es un error común, cultivado en décadas pasadas por la opinión pública musulmana, el pensar que el trasplante de órganos de un difunto estaría prohibida por la *Sharia*, por ser contrario a sus principios.⁵⁰ Se ha revelado hoy como muy constructiva la aportación de las autoridades religiosas en su intento por hacer desaparecer esta convicción errónea,⁵¹ aunque ello haya valido solamente para reducir, mas no eliminar, la desconfianza popular.⁵²

Donde se ha registrado mayor resistencia a la aceptación de los trasplantes en general, respecto de otros países musulmanes, ha sido en los

países del subcontinente indio (Pakistán, Bangladesh y entre la comunidad islámica en India).⁵³ Esta posición se debe, sobre todo, a dos razones: *a.* por la fuerza con que se subraya la ilicitud de cualquier lesión en el cuerpo humano y en los cadáveres;⁵⁴ y *b.* por temor a la facilidad con que se asocian los trasplantes con el comercio de órganos (el giro de negocios de este tráfico en el subcontinente indio supera los 20 millones de dólares al año).

Resulta instructiva la experiencia vivida en dos países muy diferentes entre sí como son Pakistán y Singapur, sobre las dificultades que los juristas ponen a la nueva práctica. En 1967 Fazlur Rahman, a la sazón director del *Islamic Research Institute* en Pakistán, interpelado sobre la licitud de los trasplantes de ojos de cadáver, se expresaba favorablemente, basándose en el principio que valora la protección del ser vivo como prioritaria respecto de la del difunto. Tal opinión fue objetada por las principales autoridades jurídico-religiosas,⁵⁵ posición que, no obstante sólo retrasó, pero no impidió, que el personal sanitario pusiera en marcha los primeros trasplantes en el país.

Por lo que se refiere a Singapur (Estado con mayoría no musulmana), en 1972 el Comité local de las *Fatwa* (autoridad que decide sobre las cuestiones religiosas de la comunidad islámica), presidido por el muftí Syed Isa Semait, declaraba que el Islam no podía aceptar el trasplante de riñón. Sin embargo, quince años después (1987), ese mismo Comité de las *Fatwa*, que seguía estando presidido por el mismo muftí, influido por los positivos resultados terapéuticos obtenidos de los trasplantes (gracias también a la introducción de la ciclosporina para combatir el rechazo), afirmaba que el trasplante de riñón era lícito para el Islam en caso de emergencia, pero sólo si el donador lo hubiera aceptado en vida firmando una declaración de donación a propósito, análogamente a lo que acaece en Arabia Saudita en circunstancias similares (en ambos Estados no es válida la presunción de consentimiento por parte de un difunto).⁵⁶

En realidad, las opiniones favorables a los trasplantes de cadáver se remontan ya a 1959, cuando el jeque Hassan Maamoon, Gran Muftí de Egipto, aceptó el trasplante de córnea de un cadáver no identificado o de una persona que lo hubiera consentido en vida; el jeque egipcio Hureidi, con una *Fatwa* de 1966, extendió esa aprobación a otros órganos y son cada vez más numerosas las respuestas que se han venido dando en ese sentido con el paso de los años.⁵⁷

Actualmente la mayoría de los “doctos” musulmanes se muestra favorable a la extirpación de cadáver, con la condición de que el difunto, cuando estaba aún con vida, haya demostrado su consentimiento si se produjera una eventualidad semejante o que, como alternativa, sus parientes consientan en ello.⁵⁸ De forma análoga se pronunciaba, por ejemplo, la Conferencia Internacional Islámica celebrada en Malasia en 1969.⁵⁹ La presunción de consentimiento parece provocar una gran desconfianza en el mundo islámico. Efectivamente, una extirpación *post-mortem* que sea consecuencia automática de un silencio-asentimiento en vida, disminuiría el respeto reconocido al cadáver y la gravedad del acto de la extirpación. Esta es la razón por la que generalmente se requiere que se exprese en vida la voluntad de donar los propios órganos (por ejemplo, en Arabia Saudita).

Los principios a los que hacen referencia los defensores son, sobre todo, el *Corán* 5,32 y el principio de necesidad para la salvación de la vida humana, entendido como criterio operativo superior a cualquier otro⁶⁰ (en este caso, prioritario respecto de la protección del cadáver); aún así, permanece la obligación de respetar el cuerpo de un muerto como si se tratara de una persona viva. El muftí egipcio Al-Sharawi, tradicionalmente contrario a cualquier tipo de trasplante (en cuanto que: 1. el cuerpo es propiedad de Dios; 2. la extirpación de persona viva perjudica siempre al donador; 3. la extirpación de cadáver equivale a la mutilación), en 1989 se declaró favorable, a la extirpación de cadáver como una solución extrema, análoga al permiso de la *Sharia* de nutrirse de un cadáver para sobrevivir.⁶¹ Su compatriota Mohamed Abu Shadi sostiene que, puesto que los musulmanes deberían sacrificar la vida en la “guerra santa” (*Jihad*) por el bien colectivo, en forma análoga la donación de órganos de difuntos por el bien de la comunidad representa un acto noble.⁶² El jeque sirio Mustafá Zarqa en la obra “*La extirpación de órganos de un difunto en interés de una persona viva*” refiere que, a la luz de los principios de la *Sharia*, la utilización de órganos provenientes de difuntos para la salvación de los vivos es siempre lícita. Y para valorar su propia opinión retoma las palabras del ex Gran Muftí de Siria Ibn Abidin, según el cual “el principio de imperiosa necesidad en la *Sharia* convalida cualquier tipo de trasplante de órganos”.⁶³

Por lo que se refiere a la posibilidad de utilizar los órganos de un difunto, no todos están dispuestos a seguir la voluntad de los parientes de

éste. Tal es el caso del Gran Muftí egipcio Tantawi, según el cual los médicos, como únicos competentes en la materia, pueden decidir extirpar el órgano de un muerto, independientemente del consentimiento de los familiares.⁶⁴ De la misma manera, la legislación argelina (31 de julio de 1990) prescribe, en los casos urgentes, la posibilidad de recurrir a los riñones de un cadáver sin consultar a los parientes.

Uno de los compromisos éticos fundamentales de los médicos en los trasplantes consiste en extirpar el órgano de individuos cuya muerte haya sido comprobada con toda seguridad, mientras que, al mismo tiempo, debe mantenerse la oxigenación sanguínea de órganos como el corazón, los riñones, el hígado, los pulmones, el páncreas, con la finalidad de que sean utilizables por el receptor. En la óptica del derecho islámico, si los órganos son extirpados antes de que la muerte haya sido verificada en forma definitiva, tal acto entraría entre las acciones “*qatl*” (homicidio) o “*idha*” (lesiones) y, en cuanto tales, condenables.⁶⁵

Los tradicionales criterios shariáticos para diagnosticar la muerte coincidían con la detención de la función cardíaca y respiratoria. Inicialmente los juristas optaban por estos criterios, juzgando reprochable el considerar muerto a un individuo que manifestase señales de vida, incluso si fueran inducidas por reanimación, como el latido cardíaco, el metabolismo, las excreciones, el crecimiento del cabello, etcétera. Hoy día, en aquellas situaciones clínicas que pueden dar lugar a trasplantes de órganos, los juristas coinciden en substituir los criterios tradicionales por aquellos otros vinculados con la muerte cerebral. Se ha tratado de una adquisición gradual acompañada de un vivo debate, aunque limitado solamente a los expertos. Por ejemplo, en 1981, la Conferencia Internacional sobre la Medicina Islámica se pronunciaba de modo muy cauto sobre los criterios de determinación de la muerte, limitándose a afirmar que el médico debe asumir la responsabilidad de atestiguar y declarar muerta a una persona: “debe estar perfectamente cierto de su declaración y debe firmarla sólo cuando esté plenamente convencido y seguro de lo que afirma. En caso de duda, aunque sea leve, el médico deberá solicitar el consejo de un colega, o recurrir al uso de los modernos aparatos científicos”.⁶⁶ En otras palabras, aun abriéndose a las nuevas tecnologías y conocimientos, la Conferencia no se pronunciaba abiertamente sobre el problema de la muerte cerebral. Este tema fue discutido por primera vez en la Segunda Conferencia Internacional de los juristas musulmanes,

que formaba parte de la Organización para la Conferencia Islámica (OIC) en Jeddah (Arabia Saudita), en 1985, pero no se tomó decisión alguna en espera de ulterior profundización. Esta ocasión llegó en el curso de la Tercera Conferencia Internacional de los juristas musulmanes efectuada en Ammán (Jordania) en 1986, plasmándose en la resolución n. 5 que fue aprobada por mayoría y que declara: “Una persona es considerada legalmente muerta, por lo que se pueden aplicar todos los principios de la *Sharia*, cuando se ha verificado uno de los siguientes signos: 1. completa detención cardíaca y de la respiración, atestiguando los médicos que tal estado es irreversible; 2. completa detención de todas las funciones vitales del cerebro, decidiendo los médicos que ese estado es irreversible mientras el cerebro ha comenzado a degenerarse”.⁶⁷ Por consiguiente, se equiparan la muerte cerebral, cardíaca y respiratoria, incluso si, en los trasplantes, se refiere a la primera. A pesar de las apariencias, este paso no fue fácil, como lo demuestra el rechazo del criterio de muerte cerebral por parte de los juristas de la Liga Islámica, reunidos en La Meca a finales de 1987; un rechazo que, de todos modos, no ha prejuzgado el aún lento desarrollo de los trasplantes de cadáver en la región.⁶⁸

En la actualidad, la muerte cerebral se define, generalmente, con el mismo rigor que en los países occidentales, es decir, verificando la muerte de la neocorteza y del tronco cerebral a través de cinco signos: ausencia total de conciencia; midriasis bilateral fija; ausencia de reflejos e inmovilidad de los globos oculares; ausencia de respiración espontánea; ausencia de reflejos dependientes del tronco y electroencefalograma plano al cabo de seis horas.⁶⁹ Otros profesionistas, como los miembros de la Organización Islámica para las Ciencias Médicas (IOMS) reunidos en Kuwait en 1985, consideran que la muerte corresponde a la falta de vida por parte del cerebro responsable de las funciones vitales, esto es, del tronco cerebral⁷⁰ (este punto fue de ulterior discusión entre los expertos musulmanes).

Análogamente a las reglas desarrolladas en Occidente, la muerte debe ser reconocida por dos o tres especialistas, incluido un neurólogo, y queda totalmente excluido el médico que va a efectuar el trasplante.⁷¹ Esta última disposición es reiterada (con alguna variación) en numerosos documentos científicos y en las legislaciones estatales. La antigua ley siria de 1972, por ejemplo, exigía que la muerte del donador fuera

atestiguada por tres médicos según los criterios fijados por el Ministerio de la Salud y se limitaba a afirmar que estos médicos “pueden” ser diferentes de los que practiquen el trasplante. La ley argelina del 31 de julio de 1990, más moderna, requiere que la muerte del donador sea comprobada según los criterios establecidos por el Ministerio de la Salud, y que el médico que certifica el deceso no pueda participar en el trasplante; del mismo modo, la ley tunecina del 25 de marzo de 1991 dispone que los criterios de muerte (en particular los cerebrales) sean determinados por el Ministerio, así como que la muerte deba ser comprobada por dos médicos de hospital, los cuales no podrán tomar parte en el trasplante.

No parece existir aún un juicio prevaleciente sobre la extirpación de órganos de un feto muerto. Según Ben Hamida, esta intervención (por ejemplo, de médula ósea) es lícita sólo si da lugar a resultados terapéuticos positivos en el receptor. En cambio, es Mokhtar Sellami, Gran Muftí de Túnez, dio un parecer más crítico, según el cual el recurrir a fetos fomentaría un mercado de embarazos y abortos con menoscabo de la protección de los fetos mismos.⁷² En una reunión organizada por la IOMS en Kuwait, en 1989, se aprobaron algunas recomendaciones dirigidas al personal sanitario sobre tres situaciones límite aunque actualmente tengan ya poca relevancia clínica: *A.* trasplante de células y tejido nervioso; *B.* extirpación de feto anencefálico; *C.* trasplante de glándulas sexuales.

A. Con el propósito de curar algunas patologías, el primer tipo de intervención es lícito si las células provienen de la médula, de las glándulas suprarrenales o de fetos de animales (xenotrasplante) o de fetos humanos muertos que han sido abortados espontáneamente; pero no es lícito sacrificar a un feto vivo con esta finalidad. Se puede utilizar al feto proveniente de un aborto terapéutico;⁷³ *B.* Un feto anencefálico vivo no puede ser utilizado para trasplantes, pero esto puede ser lícito una vez que se haya comprobado la muerte del tronco cerebral;⁷⁴ *C.* Es ilegal trasplantar en otra persona testículos u ovarios en cuanto que la prole que puede descender de ella sería el fruto de gametos provenientes de un individuo ajeno a la pareja,⁷⁵ acto equiparable al adulterio y, por tanto, severamente castigado por la *Sharia*.⁷⁶ Algunos Estados como Túnez prohíben explícitamente el trasplante de órganos reproductivos. De ma-

nera similar se pronunció al año siguiente (1990), sobre los mismos temas, la Sexta Conferencia Internacional de los Juristas Islámicos (OIC) reunidos en Jeddah (Arabia Saudita).⁷⁷

Los opositores a los trasplantes de cadáver tratan de apelar a la palabra de Dios (*Corán*) y a la de Mahoma (Sunna). El texto más citado es un *hadith* de Ibn Majah en el cual Mahoma equipara el romper los huesos de un muerto como un acto de gravedad equivalente al de romper los huesos de una persona viva. Se replica que tal prohibición no vale cuando la violación de un cadáver tiene por finalidad salvar una vida humana mientras el resto del cuerpo es sepultado correctamente.⁷⁸ De todos modos, este *hadith* logró el objetivo de sensibilizar a los musulmanes en el respeto por los cadáveres.

El comercio de órganos

La tasa de insuficiencia renal entre los habitantes del Medio Oriente es muy elevada. Los trasplantes fueron introducidos en esta región a principios de los años setenta, y últimamente se ha verificado un fuerte crecimiento en el número de trasplantes —más de 8,000— realizados en los cerca de 40 centros existentes en Medio Oriente y el norte de África.⁷⁹

Ya en el bienio 1988-1989 se contaban, sólo en Medio Oriente, 14,000 casos de insuficiencia renal en estadio terminal incurable mediante diálisis por los escasos resultados y los costos prohibitivos.⁸⁰ La creciente confiabilidad de los trasplantes, asociada a la demanda cada vez mayor de órganos, se enfrenta a la poca disponibilidad de los mismos (por las razones técnicas y culturales citadas). Todo esto se ha traducido en un incremento del comercio de órganos (en particular de riñones) con elevadas ganancias para los intermediarios, los hospitales privados y médicos sin escrúpulos.⁸¹ Por ejemplo, los ciudadanos ricos de la península Arábiga, necesitados de un órgano, fácilmente pueden dirigirse a India, donde, para evitar las dificultades previstas en los trasplantes de cadáver, se centran en donadores vivos consanguíneos o, en su defecto (lo que ocurre en la mayoría de los casos), en los trasplantes comerciales de personas vivas no consanguíneas.⁸² Se calcula que India, Egipto, Irak y Filipinas representan los países más involucrados en el comercio de órganos. En India,⁸³ en el período de 1990 a 1992, se habrían vendido

más de 2,000 riñones cada año para los enfermos pudientes, esto es, con capacidad para pagar un órgano, procedentes principalmente del Medio Oriente. Más de 960 pacientes del golfo Árabe han adquirido riñones en diversos Estados.⁸⁴

La mayoría de los que venden un órgano propio por dinero pertenecen a clases sociales en las cuales la salud y las posibilidades de nutrición resultan ya condicionadas por la pobreza, que actúa como una forma de coerción económica sobre un hombre incapaz de rechazar la oferta de un ingreso fácil a cambio de uno de sus riñones.⁸⁵ Con frecuencia, a los donadores no se les entrega la cantidad pactada; los cuidados son limitados y sumarios para disminuir los costos de la operación y aumentar la ganancia de los hospitales y médicos implicados, todo esto con menoscabo de la salud del donador.⁸⁶ Igual de dramática parece ser la situación del receptor-comprador, obligado a esta opción por la imposibilidad de encontrar un órgano de cualquier otro modo. Sin libertad para elegir, con frecuencia se le pide que lleve consigo incluso los medicamentos (por ejemplo, ciclosporina); es hospitalizado por muy poco tiempo y puede ser dado de alta con las heridas aún abiertas o durante una crisis de rechazo.⁸⁷ Muchos hospitales no efectúan ni siquiera las pruebas necesarias sobre órganos y donadores para prevenir la transmisión de enfermedades, lo cual contribuye a determinar un bajo índice de supervivencia y una alta tasa de infectados por el virus del HIV.⁸⁸

La condena y la prohibición del comercio de órganos parece unánime por parte de los doctores de la Ley islámica,⁸⁹ quienes parten del concepto del cuerpo humano como don y creación divina que hay que respetar; y, puesto que sólo se puede vender lo que se posee (y el cuerpo no entra en esto), se sigue que los órganos no deben serlo. En este sentido se han expresado todos los juristas y los organismos islámicos hasta ahora citados.

Parece controvertida, en cambio, la posibilidad de recompensar con un regalo (no monetario) al donador del órgano, un don cuyo valor no debe igualar al del órgano mismo; esta es la opinión expresada por el jeque sirio Yaqubi.⁹⁰

De manera bastante pragmática, la mayoría de los expertos musulmanes que acudieron, en 1987, a la reunión organizada en Kuwait por la IOMS, hizo una distinción entre el comercio, que está generalmente prohibido, y el comercio efectuado en caso de extrema necesidad, cuando no existen

otros caminos para procurar un órgano; esta adquisición se vuelve lícita sólo para salvar una vida humana. Sin embargo, para evitar abusos con los más débiles y necesitados se requiere una supervisión por parte de los organismos estatales.⁹¹

Las legislaciones emanadas de los Estados concuerdan sobre la condena de cualquier transacción comercial, y en particular, en reglamentar la práctica de los trasplantes.

Es interesante mencionar la situación vivida por algunos pacientes de diversos países como consecuencia de la compra de órganos necesarios para ellos. Desde 1986 a 1990, 72 pacientes kuwaitíes compraron riñones en Irak, India y Egipto y, de regreso en su patria, tuvieron que recurrir a los cuidados del personal sanitario del *Kuwait University Transplant Center* para enfrentar las graves complicaciones consiguientes a las intervenciones. De todos modos, el 15 por ciento de los operados falleció dentro de los 3 meses siguientes, y más del 50 por ciento restante manifestó, entre otras cosas, rechazo, infecciones, enfermedades contagiosas, tuberculosis, hepatitis varias; cuatro pacientes resultaron seropositivos y dos de ellos murieron de SIDA.⁹² En Arabia Saudita, frente a más de 650 pacientes que recurrieron a la compra de órganos en el extranjero, 22 resultaron seropositivos y 6 de éstos murieron también de SIDA.⁹³ En los Emiratos Arabes Unidos y en Omán, en el período comprendido entre junio de 1984 y mayo de 1988, la tasa de mortalidad entre los enfermos que compraron riñones en India fue del 18.5 por ciento dentro del año desde la intervención.⁹⁴

Los problemas más relevantes que acompañan a la compraventa de riñones conciernen a los escasos resultados terapéuticos y a la alta tasa de mortalidad; además, el encontrar con cierta facilidad órganos, pagándolos, en otros países, como por ejemplo en India, impide la realización de los programas de trasplantes tanto de cadáver como de persona viva en los países de origen de los pacientes (por ejemplo, Omán).⁹⁵ De hecho, el mercado de órganos reduce la propensión de la gente y de los parientes del enfermo a donar órganos por altruismo (¿para qué donar uno de mis órganos cuando lo puedo vender o cuando un pariente mío lo puede fácilmente comprar en cualquier Estado vecino, sin ningún sacrificio por parte mía?).⁹⁶ También debido a este problema, además de los estrictamente tecnológicos vinculados con el tipo de intervención, los programas gubernamentales para los trasplantes de

cadáver de casi todos los Estados árabe-islámicos (particularmente Arabia Saudita, Jordania, Turquía, Kuwait, Túnez y Omán) tienden a reducirse,⁹⁷ a pesar del intenso compromiso por parte de religiosos y médicos para convencer a los fieles, a través de los medios de comunicación, acerca de la legitimidad del trasplante de cadáver según la ética islámica.

No debe escapar, finalmente, una premisa de orden cultural de notable relevancia, que influye sobre el desarrollo de la práctica de los trasplantes en el mundo árabe y, más en general, en el islámico: la alta propensión de los ciudadanos, constantemente manifestada, a donar órganos aún en vida a consanguíneos (LRD) y en menor medida a no consanguíneos (NLRD), respecto de la escasa inclinación mostrada para la donación *post-mortem* (generalmente dirigida a extraños) puede ser explicada, por lo menos en parte, por la fuerte vinculación familiar característica de la cultura árabe-islámica.

La situación de los trasplantes en algunos Estados musulmanes con un análisis de las respectivas legislaciones será abordado en un próximo artículo.

Referencias bibliográficas

¹ CASTRO, F., "Diritto musulmano", en *Digesto* (IV edic.), Turín: UTET, 1990, vol. VI: 13 y 16-17.

² *Ibid.*, p. 38.

³ *Ibid.*, p. 14.

⁴ SCHACHT, J., *Introduction au droit musulman*, París: Maisonneuve et Larose, 1983: 66.

⁵ SANTILLANA, D., *Istituzioni di diritto musulmano malichita con riguardo anche al sistema sciafiita*, Roma: Istituto per l'Oriente, 1926-1938, I: 38.

⁶ SACHEDINA, A.A., *Islamic views on organ transplantation*, *Transplantation Proceedings* 1988, 20 (I), Suppl. 1: 1084-1088, p. 1084. RISPLER-CHAIM, V., *Islamic medical ethics in the twentieth century*, *Journal of Medical Ethics* 1989 (15): 204-2905.

⁷ ABDUL-RAUF, M., *Contemporary muslim perspective*, en REICH, W. (coord.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York: Free Press, 1978: 893; RISPLER-CHAIM, *Islamic medical...*, p. 204.

⁸ SACHEDINA, *Islamic views...*, p. 1087.

⁹ SAHIN, A.F., *Islamic transplantation ethics*, *Transplantation Proceedings* 1990, (3):939.

¹⁰ MOOSA, E., *Brain death and organ transplantation - an islamic opinion*, *South African Medical Journal* 1993, 83 (6):213-214.

¹¹ La apologetica es uno de los fundamentos de la ética médica musulmana y tiende a subrayar la excelencia de los principios, de la ética y de las costumbres del Islam sobre todo en relación con Occidente.

¹² *Codice islamico di etica medica*, en SPINSANTI, S. (coord.), *Documenti di deontologia ed etica medica*, Milán: Paoline, 1985:183.

¹³ AL QATTAN, S.M.B.K., *Islamic jurisprudential judgement on human organ trasplantation*, Saudi Medical Journal, 1992, 13 (6): 483.

¹⁴ AL QATTAN, *Islamic jurisprudential...*, p. 487. Véase un *hadith* semejante en FURQAN, A., *Organ transplant in islamic law*, Islamic and Comparative Law Quarterly 1987, VII, 1: 135-136. SAHIN, *Islamic transplantation...*, p. 939.

¹⁵ AL QATTAN, *Islamic jurisprudential...*, p. 484.

¹⁶ SANTILLANA, *Istituzioni di diritto...*, p. 68.

¹⁷ AL QATTAN, *Islamic jurisprudential...*, pp. 483-484. El autor precisa que una persona llega a encontrarse en un “estado de necesidad” cuando, si no viola lo prohibido, se muere. En cambio, se encuentra en un “estado de falta de algo” cuando, si no viola lo prohibido, no se muere, pero acabará en una situación difícil; situación que no le autoriza a violar lo prohibido sino sólo a pasar por alto algunas normas generales. A pesar de lo cual, si la falta de algo persiste, hay que afrontarla como si fuera una necesidad.

¹⁸ *Codice islamico...*, p. 183.

¹⁹ BADAR DURREZ, A., *Organ transplant and the right to die*, Islamic and Comparative Law Quarterly 1987, VII, 1: 124-125.

²⁰ GHANEM, I., *Islamic medical jurisprudence*, Londres: Probsthain, 1982: 26.

²¹ ABDUL-RAUF, *Contemporary musul...*, p. 893.

²² RISPLER-CHAIM, V., *Islamic medical ethics in the twentieth...*, Leiden: E.J. Brill, 1993: 37; ID., *Islamic medical ethics...*, p. 204.

²³ Según la Tradición islámica, musulmanes son los creyentes en la última y perfecta revelación dada por Dios a los hombres (*Corán*) y en la última y perfecta Ley divina (*Sharia*). Dios no dará ya al hombre otras revelaciones ni leyes. Siempre a juicio del Islam, el *Corán* supera y actualiza definitivamente las revelaciones divinas del Antiguo y Nuevo Testamento cuyos contenidos originales fueron falsificados a partir de los primeros seguidores de Moisés y de Cristo (los apóstoles).

²⁴ D'EMILIA, A., *Scritti di diritto islamico*, Roma: Istituto per l'Oriente, 1976: 27.

²⁵ RISPLER-CHAIM, *Islamic medical ethics...*, p. 35. El Islam acepta la libertad religiosa pero no permite que se pueda abandonar la última y perfecta revelación divina para abrazar alguna otra fe; Dios mismo, en el *Corán* 5,3, dice: “¡Ay de aquellos, hoy, que han apostatado de vuestra religión...”. Puesto que la apostasía es un crimen, la *Sharia* llega a prescribir la muerte para los apóstatas.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

²⁸ REPÚBLICA ARABE DE SIRIA, *Ley sobre los trasplantes de órganos*, referida en International Digest of Health Legislation 1977, 28: 132-134.

²⁹ ANTES, P., *Medicine and the living Tradition of Islam*, en SULLIVAN LAWRENCE, E., *Healing and restoring health and medicine in the world's religious tradition*, Nueva York: MacMillan, 1989: 173-202, p. 186.

³⁰ AL QATTAN, *Islamic jurisprudential...*, p.486.

³¹ *Ibid.*

³² ALBAR, M.A., *Organ transplantation - an islamic perspective*, Saudi Medical Journal, 1991, 12 (4): 280-284, p. 282.

³³ SACHEDINA, *Islamic views...*, p. 1087; DAAR, A.S., *Ethical issues. A Middle East perspective*, Transplantation Proceedings 1989, 21 (1): 1403.

³⁴ SACHEDINA, *Islamic views...*, p. 1088; *Codice islamico...*

- ³⁵ *Codice islamico...*, pp. 183-184.
- ³⁶ BABU SAHIB, M.M.H., *The islamic point of view on transplantation of organ*, Islamic and Comparative Law Quarterly VII, 1: 12; FURQAN, *Organ transplant...*, p. 134.
- ³⁷ SACHEDINA, *Islamic views...*, p. 1087.
- ³⁸ Del mismo parecer son los muftíes indios de Dar-ul-Uloom, Habibur Rahman Khairabadi y el de Jamia Salafiya, Abid Husain Rahmani, en FURQAN, *Organ transplant...*, pp. 135-136.
- ³⁹ Referida en el periódico *Al-Ahram* del 16.1.1992.
- ⁴⁰ BEN HAMIDA, F., *La morale musulmane face à la médecine et aux biotechnologies*, en CONSEJO DE EUROPA, DIVISION DE LA COOPERACION CIENTIFICA, *Médecine et droits de l'homme* (mecanografiado), Estrasburgo, 1992: XXXIX y 53.
- ⁴¹ *Codice islamico...*, p. 183.
- ⁴² BEN HAMIDA, F., *Problems de bioethique et morale musulmane* (mecanografiado), 1993:2.
- ⁴³ DAAR, *Ethical issues. A Middle East...*, p. 1403.
- ⁴⁴ SELAMI, M.M., *Islamic position on organ donation and transplantation*, Transplantation Proceedings, 1993, XXV, 3: 2307-2309, p. 1308.
- ⁴⁵ RUISPLER-CHAIM, *Islamic medical ethics...*, p. 37.
- ⁴⁶ *Ibid.*, p. 31.
- ⁴⁷ REPUBLICA ARABE DE SIRIA, *Ley sobre los trasplantes...*
- ⁴⁸ REPUBLICA ARABE DE TUNEZ, *Ley sobre la extirpación y el trasplante de órganos*, referida en International Digest of Health Legislation 1991, 42 (3): 449-452.
- ⁴⁹ *Ibid.*
- ⁵⁰ DAAR, *Ethical Issues. A Middle East...*, p. 1403.
- ⁵¹ ABOUNA, G.M., *Negative impact of trading in human organs on the development of transplantation in the Middle East*, Transplantation Proceedings 1993, 25 (3): 2310-2313, p. 2312.
- ⁵² AL-FAQIH, S.R., *The influence of islamic views on public attitudes towards kidney transplant donation in a Saudi Arabian Community*, Public Health 1991, 105: 161-165, pp. 161-163.
- ⁵³ GATRAD, A.R., *Muslim customs surrounding death, bereavement, postmortem examinations and organs transplantations*, British Medical Journal 1994, 309: 521-523, p. 522.
- ⁵⁴ De este tenor fueron las firmes protestas que hacía el imán Alí Abu Shwaima con ocasión de la extirpación de órganos del cadáver de un joven inmigrante marroquí, órganos implantados en diversos pacientes en Milán y provincia (*Il corpo è sacro, l'hanno violato*, La Repubblica del 8.11.1991: 21).
- ⁵⁵ RAHMAN, F., *Health and medicine in the Islamic Tradition*, Nueva York: Crossroad P.C., 1989: 106-107.
- ⁵⁶ RASHEED, H.Z.A., *Organ donation and transplantation - a muslim viewpoint*, Transplantation Proceedings 1992, 24 (5): 2116-2117.
- ⁵⁷ ALBAR, *Organ transplantation...*, p. 282.
- ⁵⁸ Así se expresaban predominantemente los ulamas saudíes en 1982 aunque solicitaran el consentimiento escrito del donador o de los parientes (AL-FAQIH, *The influence of islamic views...*, p. 164; véase también SACHEDINA, *Islamic views on organ...*, p. 1087; SAHIN, *Islamic transplantation...*, p. 939). A propósito de los parientes, el valor de decisión de su voluntad sigue, en algunas legislaciones, el siguiente orden decreciente: hijos, padre, madre, cónyuge, hermanos y hermanas, tutor legal (ley tunecina del 25.3.1991); padre, madre, cónyuge, hijos, hermano o hermana, tutor legal (ley argelina del 31.7.1990). La ley de Libia del 10.3.1982 alude al permiso para la extirpación concedida por los parientes hasta el cuarto grado, y es referida en International Digest of Health Legislation 1992, 43 (2):283.
- ⁵⁹ GHANEM, *Islamic medical...*, p. 26.

- ⁶⁰ Véanse los puntos A y E en el apartado “Principios éticos favorables a los trasplantes”.
- ⁶¹ RISPLER-CHAIM, *Islamic medical ethics...*, p. 37.
- ⁶² *Ibid.*, p. 33.
- ⁶³ FURQAN, *Organ transplant...*, pp. 134-135.
- ⁶⁴ *Fatwa* referida en *Al-Ahram* del 16.1.1992. En una anterior *Fatwa* de 1987, Tantawi sostenía que los ojos de un difunto (cuyos parientes fueran conocidos) pueden ser extirpados análogamente a la posibilidad de someter el cuerpo a una autopsia (RISPLER-CHAIM, *Islamic medical ethics...*, p. 40).
- ⁶⁵ RISPLER-CHAIM, *Islamic medical ethics...*, p. 34.
- ⁶⁶ *Codice islamico...*, p. 177.
- ⁶⁷ DAAR A.S., *Organ donation - World experience: the Middle East*, Transplantation Proceedings 1991, 23 (5): 2505-2507.
- ⁶⁸ ALBAR, *Organ transplantation...*
- ⁶⁹ BEN HAMIDA, *La morale musulmane...*, p. XXXVIII y p. 55.
- ⁷⁰ HATHOUT, H., *Islamic concepts on bioethics* en AA.VV., *Theological developments in bioethics: 1988-1990* (The Center for Ethics, Medicine and Public Issues), Dordrecht-Boston-Londres: Kluwer Academic Publishers, 1991, I: 112-114.
- ⁷¹ BEN HAMIDA, *La morale musulmane...*
- ⁷² SELLAMI, *Islamic position on...*, p. 1308 y 2307.
- ⁷³ HATHOUT, *Islamic concepts on bioethics...*, p. 116. Sobre el aborto en el Islam, véase ATIGHETCHI, D., *Islam e aborto*, *Medicina e Morale* 1993, 4: 711-732.
- ⁷⁴ HATHOUT, *Islamic concepts on bioethics...*, p. 116.
- ⁷⁵ *Ibid.*
- ⁷⁶ Véase sobre el tema, ATIGHETCHI, D., *Islam e procreazione artificiale*, *Bioetica* 1994, 1: 89-104. También sobre los diversos problemas de la Bioética especial en el Islam, véase: ID., *La Bioetica nel mondo islamico*, *Il Mulino* 1995, 3: 564-572; ID., *Limitazione delle nascite in Islam*, *Il Regno* 1995, 2, gennaio: 17-20.
- ⁷⁷ ALBAR, *Organ transplantation...*, p. 293.
- ⁷⁸ BABU SAHIB, *The islamic point...*, pp. 130-131.
- ⁷⁹ ABOUNA, G.M., *Foreword*, Transplantation Proceedings 1993, 25 (3): 2161.
- ⁸⁰ DAAR, *Ethical issues. A Middle East...*, p. 1402.
- ⁸¹ ABOUNA, G.M., *Negative impact of trading in human organs on the development of transplantation in the Middle East*, Transplantation Proceeding 1993, 25 (3): 2310-2313.
- ⁸² DAAR, *Ethical issues. A Middle East...*, p. 1402.
- ⁸³ Recientemente el gobierno federal indio ha prohibido el comercio de órganos. La ley castiga a los infractores con uno a seis años de cárcel mientras los médicos implicados se arriesgan a ser expulsados del Colegio profesional correspondiente. La ley prohíbe la obtención de órganos de una persona viva entre parientes e individuos ligados afectivamente.
- ⁸⁴ ABOUNA, *Negative impact of trading...*, p. 2310.
- ⁸⁵ *Ibid.*
- ⁸⁶ *Ibid.*
- ⁸⁷ ABOUNA, *Negative impact of trading...*, pp. 2310-2311.
- ⁸⁸ *Ibid.*
- ⁸⁹ ABOUNA, G.M. et al., *Commercialization in human organs: a middle eastern perspective*, Transplantation Proceedings 1990, 22 (3): 918-921.
- ⁹⁰ RISPLER-CHAIM, *Islamic medical ethics...*, p. 38.
- ⁹¹ HATHOUT, *Islamic concepts...*, pp. 115-116.
- ⁹² ABOUNA, *Negative impact of trading...*, p. 2311.

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ SALAHUDEEN, A.K. et al., *High mortality among recipients of bought living-unrelated donor kidneys*, *Lancet* 1990, 336: 725-728.

⁹⁵ DAAR, *Ethical issues. A Middle East...*, p. 1403. Véase también ABOUNA et al., *Commercialization in human organs...*, p. 919.

⁹⁶ ABOUNA, *Negative impact of trading...*, p. 2311.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ AL-FAQIH, *The influence of islamic views...*, p. 163.



MAESTRÍA EN BIOÉTICA

El Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud anuncia que la Maestría en Bioética dará inicio en febrero de 1998, en el edificio de Posgrado de la Universidad Anáhuac, Campus Poniente.

El programa está dirigido a todos los profesionistas relacionados con las Ciencias de la Salud, juristas del área civil y penal, personal administrativo relacionado con seguros de gastos médicos, filósofos, personal de pastoral sanitaria y a todas aquellas personas interesadas en promover los derechos del paciente y con inquietudes sociales en este ámbito.

Tiene como objetivo formar especialistas e investigadores, líderes en su campo, con sólidos conocimientos, habilidades y valores, capaces de tener una injerencia ética y jurídica en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

Informes: Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac.
Av. Lomas Anáhuac s/n. Col. Lomas Anáhuac. Huixquilucan, Edo. de México.
Tel: 328-80-74, 627-02-10 ext. 7146 y 7205. Fax: 596-19-38.
email: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx

CRITERIOS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA “MEDICINA Y ETICA”

Los artículos deben escribirse de preferencia en español, de manera clara y concisa. El texto deberá ir mecanografiado a doble espacio, en papel tamaño carta. Se requiere que el artículo no exceda de 30 cuartillas y que se pagine cada una de éstas. Deberán enviarse dos copias de cada artículo.

La primera página debe contener el título del trabajo, el (los) nombre(s) del (de los) autor(es) y de la institución a la cual pertenezca(n). Independientemente de la extensión del artículo deberá anexarse un resumen de no más de 10 líneas.

A lo largo del texto se deberán señalar con número exponencial las referencias bibliográficas y, al final del texto, citarlas en el mismo orden, de la siguiente manera:

- ¹ LUNDE B.T., ABRAHAM, H., *Prevention of psychosis following open heart surgery*; American Journal of Psychiatry, 1968, 124: 1195-1199.

La aceptación de los trabajos está sometida al juicio del *Comité Editorial*. Los que se acepten serán publicados; aquellos que no lo sean, permanecerán en las oficinas de la revista.

Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

**Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina. Universidad Anáhuac
Dr. Óscar Martínez, Coordinador Académico
Apartado Postal 10 844
C.P. 11 000, México, D.F.
Email: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx**

No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección distinta de la anterior.

REVISTA MEDICINA Y ETICA

PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: \$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dls.

Otros países: \$ 85 U.S. dls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: \$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dls.

Otros países: \$ 30 U.S. dls.

Deseo recibir la revista *Medicina y Etica*

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

País: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor, enviar cheque a nombre de:

INVESTIGACIONES Y

ESTUDIOS SUPERIORES S.C.

Número de cheque: _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:

Instituto de Humanismo

en Ciencias de la Salud

Universidad Anáhuac

Lomas Anáhuac s/n

Apartado Postal 10 844

C.P. 11 000, México, D.F.

Email: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx