

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

2003/3

**La objeción de conciencia farmacéutica
a la píldora postcoital - Cuando la fe se confronta
con la ley en el ámbito de las biotecnologías humanas
Formación bioética: presupuestos teóricos y
experiencias prácticas - Ética y salud:
dos cuestiones, dos tareas**



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac

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

MEDICINA Y ÉTICA

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:
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52786
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7205 y 7146)
Email: ojmartin@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.
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac

México: 150 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.
Facultad de Bioética 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.

3

VOLUMEN XIV NÚMERO 3 JULIO-SEPTIEMBRE DEL 2003

MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética 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 Porter

Director: Dr. Cristian Nazer Astorga

Coordinador Editorial: Dr. José E. Gómez Álvarez

Traductor y corrector: Lic. Eduardo Monterrubio Santa María

Corrector de redacción: Lic. Vicente Pérez Solsona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dra. Virginia Aspe Armella (Univ. Panamericana), Lic. Antonio Cabrera (Univ. Anáhuac), Mtro. David Eduardo Calderón Martín del Campo (Univ. Anáhuac), Dra. Stacey E. Ake (Philadelphia Center for Religion and Science), Mtro. Rafael García Pavón (Univ. Anáhuac), Dra. Ana Marta González (Univ. de Navarra), Dr. Javier Marcó Bach (Univ. de Santiago de Compostela), Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón (Univ. Complutense de Madrid), Dra. Martha Tarasco Michel (Univ. Anáhuac), Dra. María Dolores Vila-Coro (Catedrática de Bioética de la UNESCO), Mtro. Carlos Lepe Pineda (Univ. Anáhuac)

ÍNDICE

EDITORIAL	251
La objeción de conciencia farmacéutica a la píldora postcoital <i>Pedro A. Talavera Fernández, Vicente Bellver Capella</i>	257
Cuando la fe se confronta con la ley en el ámbito de las biotecnologías humanas <i>Elio Sgreccia</i>	279
Formación bioética: presupuestos teóricos y experiencias prácticas <i>Corrado Viafora</i>	301
Ética y salud: dos cuestiones, dos tareas <i>Ignacio Carrasco De Paula</i>	325
Reseña bibliográfica <i>Rafael García Pavón</i>	333

EDITORIAL

Nunca antes como ahora el hombre ha sido tan sensible a su libertad y, nunca antes como ahora ha hecho peor uso de ella; por un lado, escribe la “Carta de los Derechos Humanos” y, por otro, suprime desde su raíz legislando en favor del aborto, eutanasia y manipulación de embriones.

Asistimos actualmente a una relativización de la verdad. La crisis de la verdad es una crisis del hombre, porque en ella se rompe la relación del hombre consigo mismo, del hombre con los demás y del hombre con su creador.

Los fundamentos éticos que siempre han existido se han oscurecido, debido en parte por el desarrollo tecnológico, así como por factores sociales y culturales. Esto ha llevado a muchos profesionales de la salud a llegar a desconocer incluso al mismo ser humano en algunas situaciones dentro de sus actividades. Sin embargo sabemos, por otro lado, que en el mundo se está desarrollando un gran interés por la bioética, dentro de los profesionales de la medicina y entre la población general. En el mundo son ya numerosas las Escuelas y Facultades de Medicina que se ocupan de su enseñanza a nivel curricular, porque es necesario señalar que la medicina de éxito es aquella que se basa en el comportamiento ético del médico y no en una medicina tecnológicamente triunfalista pero pobre en su perspectiva ética. El éxito de la medicina no puede convertirse en la sola tecnología, destrezas, academicismo..., el verdadero triunfo del ser humano consiste en alcanzar la felicidad, obrando siempre el bien; el éxito que parece depender sólo de lo técnico y no de la libertad humana... es inhumano.

La bioética se nos revela como una nueva ciencia que trascendiendo las distinciones que hay entre lo estrictamente técnico (desde el punto de vista biomédico) y lo estrictamente ético (desde el punto de vista filosófico) va a su encuentro para unir y conciliar estos sectores que jamás debieron haberse desunido, en virtud de un mal entendido progreso tecnológico.

El interés que está despertando en el mundo redundará en beneficio para la humanidad la bioética es la ciencia que debe enseñar al hombre a saber cuál es el verdadero sentido de su vida, el modo y manera de ordenar sus acciones para que adquieran sentido y lleguen a su plenitud para hacerlo verdaderamente feliz. Emerge como la ciencia que puede crear en el médico y en general en todo el personal de la salud, una nueva actitud, la actitud de servir a la totalidad del ser humano, desde la totalidad de los conocimientos de que hoy dispone y en el futuro dispondrá la humanidad.

La bioética personalista, acorde con el Magisterio de la Iglesia es aquella que se fundamenta en el respeto a la dignidad del hombre. Es aquella que propone ir más allá, más a la profundidad de la reflexión ética sobre los avances de la ciencia y de la técnica y sus repercusiones reales sobre la vida. Es aquella que se compromete con todos los seres humanos para buscar la verdad de los actos del hombre, para ayudarlo a encontrar un sólido punto de referencia que lo guíe en los derroteros que la misma ciencia y las novedades tecnológicas lo han llevado, es aquella que verdaderamente le ayuda al hombre a encontrar la felicidad, al ayudarlo a actuar dentro de la verdad.

Todo cuanto se refiere a la vida humana ha ocupado un lugar importante en el Magisterio de la Iglesia. Es en estos y los futuros tiempos que ya vislumbramos como muy próximos en los que los nuevos avances científicos y novedosas tecnologías permiten la intervención sobre la vida humana (aludiendo que ciencia y técnica son moralmente neutras). Esto se ve aunado esto a la cada vez más entendida visión reduccionista del valor de la vida y ha hecho que proliferen los documentos del Magisterio de la Iglesia con los que contamos en defensa de la vida.

Dichos documentos nos han proporcionado material extraordinario para entender mejor los aspectos morales relacionados con la vida y para prepararnos mejor para defenderla. Es por ello que hacemos votos porque la Bioética de corte personalista se extienda e impere en el futuro para beneficio del hombre y su entorno.

Todo este material ha surgido desde que el Papa Pío XII dictara diversos discursos ante Asociaciones Médicas; el Papa Pablo VI con su

profética Encíclica “*Humanae Vitae*” en 1968; el Papa Juan Pablo II a través de su Carta Apostólica “*Salvifici Doloris*” en 1988, de su Encíclica “*Evangelium Vitae*” en 1995, así como muchos otros discursos ante diferentes Asociaciones y de manera indirecta a través de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, con sus documentos “*Iura et Bona*” sobre la eutanasia en 1980, la instrucción “*Donum Vitae*” sobre el respeto a la vida humana naciente y la dignidad de la procreación en 1987 y, las reflexiones sobre la Clonación de la Pontificia Academia de la Vida en 1997.

Dr. José Kuthy Porter

Criterios para los colaboradores de “*Medicina y Ética*”

1. La revista de *Medicina y Ética* es una revista especializada en el campo de la bioética que está enfocada a la difusión académica entre los profesionales afines a las temáticas y discusiones actuales en este campo. En consecuencia, *Medicina y Ética* no acepta artículos de difusión, ni material que puede ser considerado propagandístico de alguna corriente. La Revista no está circunscrita a una visión única de la Bioética, siempre que los artículos cumplan con rigor la metodología propia en la exposición de las ideas.
2. De acuerdo con lo anterior, las opiniones y posiciones son de responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente la posición de la Facultad de Bioética. El Consejo editorial no presupone, en ningún caso, que la institución de origen o de quien da actualmente empleo al autor, suscribe las posiciones de éste, vertidas en el artículo correspondiente.
3. El material deberá ser inédito, no obstante, se aceptan ponencias o comunicaciones, siempre y cuando se señale claramente el lugar y fecha donde se expuso por primera vez la investigación.
4. Se consideran tres tipos de publicaciones: artículos, notas y reseñas. Los artículos deben tener una extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Estos deben ser sobre temas monográficos. Las notas deben ser mayores de 7 páginas y menores de 15. Las notas tienen un carácter de discusión propia del campo científico; la discusión puede ser sobre otros artículos anteriores de la Revista, siempre y cuando cumplan con la calidad académica señalada y no como una mera expresión de una réplica por el afán polémico, sino a la altura del artículo que es motivo del comentario. Las reseñas deben tener una extensión mínima de una cuartilla y máxima de cinco. Las reseñas pueden ser tanto críticas como meramente expositivas.

5. Los artículos serán dictaminados por al menos dos académicos de competencia relevante en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores. El autor podrá realizar las correcciones que considere pertinentes y volverla a presentar, sin que *Medicina y Ética* se obligue a publicar el material. En cualquier caso, no se regresan originales. Los autores que hayan sido elegidos recibirán tres ejemplares de cortesía del número en que fueron publicados.
6. Los artículos publicables deberán escribirse de preferencia en español, aunque se aceptan en idioma inglés, de manera clara y concisa. El texto debe ir en letra Arial (12 pts) a espacio y medio, en papel tamaño carta. El material puede ser entregado en formato electrónico para PC, vía correo electrónico o disquete (Word para windows, o formato RTF).
7. Los artículos y notas deberán contener el título del trabajo, el (los) nombres(s) del (de los) autor (es), el nombre de la Institución a la que pertenezcan. El artículo debe estar acompañado de un resumen (abstract) no mayor de 15 líneas (aproximadamente 150 palabras) en español y en inglés. También deben contener 3 palabras claves no contenidas en el título.
8. Las referencias de libros deberán realizarse de la siguiente forma: APELLIDO DEL AUTOR, nombre del autor. *Título del libro*. Traductor, Editorial, Lugar de edición, año de publicación, página (edición original). Por ejemplo:

SINGER, Peter. Una vida ética. Escritos. Trad.: Pablo de Lora Del Toro, Ed. Taurus, Madrid, 2002, p. 57 (inglés: Writings of an ethical life, 2000).

9. En el caso de las revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre del autor. "título del artículo", *Título de la revista*, volumen, número, (mes, año), página. Por ejemplo:

ROMANO, Lucio. "Educación de la sexualidad y los adolescentes. Encuesta cognoscitiva y antropologías de referencia", Medicina y ética, XIII, 1, (enero-marzo, 2002), p. 85.

10. Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

**Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Dr. José Enrique Gómez Álvarez, Coordinador Editorial
Apartado Postal 10 844
C.P. 11000, México, D.F.
Email: jegomez@anahuac.mx**

11. No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección distinta de la anterior. Para considerarlo recibido, quien envía deberá contar con un recibo físico con sello, o bien con la respuesta electrónica de la dirección de correo electrónico señalada en el punto anterior.

La objeción de conciencia farmacéutica a la píldora postcoital

*Pedro A. Talavera Fernández, Vicente Bellver Capella**

Resumen

El artículo muestra la posición adoptada respecto a la objeción de conciencia frente a la píldora postcoital, más conocida como píldora del día siguiente (PDS).

El autor cuestiona en el artículo si la PDS es abortiva, en cuyo caso, da a conocer los puntos jurídicos fundamentales respecto a la conciencia farmacéutica en el derecho español.

Si el farmacéutico, en ejercicio de su profesión, llegara a considerar a la PDS como un abortivo, tendrá todo el derecho de adoptar la objeción de conciencia y la ley debe garantizarle tal derecho.

Abstract

The article represents a taking of PDSition regarding the matter of the con-science objection towards the "morning-after pill" (MAP).

The author questions in the article if the MAP is abortive and, in this case, explicits the fundamental points of the Spanish law about the conscience objection.

* Profesores Titulares de Filosofía del Derecho. Universidad de Valencia, España.

If the chemist, practising a sanitary profession, considers the MAP an abortifacient, he has the whole right to make conscience objection and the law should guarantee him such a right.

Palabras clave: objeción de conciencia, farmacéutica ley

En marzo de 2001 la Agencia Española del Medicamento autorizó la comercialización en España de la píldora para la anticoncepción post-coital, más conocida como píldora del día siguiente (PDS). Inmediatamente después de esta decisión, los gobiernos autonómicos de Andalucía y de la Comunidad Madrileña pusieron en marcha los mecanismos necesarios para que esa píldora sea dispensada en los servicios sanitarios públicos de forma gratuita.

La PDS es un tratamiento contraceptivo de emergencia que consiste en la ingestión por parte de la mujer de dos pastillas del fármaco NORLEVO, antes de las 72 horas siguientes de haber mantenido una relación sexual. Está pensada para actuar ante cualquiera de estas tres situaciones: *a.* evitando que llegue a ovular la mujer, si todavía no lo ha hecho; *b.* impidiendo la fusión entre el espermatozoide y el óvulo si ya se ha producido la ovulación; y *c.* haciendo imposible la implantación del embrión en el útero cuando ya se ha producido la fecundación. La eficacia media es, aproximadamente, de un 80%. Esto significa que, si la posibilidad media de embarazo tras una única relación sexual es del 8%, la ingestión del fármaco en ese plazo la reduce a un 1.1%.¹ Las autoridades sanitarias españolas y las de muchos otros países han considerado que este producto puede ser una solución de emergencia óptima para evitar embarazos no deseados cuando no se han empleado o han fallado los medios habituales de contracepción.²

A partir de estos datos se ha generado una interesante polémica en la opinión pública, centrada principalmente en dos aspectos: por un lado, el carácter abortifaciente o no de la PDS; y por otro, la resisten-

cia que han manifestado algunos farmacéuticos a dispensar ese fármaco por razones de conciencia. Este artículo se propone analizar ambas cuestiones. En primer lugar, establecer si el mecanismo de actuación de la píldora Postcoital permite calificarla de abortiva; en segundo lugar, las coordenadas fundamentales del derecho a la objeción de conciencia sanitaria, las condiciones en las que el profesional farmacéutico puede ejercitar ese derecho y la posible cobertura legal de la negativa a suministrar este fármaco. Aunque este trabajo se fundamenta sobre la legislación y la jurisprudencia españolas, pensamos que sus conclusiones pueden ser aplicables a todos los países que contemplan en sus Constituciones el derecho a la vida y a la objeción de conciencia.

¿Produce la PDS un efecto abortifaciente?

De los tres posibles efectos ya reseñados, la PDS actúa como un mecanismo puramente «anticonceptivo» cuando impide la ovulación o la fusión de los gametos; en estos casos evita, efectivamente, que se produzca la concepción. Sin embargo, en el supuesto en el que ésta ya se ha producido, su mecanismo de actuación es «anti-implantatorio», es decir, evita que el cigoto llegue al útero y anide en él. En consecuencia, hay que partir del supuesto de que la PDS actúa en algunos casos eliminando la vida de un embrión humano antes de que finalice su viaje desde las trompas de Falopio hasta el útero.

En los medios de comunicación se ha difundido la idea de que tampoco en este tercer supuesto la PDS es abortifaciente. El razonamiento empleado resulta bastante sencillo: el aborto es la interrupción de un embarazo y el embarazo, según la Organización Mundial de la Salud, comienza con la implantación del cigoto en el útero; situación completamente ajena al efecto de la PDS que en ese caso resulta inocua. Esto justificaría también el amparo jurídico de este fármaco, puesto que, no produciéndose técnicamente un aborto, no haría falta verificar su encaje en alguno de los tres únicos supuestos en los que la directa eliminación de una vida humana está exenta de responsabilidad penal, de acuerdo con el art 145 del Código Penal español. Esto nos obliga a plantear, dentro del ordenamiento jurídico español, un doble interrogante de tipo constitucional y penal:

a. ¿El óvulo fecundado y no anidado en el útero puede considerarse una vida humana protegida por el art. 15 de la Constitución española (CE)?

b. ¿La acción dirigida a impedir toda posible anidación del óvulo fecundado en el endometrio puede considerarse un aborto?

Protección constitucional de la vida

En primer lugar, se trata de determinar si existe o no vida humana en el embrión antes de su implantación en el útero. Ese es el criterio último que, más allá de toda semántica, determina realmente la existencia o no de un aborto y enerva la protección del art. 15 de la Constitución española sobre el *nasciturus*; protección que únicamente cede ante los tres supuestos despenalizados.

El Tribunal Constitucional (TC), en la sentencia 53/1985, que resolvió el recurso de inconstitucionalidad contra la despenalización del aborto, afirma que *«la vida humana es un devenir; un proceso que comienza con la gestación, en el curso de la cual una realidad biológica va tomando corpórea y sensitivamente configuración humana, y que termina con la muerte; es un continuo sometido por efecto del tiempo a cambios cualitativos de naturaleza somática y psíquica que tienen un reflejo en el status jurídico público y privado del sujeto vital»* (FJ 5°).

Partiendo de este presupuesto afirma también que la vida humana exige una protección efectiva por parte del Estado que le obliga a dos tipos de acciones: abstenerse de interrumpir u obstaculizar el proceso natural de gestación y establecer un sistema legal de protección de la vida que incluya como última medida la sanción penal de quienes atenten contra ella (FJ 4° Y 7°).

No cabe ninguna duda de que la vida humana es un bien de carácter central para nuestro ordenamiento constitucional y que debe ser objeto de especial protección por el Derecho. El problema radica en establecer a partir de qué momento cabe hablar de vida humana, algo que la doctrina constitucional resuelve acudiendo al concepto «gestación», un término sobre el que caben diferentes interpretaciones.

Por un lado, parece haber un completo acuerdo en la comunidad científica a la hora de considerar que el cigoto es sujeto de una vida humana propia, aunque dependiente de la madre. Desde el punto de vista biomédico, pues, resulta claro que la vida humana intrauterina es un proceso unitario que comienza con la fusión de los gametos y que, sin soluciones de continuidad, recorre diversas fases —entre ellas la de implantación en el útero—, hasta que tiene lugar el nacimiento. Fundamentados en estos presupuestos biológicos, una gran mayoría de juristas piensan que el Tribunal Constitucional, cuando utiliza el término «gestación», está aludiendo al proceso que comienza con la fecundación del óvulo y que culmina con el nacimiento. Con ese presupuesto, a partir de la fecundación nos encontraríamos ante una vida humana que gozaría de la plena protección constitucional del art 15 CE.

Otros, sin embargo, basados en la primacía del criterio «viabilidad», interpretan que ese proceso de «gestación» invocado por el TC como ámbito de protección jurídica de la vida, comienza a partir del momento en que el embrión queda implantado en el útero. Desde esa perspectiva, sin entrar en disquisiciones sobre aspectos biológicos, la vida humana protegida por el Derecho no comenzaría con la fecundación sino con la implantación.

La jurisprudencia posterior no permite descartar definitivamente una u otra interpretación, aunque hay elementos suficientes para sostener, de acuerdo con la STC 53/85, que si la vida humana es un «proceso continuo», el comienzo sólo puede estar en la fecundación, ya que en cualquier otro momento sucesivo únicamente se produce el desarrollo de lo que ya se inició humano. No obstante, el problema terminológico permanece abierto.

Aborto, embarazo y PDS

La OMS, al considerar que el embarazo comienza con la implantación del embrión en el útero y no con la fecundación del óvulo por el espermatozoide, supuestamente acoge el consenso científico internacional. Algunos, incluso corroboran esta concepción apelando a que, en caso contrario, los miles de embriones criocongelados en el mun-

do poseerían la grotesca consideración de «embarazos extracorpóreos». Por tanto, si se acepta que el aborto consiste en la interrupción voluntaria del embarazo, resultaría que la acción de eliminar el embrión aún no implantado no podría considerarse, en sentido estricto, un aborto. Puesto que la PDS sólo afectaría al embrión en el caso de que éste no se haya implantado en el útero, no podría considerarse un medicamento abortivo; a lo sumo podría hablarse de un anticonceptivo de mayor agresividad; de ahí que se restrinja a situaciones de emergencia.³

La cuestión semántica no resulta tan convincente cuando se analiza con algo más de profundidad. El Diccionario de la Real Academia Española (RAE) coincide con la OMS en asociar la acción de abortar con el proceso del embarazo. Así, para la RAE *abortar* es «interrumpir la hembra, de forma natural o provocada, el desarrollo del feto durante el embarazo». Sin embargo, el término *embarazo* es definido como «estado en que se halla la hembra gestante», lo cual nos remite a los términos *gestación* («1. Acción o efecto de gestar o gestarse. 2. Embarazo o preñez») y *gestar* («Llevar y sustentar la madre en sus entrañas el fruto vivo de la concepción hasta el momento del parto»).

Del significado de ambos se deduce con claridad que la noción de «gestación» abarca necesariamente todo el proceso que se inicia con la concepción y concluye con el parto, a lo largo del cual la madre lleva y sustenta al *nasciturus*. Si esto no fuera así, habría que inventar una palabra específica, porque no existe, para denominar a una concreta fase de ese proceso: la que se inicia con la fecundación en la trompas de Falopio y concluye, a los pocos días, con la implantación del embrión en el útero. No hay razones para pensar que esa fase deba excluirse de la gestación.

Por otra parte, desde el punto de vista jurídico, sostener que el embarazo comienza con la anidación del embrión en el útero, significa admitir que la vida del *nasciturus* sólo estaría protegida a partir del momento de su implantación, siendo así que la doctrina constitucional española (STC 53/85) ha establecido, de manera inequívoca, que existe vida humana desde el primer momento de la gestación y que esa vida humana es un bien constitucionalmente protegido, en todas las fases de su desarrollo. Por consiguiente, desde el punto de vista constitucional, con independencia de que el embrión se encuentre o

no «técnicamente» en una fase de «embarazo», su vida se halla protegida por el Derecho y no puede ser destruida unilateralmente sin incurrir en un delito de aborto.⁴

El concepto de aborto no viene determinado, pues, por un estadio temporal del desarrollo embrionario (la implantación), sino por la existencia o no de vida humana propia en el embrión. En el momento en que la vida humana se produce, el embrión se convierte en un bien constitucionalmente protegido de cuyas agresiones debe responderse penalmente. En definitiva, el ordenamiento jurídico español, entiende que existe un aborto cuando se provoca deliberadamente la muerte del *nasciturus*, con independencia de cual sea su grado de desarrollo o el momento de su gestación.⁵ Podemos afirmar, entonces, que en los casos en que la PDS actúa impidiendo la implantación en el útero del cigoto ya concebido (sujeto de vida humana propia), está produciendo, sin duda, un efecto abortifaciente, por cuanto provoca su eliminación directa y voluntaria.

A la vista de lo anterior, podemos concluir lo siguiente:

1. La Constitución Española —así lo afirmó la sentencia 53/85 del TC— no reconoce al *nasciturus* como sujeto de derechos, pero sí lo considera un bien protegible desde el momento de la gestación.

2. La PDS actúa en algunos supuestos como un mecanismo anti-implantatorio del cigoto, es decir, como abortifaciente.

3. Existen elementos para pensar que la protección constitucional conferida al embrión humano desde su gestación no es respetada por la decisión gubernamental de autorizar la venta de la PDS, ya que ésta da lugar a una completa desprotección de la vida del embrión en la fase anterior a su implantación en el útero. Esto fundamentaría el recurso a la objeción de legalidad, que analizaremos más adelante, como mecanismo para evitar su dispensación por parte del farmacéutico.

Objeción de conciencia farmacéutica a la PDS

Es indudable que muchas personas, con independencia de sus creencias religiosas, consideran contrario a sus convicciones la eliminación de cualquier vida humana desde el primer momento de su con-

cepción. Puesto que la PDS actúa, en ocasiones, eliminando embriones humanos no implantados, parece imprescindible determinar si existe un fundamento para que aquellos profesionales de la sanidad que encuentren reparos éticos en la dispensación de este fármaco, puedan acogerse legalmente a la objeción de conciencia.

Se entiende por objeción de conciencia, en términos generales, la negativa del individuo a someterse, por razones de conciencia, a una conducta que, en principio, le sería jurídicamente exigible, bien porque la obligación proviene de una norma, bien porque se deriva de un contrato o de una resolución judicial o administrativa. En sentido más genérico podría definirse como la pretensión de desobedecer una ley motivada por razones axiológicas (no meramente psicológicas), de contenido primordialmente religioso o ideológico, intentando eludir la sanción prevista por el incumplimiento.

En la doctrina constitucional española existe un amplio acuerdo a la hora de considerar la objeción de conciencia como parte del derecho fundamental a la libertad ideológica reconocido en el art. 16.1 de la Constitución: *«Se reconoce la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y de las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley»*.

El único desarrollo legislativo que el derecho español ha brindado a la libertad ideológica del art. 16 CE es la Ley Orgánica de Libertad Religiosa (LO 5/1980 de 5 de julio). En su art. 2.1 establece el derecho de toda persona a: *«profesar creencias religiosas que libremente elija o no profesar ninguna; cambiar de confesión o abandonar la que tenía; manifestar libremente sus propias creencias religiosas o la ausencia de las mismas, o abstenerse de declarar sobre ellas (...)»*. El precepto no indica expresamente que el derecho a profesar o manifestar las creencias religiosas comprenda la posibilidad de incumplir obligaciones jurídicas incompatibles con la conciencia, pero el uso del término «manifestar» ha sido frecuentemente interpretado como comprensivo de todos aquellos actos que expresen un comportamiento conforme con las creencias de la persona, y eso incluiría la objeción de conciencia.

La única diferencia entre la libertad ideológica del art. 16.1 CE y la objeción de conciencia es un aspecto puramente formal: la ob-

jeción es el ejercicio de aquella libertad en presencia de un mandato jurídico incompatible con las propias convicciones; de ahí que pueda afirmarse con claridad que estamos ante un auténtico derecho fundamental. El sustrato material de este derecho radica en garantizar que el ser humano pueda comportarse conforme a los imperativos de su conciencia y no privarle de su dignidad, o hacérsela perder en cierta medida, con actos contrarios a sus convicciones más íntimas.⁶

La objeción de conciencia como derecho fundamental

Considerar la objeción de conciencia como un auténtico derecho fundamental genera una doble consecuencia: de un lado, que su ejercicio no puede quedar limitado a las concretas modalidades amparadas y reguladas por la ley; y de otro lado, que debe gozar de una presunción de legitimidad constitucional, siempre y cuando se trate de una verdadera objeción de conciencia; es decir, debe despojarse de su trasfondo de «ilegalidad más o menos consentida», presumiendo *a priori* su legitimidad y debiendo demostrar lo contrario, caso por caso, en el ámbito jurisdiccional.⁷ La objeción de conciencia debería considerarse un valor en sí misma, debería ser la regla y no la excepción, ocupar un lugar central y no marginal en el ordenamiento, por la misma razón que ocupa un lugar central en la persona humana, junto con la libertad de pensamiento y la religiosa. En función de estos dos presupuestos, existe un amplio acuerdo doctrinal en que la objeción no puede ligarse a una regulación estrictamente legislativa, ya que el derecho a invocarla está más allá de una concreta reglamentación.⁸

El estatuto jurídico de la objeción de conciencia en España apenas recoge los principios doctrinales mencionados y se presenta disperso y confuso. A falta de un desarrollo legislativo específico, la jurisprudencia constitucional ha jugado un papel determinante en la configuración de esta categoría. Sus pronunciamientos en la materia han sido lamentablemente contradictorios, por lo que no es posible presentar un cuerpo doctrinal coherente que permita establecer con claridad la cobertura legal de que goza la objeción de conciencia en el derecho español. No procede analizar aquí los alambicados razonamientos del Tribunal Constitucional para emitir una doctrina y rectificarla poco después, pero si intentamos buscar una síntesis integradora de todas

sus sentencias, habría que partir de la STC 161/1987, de 27 de octubre, como regla general y considerar el resto de los pronunciamientos como exclusivamente aplicables a manifestaciones específicas de la objeción sobre determinados deberes jurídicos: servicio militar y aborto en determinados supuestos.⁹

La STC 161/1987 recoge la posición definitiva del TC. En ella se descarta, de modo sorprendente y no exento de polémica, el carácter fundamental del derecho de objeción: *«La objeción de conciencia, con carácter general, es decir el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro derecho o en derecho alguno pues significaría la negación misma del Estado. Lo que puede ocurrir es que se admita excepcionalmente respecto a un deber concreto»* (FJ 3º). Privado de su carácter fundamental, y para salvar anteriores pronunciamientos, la propia sentencia lo inserta dentro de una nueva categoría, calificándolo de *«derecho constitucional autónomo»*, derivado del derecho más amplio de libertad ideológica y religiosa, y necesariamente conexo con éste.

Siendo esta la regla general, el Derecho estaría obligado a tutelar las formas de objeción de conciencia que el legislador (ordinario o constitucional) hubiera reconocido expresamente. Precisamente en ese sentido hay que interpretar la doctrina del TC relativa al servicio militar y al aborto en la que se ha reconocido la existencia de este derecho con referencia a los específicos deberes legales relativos a la prestación de un servicio de armas¹⁰ y a la intervención clínica en prácticas abortivas.

Fue en la sentencia 53/1985 (relativa a la despenalización de los tres supuestos de aborto) donde el TC español se pronunció con mayor contundencia en favor del carácter fundamental de este derecho: *«La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la CE y, como este Tribunal ha indicado en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable en materia de derechos fundamentales»* (FJ 14º). Este pronunciamiento recoge con claridad que, al menos en el campo de los deberes sanitarios, el derecho a la objeción de conciencia tiene el carácter de fundamental. Si bien

la posterior doctrina constitucional matizó y delimitó el alcance de esta afirmación, lo que en ningún caso pudo hacer es desecharla. En consecuencia, existe un acuerdo bastante generalizado a la hora de considerar que la STC 53/1985 configura la objeción de conciencia sanitaria frente al aborto como un derecho fundamental derivado directamente del art. 16 CE, para cuyo ejercicio no es necesaria regulación legal alguna. Así lo expresaba literalmente el F.J. 14º: «*por lo que se refiere al derecho de objeción de conciencia [al aborto]... existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación*». Y así lo ha establecido también la práctica desarrollada en las instituciones sanitarias. No obstante, un ejercicio en estas condiciones no deja de ser problemático, puesto que permanece sin aclarar el modo concreto en el que esto puede hacerse y qué tipo de cobertura jurídica debe recibir.

El farmacéutico como titular del derecho de objeción de conciencia

El problema de la objeción de conciencia sanitaria por parte de los profesionales farmacéuticos no ha sido abordado en España desde una perspectiva jurídica. La jurisprudencia se ha limitado a reconocer este derecho a los profesionales del ámbito médico-quirúrgico, sin abordar de modo expreso al farmacéutico que presta sus servicios en un laboratorio o en una oficina de farmacia. Por otra parte, el tratamiento legal de la objeción de conciencia sanitaria se ha centrado exclusivamente en la práctica del aborto, algo que, hasta la efectiva aparición y comercialización de la PDS y la consideración de sus Posibles efectos abortivos, aparecía como una realidad bastante ajena a la actividad del farmacéutico.

Tanto el «Código Deontológico Médico», en su art. 27, como el «Código Deontológico de la Enfermería» en su art. 22, recogen el derecho a la objeción de conciencia de sus profesionales, con el consiguiente compromiso de las respectivas organizaciones colegiales de respaldar las decisiones de objetar de sus colegiados, respaldo que se ha concretado de manera visible en el apoyo recibido en los procesos judiciales que se han llevado a cabo por esta causa.¹¹ Frente a la vigencia e importancia de esos códigos deontológicos en el ámbito de la medicina y la enfermería, se echaba en falta en España un docu-

mento análogo en el ámbito farmacéutico. Finalmente, después de diversos proyectos modificaciones, el 14 de diciembre de 2000, la Asamblea de Colegios aprobó el «Código de Ética y Deontología de la Profesión Farmacéutica». En el art. 28, se alude expresamente al derecho de objeción: *«La responsabilidad y libertad personal del farmacéutico le facilita para ejercer su derecho a la objeción de conciencia respetando la libertad y el derecho a la vida y a la salud del paciente»*. Junto a esto, el art. 33 del Código compromete a la Organización Colegial en el asesoramiento y la defensa de quienes hayan decidido declararse objetores: *«El farmacéutico podrá comunicar al Colegio de Farmacéuticos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria»*.

No podemos extendernos aquí en analizar la redacción utilizada por este art. 28 pero, en todo caso, de él y de su conjunción con el art. 33, se deducen con claridad dos cosas: *a.* la Corporación Farmacéutica reconoce al farmacéutico como titular del derecho de objeción de conciencia y le respalda en su libre decisión de ejercitarlo; *b.* su ejercicio debe ser compatible con la libertad, la vida y la salud del paciente. La existencia de este texto viene a consagrar institucionalmente algo que con anterioridad sólo podía presumirse: el ejercicio de la profesión farmacéutica está regido por los principios de libertad y responsabilidad. Ahora bien, no debemos olvidar que, al igual que en los ámbitos de la medicina y la enfermería, se trata de un simple código ético que no puede garantizar al farmacéutico la cobertura legal del efectivo ejercicio del derecho de objeción, algo que sólo podría garantizar una legislación específica. Sería deseable que el futuro Estatuto de la Profesión Farmacéutica, pendiente de aprobación por el Ministerio de Sanidad español, recogiera este importante aspecto. De momento, donde la existencia del Código Deontológico reviste una mayor virtualidad es en el compromiso de asesoramiento y ayuda al objetor en caso de que su actuación le involucrara en un proceso judicial. Precisamente por eso, es importante dilucidar si la negativa del farmacéutico a suministrar la PDS alegando razones de conciencia puede considerarse amparado por el ordenamiento jurídico español.

El farmacéutico en especial si presta sus servicios en una oficina de farmacia, se encuentra sometido a normas que le obligan taxativa-

mente a dispensar estos productos. La Ley del Medicamento (Ley 25/1990, de 20 de diciembre), es la que se ocupa de recoger la obligación de suministro y dispensación de medicamentos en España. Su artículo 3.1 prescribe lo siguiente: «*Los laboratorios, importadores, mayoristas, oficinas de farmacia de hospitales, centros de salud y demás estructuras de atención a la salud están obligados a suministrar o a dispensar los medicamentos que se les soliciten en las condiciones legal o reglamentariamente establecidas*». Esta obligación de suministro y dispensación cuenta lógicamente con un reflejo en el capítulo dedicado a infracciones y sanciones. El comportamiento del que se niega al suministro de un fármaco está tipificado entre las infracciones graves, previstas en el art. 108.2.b.15 de la ley, que entiende como tales «*la negativa a dispensar medicamentos sin causa justificada*». El apartado b.17 del propio art. 108.2, considera también grave «*cualquier otro acto u omisión encaminado a coartar la libertad del usuario en la elección de la oficina de farmacia*». Por último, si la conducta del farmacéutico fuera reiterada, su acción podría llegar a considerarse falta muy grave, de acuerdo con la previsión del art. 102.2. c.5: «*la reincidencia en la comisión de faltas graves en los últimos cinco años*».

Ante este panorama sancionador, cabe preguntarse: ¿el profesional farmacéutico puede legítimamente negarse a dispensar la PDS, alegando motivos de conciencia, a la vista de su efecto abortifaciente en algunos casos? ¿Cabe considerarle como titular del derecho fundamental de objeción de conciencia al aborto, no siendo un facultativo, no prestando sus servicios en un centro sanitario sino en una oficina de farmacia y no siendo clínica su intervención?

En primer lugar, parece claro que el derecho de objeción de conciencia sanitaria abarca a toda persona que, por sus funciones dentro del ámbito sanitario, deba realizar una intervención, directa o indirecta, en el proceso abortivo que choque con sus imperativos de conciencia. Y ello porque las posibles limitaciones al ejercicio del derecho no provienen de la condición de personal sanitario o colaborador, ni del tipo de vínculo laboral que ostente con las institucionales sanitarias, sino del tipo de actividad que se desempeña y del tipo de intervención que se requiere de él en el proceso abortivo.¹² Así, por ejemplo, no podría ampararse en el derecho a la objeción de conciencia el celador

encargado de transportar a una paciente al quirófano en el que se le practicará el aborto. En cambio, sí podría hacerlo la enfermera cuya intervención fuera requerida para auxiliar en un aborto.

La clave reside, pues, en dilucidar el contenido esencial del derecho de objeción de conciencia sanitaria; es decir, qué tipo de actividades comprende su esfera de protección. Los dos pronunciamientos jurisdiccionales más significativos habidos en España hasta el momento han expresado lo siguiente acerca de los objetores sanitarios:

«No pueden ser obligados a la realización de actos médicos, cualesquiera que sea su naturaleza, que directa o indirectamente estén encaminados a la producción del aborto, tanto cuando éste vaya a realizarse, como cuando se esté realizando la interrupción del embarazo, debiendo por el contrario prestar la asistencia para la que sean requeridos a las pacientes que se encuentren internadas con aquél objeto, en todas las otras incidencias o estados patológicos que se produzcan aunque tengan su origen en las prácticas abortivas realizadas» (Sentencia de la AT de Oviedo, de 29 de junio de 1988).

«El efecto jurídico específico que produce la objeción de conciencia reside en exonerar al sujeto de realizar un determinado acto o conducta que, de otra suerte, tendría la obligación de efectuar: La satisfacción del derecho fundamental, por lo tanto, comporta que no cabe exigir del profesional sanitario que por razones de conciencia objeta al aborto, que en el proceso de interrupción del embarazo tenga la intervención que corresponde a su esfera de competencias propia, 'intervención que, por hipótesis, se endereza causalmente a conseguir'; sea con actos de eficacia directa, sea de colaboración finalista, según el cometido asignado a cada cual, el resultado que la conciencia del objetor rechaza, cual es la expulsión del feto sin vida» (Sentencia del TSJ de Baleares, de 13 de febrero de 1998).

En definitiva, con relación al derecho de objeción de conciencia por parte de los farmacéuticos ante el suministro de la PDS, realizando una aplicación analógica de los criterios jurisprudenciales arriba mencionados, podríamos establecer los siguientes presupuestos:

a. La dispensación de la PDS constituye una «acción médica» (debe ser expresamente decretada por un facultativo para ser legal), cuya peculiaridad comporta, en un significativo porcentaje de casos,

que se está realizando una intervención directa en un proceso de interrupción del embarazo.

b. El profesional farmacéutico es indudablemente un «profesional sanitario».

c. La ley del Medicamento le obliga, en principio, a dispensar ese medicamento.

d. La dispensación de la PDS, como de cualquier otro medicamento, constituye para el profesional farmacéutico el «ejercicio de su cometido» y un acto que entra dentro de su «esfera de competencia propia».

e. Cuando el legislador ha establecido la obligación de dispensar medicamentos, lo ha hecho, sin duda, intentando evitar que un farmacéutico se niegue a suministrar un determinado producto de modo arbitrario; pero eso no significa que pueda obligar al farmacéutico a dispensar todo tipo de preparados prescindiendo por completo de su criterio profesional.¹³ En efecto, al farmacéutico se le exige ser un agente sanitario cualificado, al igual que la oficina de farmacia no es un simple comercio. De ahí que la sanción legal viene dada por la negativa a dispensar medicamentos «sin causa justificada». Lo contrario, supondría la absurda posibilidad de privar al farmacéutico de desempeñar su profesión con responsabilidad e impediría su participación activa en el cuidado promoción de la salud de los ciudadanos, a lo que les obliga su condición de profesionales sanitarios. Esto podría fundamentar en algún caso el recurso a la denominada «objección de ciencia» como mecanismo para evitar el suministro del medicamento.

f. Bajo la expresión «causa justificada» hay que incluir tanto consideraciones profesionales como los imperativos éticos.

g. El acto de dispensación de la PDS se «endereza causalmente», como «colaboración finalística», en muchos casos, a evitar una gestación impidiendo la implantación cuando ya ha habido fecundación.

h. Parece claro que, en tales circunstancias, el profesional farmacéutico es titular de un derecho fundamental a la objeción de conciencia sanitaria que incluye plenamente la negativa a la dispensación de la PDS. El rango constitucional de este derecho debe prevalecer sobre la obligación legal de suministro o dispensación establecida por la ley del medicamento.

i. La eficacia directa de la Constitución en lo tocante a derechos fundamentales permite que esa objeción pueda alegarse sin necesidad de regulación específica y en el momento en que su intervención sea requerida, además de impedir que pueda ser perjudicado en ningún ámbito por el mero hecho de ejercitarla.

Otras formas de objeción a la PDS

Junto a la objeción de conciencia, la doctrina reconoce otras formas de justificar la resistencia al cumplimiento de deberes jurídicos que no pasan por alegar motivos 'de conciencia. Se trata de las denominadas objeción de legalidad y objeción de ciencia. Las analizaremos brevemente.

La «objeción de legalidad» a la PDS

La denominada «objeción de legalidad», procede de la convicción razonada por parte del sujeto de que la obligación que se le impone es contraria a la legalidad vigente. En el caso de la dispensación de la PDS, como acabamos de exponer, hay motivos fundados para dudar de que su posible efecto abortivo esté dentro de la legalidad vigente. En principio, fuera de las tres indicaciones despenalizadoras del aborto recogidas en el Código Penal (art. 417 bis CP-73), la vida humana embrionaria es objeto de protección constitucional. Por consiguiente, su utilización incondicionada en las actuales circunstancias podría considerarse como un fraude de ley.

La STC 53/1985 permite afirmar que en ningún caso es constitucionalmente aceptable conceder la primacía absoluta a los intereses de la gestante sobre la vida del *nasciturus* o suprimir su protección durante un periodo determinado. En el ordenamiento jurídico español resulta completamente descartada la legalidad de toda acción o medicamento que permita provocar directamente el aborto por voluntad de la mujer, privando al embrión de la protección constitucional que le es debida. Estaríamos ante un comportamiento típicamente delictivo. Así lo ha establecido una reciente sentencia del Tribunal Supremo, confirmando la condena por delito de aborto de un médico que «aten-

diendo al deseo de abortar de la mujer; le recetó el medicamento «Cytotec» y la paciente ingirió 4 ó 5 comprimidos que fue la dosis indicada por el acusado para la producción del aborto. La claridad y rotundidad de los hechos probados no permiten la menor duda sobre la aplicación del art. 145.1 CP-95 a quien con su comportamiento activo, aunque no directo sobre el cuerpo de la mujer; desencadenó conscientemente el curso causal que habría de desembocar como desembocó en la muerte del feto» (STS de 3 de abril de 1997, FJ 1º).

Como ya expusimos en su momento, de los diversos estudios experimentales realizados en mujeres, la PDS actúa en un 75% de las ocasiones como mecanismo antimplantatorio; esto es, abortifaciente. En consecuencia, cabe cuestionar muy seriamente la legalidad de este fármaco puesto que su utilización posibilita que la gestante pueda producir un aborto unilateralmente dentro de las primeras 72 horas, sin que quepa establecer un control sobre la ponderación de bienes en conflicto y sobre la protección debida al *nasciturus*. Esta posibilidad parece claramente inconstitucional.

En definitiva, puesto que la decisión de las autoridades sanitarias españolas de comercializar un fármaco con alta probabilidad de provocar un efecto abortivo es, por lo menos, de dudosa legalidad, resultaría legítimo que el profesional farmacéutico decidiera congelar el suministro de la PDS, en tanto en cuanto el Tribunal Constitucional no se pronunciara sobre la constitucionalidad de esa comercialización o bien se modificara la legislación vigente estableciendo expresamente la licitud de dispensar ese fármaco. En todo caso, la decisión de distribuir la PDS seguiría siendo cuestionable ya que supone autorizar la práctica libre de abortos dentro de las primeras 72 horas de vida del embrión, cuando la doctrina constitucional ya estableció en su momento que la vida del *nasciturus* no puede quedar completamente desprotegida.

La «objección de ciencia» a la PDS

Otro de los mecanismos de resistencia al cumplimiento de deberes jurídicos que puede invocarse en algunos casos, particularmente referidos al ámbito científico y médico, es la denominada «objección de ciencia». Se trata de evitar un determinado comportamiento legal-

mente exigido acudiendo al dictamen del propio conocimiento científico y técnico que el sujeto posee sobre la materia de que se trata. Aplicándolo al caso que nos ocupa, la objeción de ciencia consistiría en la posibilidad de que el farmacéutico, como miembro de pleno derecho del sistema público de sanidad, pudiera cuestionar la conveniencia de un determinado tratamiento, basándose en su competencia, cualificación técnica y en su autonomía científica para la prescripción de ciertos fármacos, cuando considera que pueden ser perjudiciales para la salud de un sujeto.

Ciertamente, el farmacéutico podría argüir su autonomía y competencia profesional para evitar suministrar una sustancia como la PDS que no persigue directamente el mejoramiento de la salud de una mujer sino la posible destrucción de un embrión. Sin embargo, este tipo de objeción resulta difícilmente invocable, ya que en este caso, el acto de dispensar la PDS está condicionado a la presentación de una receta médica. Cuando se ha recetado ese fármaco, debe presuponerse que el médico ya ha ponderado los posibles daños derivados de la ingestión de la PDS y su proporcionalidad para lograr el fin que se persigue. Ante una eventual divergencia de criterios científicos entre el médico y el farmacéutico, parece claro que debe prevalecer la opinión del primero que es la del facultativo especialista.

Consideraciones finales

Es indudable que la medida del Gobierno español de autorizar la comercialización de la PDS ha tenido como principal objetivo atajar el gravísimo problema de los embarazos de adolescentes que, en la mayor parte de los casos, acaban en trágicos abortos o en problemáticas maternidades que no auguran nada bueno ni para la madre ni para el hijo. La importancia del problema y la presunta eficacia del fármaco para evitar gestaciones no deseadas, ha motivado una valoración positiva generalizada por parte de casi todos los grupos parlamentarios. Por nuestra parte, y en relación con el problema que venimos tratando, estimamos imprescindible subrayar dos aspectos: a. la PDS provoca en ocasiones la eliminación de un embrión humano antes de su implantación en el útero; b. la protección constitucional de la vida

humana, en una fase de la gestación, queda de este modo cercenada sin la debida justificación legal. Lo primero legitima la objeción de conciencia de los farmacéuticos a la dispensación de la PDS; lo segundo, justifica su recurso a la objeción de legalidad.

Las posiciones contrarias al reconocimiento de esta objeción de conciencia se apoyan principalmente en dos ideas: que los farmacéuticos no provocan un aborto al suministrar la PDS y, por ello, no pueden invocar esa razón para resistirse a su dispensación; y que los farmacéuticos están para proporcionar un servicio público y no pueden dejar de hacerlo por motivos de conciencia ya que nadie les obliga a ejercer de tales. La primera negaría la existencia de una razón para acogerse a la objeción de conciencia; la segunda negaría la posibilidad de invocar la objeción de conciencia a quien libremente ha elegido una profesión. Esos argumentos, sin embargo, no resultan determinantes.

Por un lado, pensar que el farmacéutico ejerce un mero papel de distribuidor de medicamentos, semejante al del conductor que transporta la PDS hasta las farmacias, supone desvirtuar por completo el acto profesional de la dispensación farmacéutica. En efecto, cuando un farmacéutico pone en manos de un cliente un fármaco asume la responsabilidad de proporcionarle un medio que contribuya a su salud. Si, como sucede con la PDS, lo que el farmacéutico pone en sus manos es una sustancia que, en algunos casos, actúa como abortifaciente, él asume la responsabilidad de ese resultado. Y, por ello, es razonable que quienes son contrarios a la eliminación de vidas humanas invoquen razones de conciencia para resistirse a la dispensación de ese fármaco.

Por otro lado, es cierto que la profesión farmacéutica es libre y quien la elige debe cumplir con las exigencias que de ella se derivan. Pero lo propio de esa profesión es la dispensación de sustancias dirigidas a la curación, lo que de ninguna manera puede afirmarse de una sustancia que, eventualmente, produce la eliminación de embriones humanos todavía no implantados.

Por último, y más allá de la confrontación entre posiciones difícilmente reconciliables, pensamos que lo conveniente es buscar un espacio común que permita el entendimiento recíproco y la consecución de acuerdos. En este caso, consideramos que el espacio común se en-

cuentra en la Constitución; en particular, en los presupuestos sobre los que se sustenta el Estado social de Derecho, por un lado, y en el reconocimiento del derecho de objeción de conciencia, por otro. De acuerdo con aquellos presupuestos, el Estado ha decidido poner la PDS a disposición de quienes puedan necesitarla en un caso de emergencia y para ello quiere garantizar que, efectivamente, nadie que la desee se vea impedido de conseguirla. Pero al mismo tiempo, ese Estado debe reconocer el derecho de objeción de conciencia por parte de quienes se oponen a dispensar sustancias que incluyen efectos anti-implantatorios en su mecanismo de actuación. En principio, no tienen por qué producirse situaciones en las que o bien un farmacéutico que no quiere, se vea obligado a dispensar la PDS, o bien que la mujer que la solicita se quede sin ella y se vea obligada a sufrir las consecuencias de no haber podido adquirirla dentro de las 72 horas siguientes a la relación sexual. Para asegurar que esas situaciones no se produzcan, por ejemplo, en los días festivos que podrían ser quizá los más problemáticos, sería muy deseable la cooperación entre la Administración central o autonómica y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, de modo que éstos últimos facilitaran la objeción de conciencia efectiva a los colegiados que la invocaran, garantizando por otro lado que la PDS sea distribuida en un número suficientemente amplio de farmacias.

Referencias bibliográficas

¹ Cfr. *The Lancet*, 1998,352: 478.

² La diferencia de este producto sobre los medicamentos tradicionalmente anticonceptivos, radica en su alta dosis de levonorgestrel. La composición del anticonceptivo clásico se basaba fundamentalmente en la utilización del gestágeno (etinil-estradiol), cuyo efecto era prevalentemente anovulatorio. La PDS, para asegurar el efecto contraceptivo en los casos en que ya se ha producido la ovulación, introduce un producto (levonorgestrel) que afecta también al endometrio, haciéndolo inadecuado para la anidación del posible óvulo fecundado que, en su caso, vendría a ser expulsado con la menstruación. La PDS no tiene ningún efecto si el cigoto ya se ha implantado en el útero, por ello debe tomarse dentro de las 72 horas siguientes a la relación sexual. Los trabajos experimentales realizados sobre mujeres tras la utilización del método Yuzpe (0,1 mg de etinil-estradiol + 0,50 mg de levonorgestrel) y con un posterior seguimiento hormonal para verificar el nivel de ovulación, concluyen que el preparado tendría efecto anovulatorio en un 25% de los casos y anti-implantatorio en un 75%. El fármaco comercializado en España, contiene una dosis todavía más alta de levonor-

gestrel (0,75 mg) por lo que su efecto anovulatorio se reduce al mínimo, potenciando al máximo el anti-implantatorio AZNAR J., *Contracepción de emergencia*, Provida Press, 2001, 88; DI PIETRO M.L., MINACORI R., *Contracezione d'emergenza*, Medicina e Morale 2001, 1: 11-39, pp. 24-32.

³ DI PIETRO, MINACORI, *Contracezione d'emergenza*, pp. 32-37.

⁴ La Corte Constitucional chilena, en su sentencia de 30 de agosto de 2001, ha declarado la inconstitucionalidad del decreto que autorizó la comercialización en Chile de la PDS, desarrollando la misma argumentación que hemos utilizado: «Si entendemos que la fertilización es, como es, un proceso continuo, que no resulta separable en etapas o momentos, debemos concluir que el óvulo fecundado o embrión es ya un individuo de la especie humana y, como tal, digno de protección constitucional y legal para alcanzar su pleno desarrollo hasta que el nacimiento se produzca...» (nº 18). «Cualquiera que hayan sido los fundamentos y consideraciones que tuvieran a la vista las autoridades recurridas para autorizar la fabricación y comercialización del medicamento denominado 'PDStinal', con contenido de 0,75 mg. de la hormona de síntesis levonorgestrel, uno de cuyos posibles efectos es el de impedir la implantación en el útero materno del huevo ya fecundado, esto es, del embrión, han incurrido en ilegalidad puesto que tal efecto es, a la luz de las disposiciones constitucionales, legales y convencionales analizadas precedentemente, sinónimo de aborto penalizado como delito en el Código Penal...» (nº 20). Un razonamiento paralelo ha sido empleado por la Corte Constitucional de Argentina, en su fallo de 6 de marzo de 2002, declarando inconstitucional la producción y distribución de la PDS. El mismo camino ha seguido la corte Constitucional de El Salvador.

⁵ BELLVER CAPELLA V., *¿Clonar? Ética y Derecho ante la clonación humana*, Granada: Comares, 2000: 79

⁶ SIEIRA MUCIENTES s., *La objeción de conciencia sanitaria*, Madrid: Dykinson, 2000: 49.

⁷ NAVARRO-VALLS R., MARTÍNEZ TORRÓN J., *Las objeciones de conciencia en el derecho español y comparado*, Madrid: McGraw-Hill, 1997: 27.

⁸ GASCÓN ABELLAN M., *Obediencia al Derecho y objeción de conciencia*, Madrid: CEC, 1990: 265. Es la jurisprudencia quien debería jugar un papel fundamental a la hora de resolver las controversias provocadas por el ejercicio individual de la objeción. En este sentido, se podrían establecer dos principios orientadores sobre los que cabría asentar la tutela jurídica de la objeción de conciencia no amparada legalmente: en primer lugar, que las conductas omisivas ante una norma que obliga a hacer algo, generan un riesgo social menor que aquellas que son activas frente a una norma prohibitiva; de modo que las primeras pueden ser amparadas bajo la presunción general de legitimidad. En segundo lugar, los comportamientos de objeción de conciencia de trasfondo religioso parecen exigir un mayor grado de tutela que los simplemente ideológicos. El grupo religioso ofrece más garantías sociales que la simple opinión individual. Por otro lado, no hay que olvidar que la objeción ha marchado históricamente en paralelo con la libertad religiosa (*Ibid.*, p. 266 Y ss.). ⁹ NAVARRO-VALLS R., MARTÍNEZ TORRÓN J., *Las objeciones...*, p. 36.

⁹ NAVARRO-VALLS R., MARTÍNEZ TORRÓN J., *Las objeciones...*, p.36

¹⁰ En concreto, La STC 35/1985 declara que «el derecho a la objeción de conciencia al servicio militar, derivado de la libertad ideológica establecida en el artº 16, es un derecho... a ser declarado exento del deber de cumplir tal servicio militar» (en la misma línea se sitúa la STC 15/82, cuyo pronunciamiento en favor de la existencia de un derecho fundamental a la objeción debe matizarse por la STC 161/87).

¹¹ El documento más reciente de estas características aprobado hasta el momento en España - con una buena dosis de polémica-, ha sido el «Código Deontológico del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona». También en él se hace referencia al derecho de objeción en su artículo 54: «*El metge té el dret a negar-se a aconsejar alguns dels mètodes de regulació de la reproducció i assistència a aquesta, a practicar l'esterilització o a interrompre un embaràs, però mai no podrà ni que sigui alegant raons de consciència defugir l'objectiva i completa informació sobre la possibilitat de fer-ho, respectant la llibertat de les persones de cercar el consell d'altres metges. Ha de tenir sempre en compte que el personal que treballa té els mateixos deures i drets que ell*».

¹² SIEIRA MUCIENTES S., *La objeción...*, p. 149.

¹³ LÓPEZ GUZMAN L., *Objeción de conciencia farmacéutica*, Barcelona: EIU, 1997: 151.

Cuando la fe se confronta con la ley en el ámbito de las biotecnologías humanas*

*Elio Sgreccia**

Resumen

Este artículo analiza la relación entre las instancias religiosas y la ley civil, teniendo presente las posibles intervenciones de la ley en el campo de la genética y de la procreación.

Después de haber argumentado que el diálogo entre la fe religiosa y los regímenes democráticos se está volviendo cada vez más urgente para evitar los fundamentalismos religiosos y la presunta neutralidad moral de las democracias liberales, el autor afirma que el hecho religioso cristiano-católico presenta tres exigencias fundamentales para una relación correcta entre la fe y la ley: la exigencia antropológica, la exigencia epistemológica y, tercero: las orientaciones de carácter normativo-jurídico que se necesitan en torno a la genética y a la procreación artificial que son exigencias de una visión centrada en la dignidad de la persona humana.

* Texto de la conferencia del mismo título presentada en Washington D.C. en el ámbito del Congreso que se desarrolló del 22-23 de octubre de 2001 con el tema "Human Genomics, the Family and the Law". El presente texto fue redactado antes del 11/09/2001.

** Director del Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón; Vicepresidente de la Academia Pontificia de la Vida; miembro del comité Nacional de Bioética.

*** Palabras clave: bioética, formación.

Abstract

The article analyses the relationship between religious faith and the civil law, keeping in mind the possible interventions of the law in the field of the genetics and the procreation.

After having affirmed that the dialogue between religious faith and democratic regimens is becoming more and more urgent to avoid both religious fundamentalism and presumed moral neutrality of liberal democracies, the author says that the Roman Catholic religious perspective sets three fundamental demands for a correct relationship between faith and law: the anthropological demand and that is a man's conception that requests the respect of the dignity of every human person; the epistemological demand and third the normative orientations about genetics and procreation that a vision centered on the dignity of the human person.

Palabras claves: religión, jurisprudencia, biotecnología

Premisa

He interpretado el título y el asunto de esta ponencia que fija su atención en la relación entre las instancias religiosas y la ley civil, de forma concreta, esto es, teniendo presente la temática precisa del congreso que se ocupa de las posibles intervenciones de la ley en el ámbito de la genética y de la procreación.

No me parece que sea parte fundamental de esta ponencia el tratar exhaustivamente los problemas generales de la relación entre la fe y las confesiones religiosas, por una parte, y la ley civil, por otra. Este argumento implicaría el tratar muchos temas filosóficos y sociológicos: la secularización del pensamiento occidental, la laicidad del Estado, la libertad religiosa, la tolerancia, y en nuestros días también el

fundamentalismo, el integrismo y, más concretamente, la relación entre la moral y el derecho, entre el individuo y la sociedad.¹

Por tanto, mi participación deberá tener una primera parte general en la que se defina el trasfondo y el cuadro de referencia filosófico-jurídico, para después detenernos en los tipos de encuentros entre la fe religiosa y la ley civil, en los temas particulares de bioética que hoy se ponen en discusión.

En el contexto occidental se encuentra muy difundida la sensación (también se nota esto en el creciente número de libros sobre el tema) de que un diálogo nuevo entre la fe religiosa y los regímenes democráticos cada vez se esté volviendo más urgente.²

Lo demuestra, por una parte, el creciente rechazo de cualquier forma de integrismo y de fundamentalismo, presentes especialmente en el área del Islam; y por otra, por el empobrecimiento cultural fruto del secularismo. Pero también lo demuestra la crisis de los conceptos sobre la que se funda la posmodernidad, así como el relativismo en relación con los valores morales y la negación de la relevancia de la teología, conceptos sobre los que se basa el de laicidad en muchos contextos democráticos actuales. Tales elementos solicitan una instancia de recuperación de una relación más positiva y dialogal entre la fe religiosa y la razón laica.

Mientras la figura prevaleciente de organización democrática en occidente es hoy la de una democracia que prescinde de la relación religiosa, y por esto se le define como “laica” (pero que en realidad es agnóstica); frente a esta concepción se encumbra amenazante la otra forma: la del fundamentalismo “religioso”, que rechaza la libertad y el pluralismo.

La así llamada “neutralidad” de las democracias liberales con respecto a los valores morales, paradójicamente desarrolla posturas anti-liberales y contradictorias. Juan Pablo II, en la Encíclica “*Evangelium Vitae*” denuncia esta característica paradójica que se nota en que muchas democracias, aun reconociendo la igualdad de los seres humanos, legalizan el aborto y la eutanasia.³

Por otra parte, el empobrecimiento del derecho, con motivo del rechazo de cualquier aportación teológica, es descrito así por D’Agostino: “El precio de la elusión de la reflexión teológica por parte de la ciencia del Derecho es altísimo: consiste éste en rendirse ante la

razón calculadora que lleva a la formalización y, por tanto, en la deformación sistemática de los conceptos jurídicos fundamentales. De ser una experiencia, el Derecho se reduce a ser un sistema; la responsabilidad pasa a ser imputación, la autoridad se vuelve poder; la administración de la justicia será ejecución de un procedimiento; el matrimonio, contrato; la persona es un mero sujeto del Derecho. Y como consecuencia gravísima entre todas, en el peor de los casos se elimina a la justicia del horizonte de los intereses del jurista y se le confina al catálogo de los conceptos que sólo tienen relevancia para al ética y la política”.⁴

El mismo autor afirma que “sólo la enseñanza cristiana está posibilitada de dar a los derechos humanos un auténtico fundamento, mucho más estable del que ofrece cualquier otra perspectiva, negando decididamente que estos nazcan de un mero fundamento *voluntarista*, sustentado en hipotéticos y problemáticos *contratos sociales*”⁵, que serían emprendidos sólo por aquellos que estén en grado de contratar.

Por otra parte, el advenimiento de la civilización postindustrial y tecnológica requiere referirse cada vez más urgentemente a leyes y valores que den sentido a la misma civilización y den estabilidad al progreso: a ese progreso que, como ya todos lo reconocen, no puede entenderse automáticamente como siempre positivo, sin que se recurra a principios éticos y de responsabilidad.

Ya en 1976, N. Luhmann afirmaba: “Puede ser que el futuro se vea obligado a guiar a los esfuerzos de la humanidad más hacia factores de estabilización y al datismo natural de nuestra existencia. Podría ser que la aceleración que se ha dado hasta el día de hoy, sea sólo el inicio de una fuerza de transición, después de la cual se deberá pasar a una nueva distribución de las cuotas respectivas entre duración y sobrevivencia, transformación y cambio”.⁶

T. Serra, retomando el pensamiento de Luhmann, añade: “Fundamentalmente con la actividad postindustrial y tecnológica —la tecnocracia— son tantas las posibilidades de manipular, no sólo a la naturaleza externa, sino también a las realidades humanas, que vuelve a presentarse la exigencia de una referencia a la *veritas*, esto es, a un valor legitimador que vuelva a darnos la ley de existencia del hombre mismo”.⁷

Desde mi punto de vista, sería trágico para nuestra sociedad el no escuchar este reclamo como un “signo de los tiempos”, que estimula a buscar recuperar los valores fundamentales de la convivencia humana y de la experiencia jurídica, después de la tormenta del desierto del relativismo filosófico, del *no-cognitivism* y del *nihilismo* ético, y del positivismo jurídico. Este es, en definitiva, el llamado a la esperanza y el panorama futuro que lanzó al mundo el Papa en la Encíclica “*Veritatis Splendor*”.⁸ Por otra parte, desde un punto de vista teórico, el concepto mismo de pluralismo, que está en la base de los regímenes democráticos actuales, implica que se admitan algunas verdades, como el concebir a la persona humana como un ser capaz de relaciones racionales, y que se acepte el principio de la coexistencia y de la dignidad humana.

Tal camino es cansado pero urgente y puede prevenir la explosión de las sociedades actuales, y no sólo en Oriente y en Oriente Medio, no sólo por el influjo del fundamentalismo islámico, sea éste débil o duro, religioso o paradójicamente laico.⁹

Queriendo ofrecer una definición de fundamentalismo teniendo en cuenta la tan amplia bibliografía sobre el tema, creo que podemos aceptar la que nos ofrece S. Amato, que la retoma de S. Eisenstadt: “la creencia de cualquier grupo organizado o institucional, de tener un camino especial y exclusivo de acceso a la verdad”, “un tipo de jacobinismo religioso en el que el totalitarismo, universalismo y el sentido de misión, se unen de formas diversas al rechazo de algunos aspectos de la cultura moderna”.¹⁰

En cuanto que el fundamentalismo surge al interno de las así llamadas “religiones del Libro” (el Judaísmo, el Cristianismo, en sus varias denominaciones, y el Islam), éste representa un error hermenéutico, pues el texto escrito debe entenderse en su justa interpretación, teniendo en cuenta su género literario, la reflexión sobre el mensaje en su conjunto, y la mediación de la Tradición Teológica (esto último especialmente dentro de la Iglesia Católica).

Más en general, una forma de fundamentalismo religioso que quisiera imponerse como la solución automática y radical a los problemas de la sociedad, cometería un error epistemológico, pues negaría la necesidad de un encuentro entre los diversos conocimientos, cada uno de los cuales (sobre todo las ciencias, el derecho y la

filosofía) tiene su objeto propio, su método y su autonomía relativa para relacionarse con los otros conocimientos, según el horizonte propio de cada uno de ellos, con el fin de resolver los problemas de la sociedad. Cualquier problema que puede surgir en nuestros tiempos, en torno al aspecto social de los descubrimientos científicos y de las aplicaciones tecnológicas, requiere la contribución de las diversas ciencias y no puede resolverse sólo mediante la referencia, inmediata y simplista, al texto religioso.

Fe religiosa y norma jurídica frente a los problemas surgidos de los progresos de la gerética y de la procreación

En el ámbito católico, la necesidad de una armonía entre la fe y la razón ha sido afirmada vigorosamente en la Carta encíclica “Fides et Ratio”.¹¹ En la introducción del documento pontificio, la razón y la fe son descritas simbólicamente como las “dos alas” que conducen al espíritu humano al encuentro con la verdad. En este importante documento, se habla también de la necesaria relación de respeto y armonía entre la fe y la ciencia, entre la técnica y la ética.

La necesaria armonía entre la razón y la fe en el cristianismo, y en especial en el catolicismo, se funda a su vez en un dato posterior, de tipo metafísico— también éste visto a la luz de la razón y de la Revelación—, el dato de la creación. Es debido a la creación que la adoración y la adhesión a Dios se unen desde el punto de vista del hombre, “imagen de Dios”, constituido como su compañero y, al mismo tiempo, responsable de su propia vida, de la vida de los otros y de la realidad cósmica y ambiental. Intrínseca a esta concepción está el respeto a la libertad de conciencia de todo hombre, que prevé ante todo el respeto a la libertad religiosa y rechaza al mismo tiempo todo tipo de violencia.

Por todo esto, me parece que la naturaleza misma del hecho religioso en general, y del cristiano-católico en particular, presenta tres exigencias fundamentales y previas a una correcta relación entre fe y ley.

Ante todo, la exigencia *antropológica*, esto es, la exigencia de una concepción del hombre que exige el respeto de la dignidad de toda

persona humana: la ofensa hecha a la dignidad del hombre, incluso cuando estuviera motivada por un malentendido sentido religioso, es una ofensa hecha a Dios y, por otra parte, el honor de Dios debe concretarse en el respeto del hombre, creado a su imagen y semejanza. Ciertamente el respeto del hombre no debe entenderse en sentido reducido, esto es, sólo como respeto de su conciencia, sino también y sobre todo, como respeto a su vida desde el primer momento de su existencia, por ser éste el fundamento de todos los otros bienes humanos.

La segunda exigencia es de orden *epistemológico*: la fe no debe oponerse a la búsqueda científica y racional, sino que debe indicar el sentido de la misma, teniendo en cuenta los fines del hombre y el respeto a su dignidad. Asimismo, la ciencia debe respetar el papel propio de la fe y la realización de los valores humanos, inherentes a la dignidad trascendente del hombre: ignorar los valores propios de la dimensión espiritual y moral de la persona sería contrario a la armonía del conocimiento, y constituiría una manifestación de integrismo e intolerancia, más que de laicidad. La verdadera laicidad, de hecho, respeta y tiene en cuenta la pluralidad y la armonía de los conocimientos y de los valores.

El principio de la *aceptación del sistema democrático*. Para todo ser humano debe garantizarse el derecho a la libertad-responsabilidad, en un clima de diálogo y de persuasión, y debe asegurarse la posibilidad del disenso cuando estén en juego los valores morales fundamentales. Aquí tenemos que precisar nuevamente que, en el Estado, es precisamente el método democrático en cuanto tal el que exige el deber de defender a la vida de todo hombre y de crear las condiciones para el desarrollo de toda persona, en la justicia y en la solidaridad.

Respetando al sistema democrático, a las Iglesias se les debe permitir no sólo el derecho de proponer los valores que juzguen importantes, sino también el de actuar de forma que se puedan realizar legalmente, según el espíritu y la letra del art. 8 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. No es peligroso que en las sociedades se puedan proponer los valores religiosos incluso de las minorías, cuando se les propone en el marco del régimen democrático:¹²

se trata de un enriquecimiento y de un estímulo a la libertad y a la responsabilidad.

Este objetivo no es fácil de llevar a la práctica en las sociedades actuales, a veces contradictorias a una auténtica democracia. A veces se legitiman comportamientos lesivos de los derechos fundamentales del hombre, como sucede con las leyes permisivas del aborto y la eutanasia. El creyente, en cuanto ciudadano, deberá usar sobre todos los medios a su alcance para modificar tales leyes contrarias a la dignidad del hombre; deberá actuar usando la persuasión y la razón, pues se trata de valores fundamentales y no sólo religiosos. Cuando esto no fuera eficaz, por ser parte de una minoría, él podrá y deberá obrar no sólo mediante la objeción de conciencia de los profesionistas, sino también buscando limitar el daño que se hace a la sociedad y también mediante las leyes.¹³

Antes de entrar específicamente en la posibilidad de encuentro entre los valores religiosos y las leyes civiles en el ámbito de las normativas que se refieren a la esfera de la genética y de la procreación artificial, debemos hacer antes una consideración previa, o mejor dicho, un reclamo, sobre los diversos ámbitos de la moral y del derecho en la vida social. Es sabido que la ley no puede tomar en consideración toda la esfera moral de la subjetividad, y ni siquiera extender la normativa a toda la amplitud del actuar moral (por ejemplo, sobre los actos internos y las intenciones); lo que la ley debe considerar es el *bien común*, así como éste puede lograrse mediante las relaciones entre las personas. El bien común debe entenderse como el bien de todas las personas buscado por medio de la consecución del bien de cada persona. La ley del Estado, por tanto, debe crear las condiciones reales para que el bien de todos sea defendido y procurado por medio de la promoción y de la defensa del bien de cada uno.¹⁴

El documento propuesto por el Magisterio católico más explícito en materia de la defensa de la vida y de la dignidad de la procreación, titulado "Donum Vitae", insistiendo precisamente en los derechos del hombre, afirma: "La intervención de la autoridad política se debe inspirar en los principios racionales que regulan las relaciones entre la ley civil y la ley moral. La misión de la ley civil consiste en garantizar el bien común de las personas mediante el reconocimiento y la defensa de los derechos fundamentales, la promoción de la paz y de

la moralidad pública. En ningún ámbito de la vida la ley civil puede sustituir a la conciencia ni dictar normas que excedan la propia competencia. La ley civil a veces deberá tolerar, en aras del orden público, lo que no puede prohibir sin ocasionar daños más graves. Sin embargo, los derechos inalienables de la persona deben ser reconocidos y respetados por parte de la sociedad civil y de la autoridad política. Estos derechos del hombre no están subordinados ni a los individuos ni a los padres, y tampoco son una concesión de la sociedad o del estado: pertenecen a la naturaleza humana y son inherentes a la persona en virtud del acto creador que la ha originado”.¹⁵

Este pasaje nos pone frente a lo que es el verdadero punto central: el encuentro entre la moral y el derecho, entre la fe y la ley, sólo se puede realizar en el marco del respeto de la naturaleza y de la dignidad propia del hombre en cuanto tal.

Se trata de comprender a la naturaleza en sentido concreto y total. Esto es, no sólo referida a la realidad biológica, ni siquiera sólo entendida como subjetividad, sino en sentido unitario: el hombre es individuo humano en cuanto unidad intrínseca de corporeidad y espiritualidad; el hombre es un viviente en el que la corporeidad existe en razón de un alma espiritual que la actualiza y la estructura. El “Yo” de cada persona implica esta unidad y lo hace desde el momento de la concepción hasta el de la muerte natural. No estaríamos en el orden de lo humano si sólo nos detuviéramos a considerar el aspecto biológico,¹⁶ o sólo el aspecto de la libertad espiritual: lo biológico es pleno y estructurado por la espiritualidad, y el espíritu es el principio estructural y animante de la corporeidad.

Este terreno realista que ve al cuerpo y al espíritu en la unidad de la persona, puede ser el terreno de encuentro entre las diversas posiciones éticas: no se puede hacer una ética sin una antropología y no se puede partir de una antropología que no sea realista, esto es, que no considere la “unitotalidad” de la persona.

En contraste con las visiones antropológicas de tipo reduccionista, que consideran sólo a la corporeidad en sentido materialista o sólo a la espiritualidad en sentido subjetivista, nosotros estamos llamados a confrontarlas con una antropología real, unitaria y universal, que toma en consideración a todo el hombre y a todos los seres humanos, sin discriminaciones: es la antropología que estuvo presente en el ori-

gen de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y en la que la Iglesia Católica descubre los trazos esenciales de la propia tradición teológico-antropológica.¹⁷ El riesgo que actualmente estamos corriendo en el ámbito de los Derechos del hombre es precisamente el de entender al hombre sólo como subjetividad, y no en su totalidad.

A partir de la referencia a esta antropología, al mismo tiempo unitaria y universal, podemos considerar algunas líneas de orientación para la ley positiva en el ámbito de la genética y de la procreación. Las líneas que ahora propondré permiten establecer el punto de encuentro entre las instancias de la fe y las del derecho, desde la perspectiva del valor central de la dignidad de la persona, valor que es central para la religión —me refiero en particular a la Católica— y para el Derecho en la tradición occidental.

Orientaciones de carácter normativo-jurídico sobre la genética y sobre la procreación artificial

Para impostar correctamente los problemas éticos y jurídicos concernientes al ámbito de la genética, es necesario partir de la consideración de lo que representa el código genético para la corporeidad de una determinada persona. A la luz de lo que la ciencia experimental nos ha revelado y confirmado en estos últimos 50 años, especialmente después de entender la secuencia del ADN humano, el código genético determina la estructura de la individualidad corpórea, tanto para lo que se refiere a la pertenencia a la especie, cuanto a lo que tiene que ver con las características individualizantes; solamente de forma indirecta puede éste influir en el desarrollo psicológico que está ligado a factores relacionales y culturales.

Por el contrario, el código genético no constituye la medida y el factor determinante de la dignidad de la persona: la dignidad de la persona depende del espíritu o alma espiritual, que informa y califica la corporeidad del individuo humano singular. En otras palabras, no son los genes los que dan la dignidad a la persona, sino que es la espiritualidad de la persona (esto es, su componente espiritual) el que da la dignidad a la corporeidad y a sus características genéticas. En

un individuo genéticamente defectuoso o enfermo, la dignidad humana personal se mantiene intacta.

Afirmar esto no significa disminuir la importancia de la genética en el ámbito ético-jurídico, por el contrario, significa subrayar su importancia: corregir a un gen o a un cromosoma defectuoso significaría beneficiar no sólo a la corporeidad de un individuo determinado, sino a toda la persona, permitiéndole una más rica expresión de su existencia.¹⁸

Por tanto, no será suficiente el hacer referencia a los resultados o a la utilidad de la intervención en el plano biológico para establecer lo que es moralmente lícito y lo que debe ser permitido por la ley en el ámbito de las intervenciones técnicamente realizables en el campo de la genética. El resultado que se obtiene del tentativo de eliminar los defectos genéticos, por ejemplo esterilizando a los individuos con enfermedades genéticas o cromosómicas conocidas, aunque pueda ser una práctica “técnicamente” eficaz, no podrá ser juzgado conforme a la dignidad de la persona humana y, por tanto, no deberá ser permitido por la ley (como sí lo fue en el régimen nazista), pues priva al individuo de su dignidad. Por el contrario, deberá juzgarse positivamente, por ejemplo, una intervención terapéutica en las células hematopoyéticas de un individuo adulto, siempre que fuera técnicamente realizable, para curarlo de una forma de anemia mediterránea, precisamente porque restituye la salud sin lesionar otras facultades de la persona. Entonces, el criterio de licitud y legitimidad deberá referirse siempre a la dignidad de la persona considerada en su totalidad.

Teniendo en cuenta la diferencia que existe entre las notables posibilidades diagnósticas que la genética ha alcanzado en nuestros días, frente a las todavía limitadas posibilidades terapéuticas, se comprende cómo es que la ley se encuentra en la necesidad de proteger al individuo de formas de selección y discriminación, que se proponen precisamente con base en diagnósticos de enfermedades genéticas que aún no son curables.

Por tanto, en una visión que tiene como criterio de orientación a la dignidad de la persona, las orientaciones legislativas deberán tener en mira los siguientes objetivos:

a. *la protección de cada individuo humano*, esto es, la tutela del derecho a la vida de todo ser humano inocente, incluso cuando sufrie-

ra de defectos genéticos. En el derecho a la vida reside el *derecho a la igualdad* y a la *no discriminación*.

En este ámbito se presenta el delicado problema de la legalización del aborto, en relación con el cual muchas leyes han faltado a un principio básico de la ética y de la legalidad. El derecho a la vida es el derecho fundamental de la persona porque sobre éste se fundan todos los otros derechos. De forma que no puede servir de excusa la motivación de la así llamada “teoría gradualista”,¹⁹ que ha sido desmentida por la ciencia misma en torno a la diferencia ontológica entre el ser humano y la persona humana. En realidad, al quitarle la vida al embrión se suprime al individuo y, por tanto, se le priva del valor fundamental de la persona humana.

b. *El principio de no discriminación* debe valer también en lo concerniente a los derechos sociales de las personas que sufren impedimentos genéticos, incluyendo los derechos al trabajo y al acceso a los servicios de salud en condiciones de justicia y paridad.²⁰ La discriminación es lo contrario al principio de igualdad claramente afirmado por los derechos del hombre y es propio de la antropología personalista.

c. *La prohibición de cualquier intervención genética alterativa no terapéutica*, que busque crear individuos con cualidades superiores o inter-específicas, incluyendo también a la prohibición de la clonación,²¹ sea con fines procreativos, sea con fines así llamados “terapéuticos”. Toda intervención alterativa constituye un abuso de poder de un hombre sobre otro hombre y lesiona al principio de igualdad entre las personas.

d. *La prohibición de patentar al genoma humano* y a los descubrimientos relativos a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El patentar algo, que puede considerarse legítimo para las invenciones biotecnológicas, no puede ser legítimo cuando crea un vínculo de propiedad entre los descubrimientos relativos al genoma humano o sobre los procedimientos diagnóstico-terapéuticos que deben ponerse a disposición de la medicina.²²

e. Por el contrario, se debe fomentar la investigación en torno a los temas de *terapia genética* para lograr tener la posibilidad de sustituir a los genes defectuosos responsables de las enfermedades con genes sanos. Sabemos que hoy esto empieza a ser posible en el ámbito de

las terapias genéticas en células somáticas, a la vez que la terapia genética no puede ser practicada en células de línea germinal, al menos hasta que la investigación preclínica (en animales) no nos haya permitido controlar sin riesgos la inserción de nuevos genes.²³

Además, el estudio y el mejor conocimiento de los mecanismos genéticos podrán contribuir indirectamente también en la terapia contra el cáncer y no sólo para curar las enfermedades hereditarias, esperanza ésta de importancia decisiva para el futuro de la humanidad, esperanza que ha motivado la empresa del mapeo de la totalidad del genoma humano, recientemente concluida en lo que respecta a la fase del secuenciamiento.

f. *La protección de los individuos que trabajan y experimentan en los laboratorios de biotecnologías sobre el ADN* y la supervisión sobre los efectos de la liberación en el territorio de organismos genéticamente modificados, así como sobre los efectos de las modificaciones genéticas en los alimentos.

Hoy las discusiones sobre los organismos genéticamente modificados (OGM) están abiertas y en ocasiones se ven influenciadas por el miedo, por los prejuicios y las ideologías.

Los elementos de valoración ética que se deben considerar son: la salvaguarda de la salud del hombre y, por tanto, la valoración y el control del riesgo, la conservación de la biodiversidad, la información del público y de las personas afectadas, así como la tutela de los intereses de la población frente a los monopolios. Es verdad que la ley debe garantizar la relación correcta entre investigación biotecnológica y la salubridad del producto destinado a la alimentación o la terapia, pero no se puede sustentar una condena de tipo fundamentalista de todos los tipos de empleo de las biotecnologías.²⁴

En todos estos frentes que hemos indicado se abre una nueva fase de reflexión, indicada con el término de “bio-derecho”, que acompaña a la elaboración de las leyes sobre las aplicaciones de la genética. La UNESCO ya ha ofrecido una *Declaración Universal sobre la protección del Genoma Humano*, en 1996. En ella se tienen en consideración muchos de los puntos que ahora hemos afrontado, pero algunos, incluyéndonos a nosotros, hemos denunciado una falta de claridad sobre la protección del genoma humano en la fase prenatal.²⁵

El Parlamento Europeo ha publicado también la Directiva sobre la patentación del ADN²⁶ en 1998.

Muchos son los documentos de carácter orientativo como las *Recomendaciones del Consejo de Europa* de 1982 y del 1989, los dictámenes de los Comités Nacionales de Bioética y algunas directrices importantes de órganos gubernamentales, incluyendo al *National Institute of Health* (NIH) estadounidense, especialmente en lo concerniente a la prohibición de la ingeniería genética alterativa.²⁷ Así mismo son conocidas las tomas de posición que recientemente muchos Organismos Internacionales han asumido sobre la clonación. En dichos documentos, la prohibición de la clonación no siempre se entiende como de la así llamada clonación “terapéutica”; esto es, la que busca producir células y tejidos para usarse en las terapias de enfermedades graves y en la reparación de órganos; pero si se hace referencia a la dignidad de la persona humana, la prohibición debe valer también para estos casos en los que el ser humano —sea este un embrión o un feto— es instrumentalizado o destruido.

Pero el derecho, impulsado por la investigación y sus resultados, está afrontando también la compleja materia de la *procreática*, otro terreno “delicado”, donde es difícil, aunque no imposible, el encuentro entre las instancia de la fe y las de la ley, si usamos como medida el valor de la dignidad de la persona.

Como premisa debemos también recordar, sobretodo en este ámbito, e incluso cuando reconozcamos que no coinciden el ámbito ético y el jurídico, la necesidad de que el ámbito jurídico reconozca los valores fundamentales de la persona y, por tanto, sus derechos fundamentales. El mismo documento del Magisterio Católico que hemos citado precedentemente, la Instrucción “*Donum Vitae*”, de 1987, recuerda que es tarea de la sociedad y de la autoridad política el garantizar el respeto y el reconocimiento “de los derechos inalienables de la persona humana” y añade: “Entre esos derechos fundamentales es preciso recordar a este propósito: a) el derecho de todo ser humano a la vida y a la integridad física desde la concepción hasta la muerte; b) los derechos de la familia y del matrimonio como institución y, en este ámbito, el derecho de los hijos a ser concebidos, traídos al mundo y educados por sus padres”.²⁸

El documento, que refleja la posición oficial de la Iglesia Católica, se expresa apelando a motivos racionales y comenta el primer punto, el de la protección de todo ser humano desde el momento de la concepción hasta la muerte, afirmando: “Cuando el Estado no pone su poder al servicio de los derechos de todo ciudadano, y particularmente de quien es más débil, se quebrantan los fundamentos mismos del estado de derecho. La autoridad política, por consiguiente, no puede autorizar que seres humanos sean llamados a la existencia mediante procedimientos que los exponen a los gravísimos riesgos anteriormente mencionados.”²⁹

Si los católicos insisten en todos los Estados donde se presenta el problema de la protección del embrión humano en las aplicaciones técnicas de procreación artificial, no se debe esto sólo a una visión basada en la fe, sino primeramente en un principio ético jurídico, el del derecho a la vida que, en cuanto fundamental, debe reconocérsele a todo ser humano a partir del momento en que inicia su desarrollo.³⁰ Algunos Comités Nacionales y corrientes de pensamiento, para evitar este escollo y este escándalo ético y jurídico que consiste en la pérdida programada y en la eventual congelación de los embriones, que implica la unión de las técnicas de procreación artificial con el aborto voluntario, han propuesto la noción de “pre-embrión” y el concepto paralelo de “humanización progresiva”. Pero sabemos que tales conceptos no tienen fundamento ni en el plano racional ni el jurídico, pues el individuo humano, como todo ser viviente que es concebido, desde el momento de su concepción en el que se constituye su individualidad biológica, se desarrolla de forma continua, coordinada y autónoma, de forma que no es posible establecer diferencias de sustancia o de valor.³¹

Nos referimos nuevamente al pensamiento conclusivo del Documento de la Iglesia Católica, pensamiento que —como ya hemos dicho— se apoya sobre todo en razones de humanidad, científicamente comprobadas: “El respeto y la protección que se han de garantizar, desde su misma concepción, a quien debe nacer, exige que la ley prevea sanciones penales apropiadas para toda deliberada violación de sus derechos. La ley no podrá tolerar —es más, deberá prohibir explícitamente— que seres humanos, aunque estén en estado embrional, puedan ser tratados como objetos de experimentación, mutilados o

destruidos, con el pretexto de que han resultado superfluos o de que son incapaces de desarrollarse normalmente”.³² Esta posición de la Iglesia Católica sí es una posición inspirada en la fe, pero también está apoyada por razones científicas y filosóficas.

En lo concerniente a la protección de la familia, nuevamente la posición de la Iglesia Católica se refiere a lo que es de relevancia jurídica y, por tanto, el deber de cada Estado de proteger la unidad de la familia y la relación verdadera entre padres e hijos. He aquí la afirmación del documento ya citado: “La autoridad política tiene la obligación de garantizar a la institución familiar, sobre la que se fundamenta la sociedad, la protección jurídica a la que tiene derecho. Por estar al servicio de las personas, la autoridad política también debe estar al servicio de la familia. La ley civil no podrá autorizar aquellas técnicas de procreación artificial que arrebatan, en beneficio de terceras personas (médicos, biólogos, poderes económicos o gubernamentales), lo que constituye un derecho exclusivo de la relación entre los esposos, y por eso no podrá legalizar la donación de gametos entre personas que no estén legítimamente unidas en matrimonio.”.³³ En este pasaje se condena, por tanto, como inmoral y como no digna de legalización la procreación artificial, particularmente cuando es realizada con la intervención de un donador externo a la pareja (fecundación artificial “heteróloga”).

En el mismo documento se condenan también, desde el punto de vista estrictamente moral, a la inseminación y a la fecundación artificial “homóloga”, esto es, la que se realiza utilizando los gametos de los esposos, siempre que el procedimiento técnico se configure como una “sustitución del acto conyugal”. Este es el pasaje relativo a esta situación: “La importancia moral de la unión existente entre los significados del acto conyugal y entre los bienes del matrimonio, la unidad del ser humano y la dignidad de su origen, exigen que la procreación de una persona humana haya de ser querida como el fruto del acto conyugal específico del amor entre los esposos.” (...) En particular en lo que se refiere a la fecundación *in vitro* con transferencia de embriones (FIVET) se afirma: “Pero aun en el caso de que se tomasen todas las precauciones para evitar la muerte de embriones humanos, la FIVET homóloga actúa una disociación entre los gestos destinados a la fecundación humana y el acto conyugal. La naturaleza

propia de la FIVET homóloga debe ser considerada, por tanto, haciendo abstracción de su relación con el aborto procurado. La FIVET homóloga se realiza fuera del cuerpo de los cónyuges por medio de gestos de terceras personas, cuya competencia y actividad técnica determina el éxito de la intervención; confía la vida y la identidad del embrión al poder de los médicos y de los biólogos, e instaura un dominio de la técnica sobre el origen y sobre el destino de la persona humana. Una relación tal de dominio es en sí contraria a la dignidad y a la igualdad que debe ser común a padres e hijos.”³⁴ La Iglesia se mantiene contraria, desde el punto de vista moral, a la fecundación homóloga *in vitro*. Y también en lo concerniente a la inseminación artificial homóloga intracorpórea el documento se expresa así: “La inseminación artificial homóloga dentro del matrimonio no se puede admitir, salvo en el caso en que el medio técnico no sustituya al acto conyugal, sino que sea una facilitación y una ayuda para que aquél alcance su finalidad natural.”³⁵

Está claro que se hace una distinción entre lo que es contrario a la dignidad de la procreación (y lo que se refiere también a las técnicas de inseminación artificial homóloga, salvo que se trate de técnicas no sustitutivas del acto conyugal sino de simple facilitación de la fertilidad del acto conyugal que es cumplido en su naturalidad) y lo que es contrario al derecho y al bien común, en particular a la unidad de la familia (y lo que concierne a las técnicas de fecundación heteróloga y teniendo en cuenta también la ya mencionada destrucción de los embriones).

A la luz de lo que se ha dicho es de esperar la prohibición jurídica de la fecundación heteróloga, además de la de otras formas como la de la “maternidad sustituta”, la “clonación”, la “fecundación *post-mortem*”, cuyas consecuencias sobre los papeles de los padres son aún más evidentes.³⁶

Esto implica que la oposición a las formas de fecundación artificial homóloga viene a configurarse como una instancia moral para los cónyuges, especialmente de los que afirman la unidad del matrimonio y la plena dignidad del acto procreativo; y en cuanto a la fecundación heteróloga, la fecundación sustitutiva y la *post-mortem*, la Iglesia pide que sean prohibidas por la ley. La razón de esta oposición graduada y diferenciada está en el hecho de que la unión del signifi-

cado *unitivo* con el significado *procreativo* es una exigencia y un valor moral, mientras que la intervención de un donador externo a la comunidad conyugal daña incluso jurídicamente al matrimonio y a los derechos del hijo.

Puede ser que quede una pregunta por hacer con relación al comportamiento que se espera por parte de los creyentes en la sociedad civil pluralista y laica, donde ni siquiera estas exigencias del bien común y de importancia jurídica (exigencias que son basadas más en una argumentación racional y jurídica que en una visión de fe) no fueran tomadas en cuenta, en su totalidad o parcialmente: ¿cuál deberá ser el comportamiento de los fieles, racional y éticamente fundamentado, en una sociedad laica y pluralista?

Pienso que es mi deber responder a esta interrogantes, aunque sea de forma sumaria.

Por todo lo que ya hemos dicho, creo que la relación conflictiva entre la comunidad de los fieles y la sociedad civil debe expresarse, como ya lo mencionamos al concluir la primera parte de mi exposición, en el respeto a la democracia; y es también legítimo esperar que sea reconocido a los fieles el derecho de defender las propias convicciones religiosas en las formas permitidas por la ley. Esto es, con la exposición de los motivos de la propia posición en todas las sedes permitidas, y especialmente frente a la opinión pública, sin impedimentos de ningún tipo. Desde esta óptica se incluye el derecho a la objeción de conciencia de los profesionistas y las formas de resistencia pasiva que puedan realizarse excluyendo toda violencia. Todo esto no puede y no debe considerarse fundamentalismo. Sabemos que estas formas han asumido un alto valor democrático en las batallas para reivindicar los derechos de igualdad de los pueblos y de las culturas minoritarias u oprimidas. Y esto no impide a los creyentes la lealtad democrática al operar en todos los sectores por el bien común, es más, esta batalla democrática no sólo es legítima sino que también expresa la búsqueda del bien de todos los ciudadanos.

Una última indicación es ofrecida por la Iglesia Católica *para los legisladores* que, como representantes del pueblo y como creyentes, se encuentran frente a la imposibilidad de abolir con sus votos las leyes contrarias a la vida, como la relativa al aborto, pero que están en posibilidad de poder mejorarlas al menos parcialmente, por medio

del apoyo a leyes no perfectas pero mejores con respecto a leyes pre-existentes o a propuestas de ley. La indicación viene en la Encíclica “*Evangelium Vitae*” en dos pasajes muy importantes: “En el caso pues de una ley intrínsecamente injusta, como es la que admite el aborto o la eutanasia, nunca es lícito someterse a ella, «ni participar en una campaña de opinión en favor de una ley semejante, ni darle el sufragio del propio voto»³⁷. Un problema concreto de conciencia podría darse en los casos en que un voto parlamentario resultase determinante para favorecer una ley más restrictiva, es decir, dirigida a restringir el número de abortos autorizados, como alternativa a otra ley más permisiva ya en vigor o en fase de votación. (...) En el caso expuesto, cuando no sea posible evitar o abrogar completamente una ley abortista, un parlamentario, cuya absoluta oposición personal al aborto sea clara y notoria a todos, puede lícitamente ofrecer su apoyo a propuestas encaminadas a *limitar los daños* de esa ley y disminuir así los efectos negativos en el ámbito de la cultura y de la moralidad pública. En efecto, obrando de este modo no se presta una colaboración ilícita a una ley injusta; antes bien se realiza un intento legítimo y obligado de limitar sus aspectos inicuos.”³⁸

En la democrática y legítima tensión que busca la humanización de la ley, tiene el Occidente la posibilidad de acoger esta invitación expresa del documento que hemos citado: “Para el futuro de la sociedad y el desarrollo de una sana democracia, urge pues descubrir de nuevo la existencia de valores humanos y morales esenciales y originarios, que derivan de la verdad misma del ser humano y expresan y tutelan la dignidad de la persona. Son valores, por tanto, que ningún individuo, ninguna mayoría y ningún Estado nunca pueden crear, modificar o destruir, sino que deben sólo reconocer, respetar y promover.”³⁹

Notas bibliográficas

¹ D’AGOSTINO F. (compilador), *Ius divinum. Fondamentalismo religioso ed esperienza giuridica*, Torino: Giappichelli Editore, 1998; PALAZZANI L., MANZIN M., *Cristianesimo, Occidente e valori dimenticati*, Torino: CIDAS, 2001; EISENSTANDT S., *Fondamentalismo e modernità*, Bari-Roma: Laterza, 1994; CONCILIO VATICANO II, *Decreto sobre*

la libertad religiosa "Dignitatis Humanae"; ID., *Constitución Pastoral "Gaudium et Spes"*.

² "Los diversos fundamentalismos representan probablemente uno de los problemas más urgentes con los que, en oriente y en occidente, en el norte y en el sur, tendremos que lidiar en este inicio de milenio. La bibliografía, ya abundante, crece día con día" (BELARDINELLI S., *Fondamentalismo religioso ed esperienza giuridica. La prospettiva socio-politica*, en D'AGOSTINO, *Ius Divinum...*, p.41).

³ Cfr. JUAN PABLO II, *Carta Encíclica "Evangelium Vitae"* (25 de marzo de 1995), n.4.

⁴ D'AGOSTINO F., *Teologia del diritto alla prova del Fondamentalismo*, en D'AGOSTINO, *Ius Divinum...*, p. 119.

⁵ D'AGOSTINO F., *Diritto e giustizia*, Cinisello Balsamo (Milán): San Paolo, 2000: 29.

⁶ LUHMANN N., *The future cannot bejin: Temporal Structures in modern Society*, Social Research, 1976: 130-132.

⁷ SERRA T., *Tradizione e legge fondamentale*, en D'AGOSTINO, *Ius Divinum...*, p. 255.

⁸ JUAN PABLO II, *Carta Encíclica "Veritatis Splendor"*, (6 de agosto de 1993).

⁹ Con relación a las formas laicas del fundamentalismo, véase a EISENDSTADT S., *Fondamentalismo e modernità*, Bari-Roma: Laterza, 1994; BELARDINELLI S., *Fondamentalismo religioso...*

¹⁰ AMATO S., *Fede e fedeltá: dondamentalismo e principio di legalità*, en D'AGOSTINO, *Ius Divinum...*, pp. 1-3; véase además a STRANGAS J., *I rapporti fra dondamentalismo religioso ed esperienza giuridica*, en D'AGOSTINO, *Ius Divinum...*, pp. 299-340.

¹¹ JUAN PABLO II, *Carta Encíclica "Fides et Ratio"* (14 de septiembre de 1998).

¹² LEAÑEZ MARTÍN J.A., *¿Educar en convicciones atentas al espíritu democrático?*, en D'AGOSTINO, *Ius Divinum...*, pp. 143-164.

¹³ En la Encíclica "Evangelium Vitae" se describe esta presencia de los creyentes en las situaciones de grave negación de los valores fundamentales, en los números 72-73, que aquí hemos sintetizado.

¹⁴ MARITAIN J., *I diritti dell'uomo e la legge naturale*, Milán: Vita e Pensiero, 1977: 4-5.

¹⁵ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción "Donum Vitae"*, 1987, tercera parte.

¹⁶ VANNI ROVIGHI S., *Elementi di Filosofia*, Brescia: La Scuola, 1963; ID., *L'antropologia filosofica in S. Tommaso d'Aquino*, Milán, 1965; SGRECCIA E., *Manuale di Bioética. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milán: Vita e Pensiero, 19993, en particular cfr. el capítulo *La persona e il suo corpo*, pp. 101-131.

¹⁷ D'AGOSTINO, *Diritto e giustizia*, pp. 20-30.

¹⁸ SGRECCIA, *Manuale di Bioética...*, pp. 293-383, con abundante bibliografía; COLOMBO R., *The human genome project: the aim and the limits of research* en ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA (compiladores: Vial Correa J., Sgreccia E.), *Human genome, human person and society of the future*, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana 1999: 40-141.

¹⁹ ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA (compiladores Vial Correa J., Sgreccia E.), *Identity and Statute of Human Embryo*, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1997; HERRANZ G., *Medical Ethical Problems in prenatal and preimplantation genetics*, en ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Human genome...*, pp. 190-211.

²⁰ FIORI A., *Genetics tests in legal medicine and criminology*, en ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Human genome...*, pp. 270-284.

²¹ ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Reflexions on Cloning*, Ciudad del Vaticano, 1997; VIAL CORREA J., *Cloning between science and ethics*, en ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Human genome...*, pp. 318-340.

²² WALDSTEIN W., *The responsibility of the law towards the application of biotechnologies of man*, en ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Human genome...*, pp. 395-413; SGRECCIA E., MELE V., *Ingegneria genetica e biotecnologie nel futuro dell'uomo*, Milán: Vita e Pensiero, 1992; ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Biotecnologie animali e vegetali*, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1999.

²³ WATT H., *Human genetherapy: ethical aspects*, en ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Human genome...*, pp. 255-270.

²⁴ ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Biotecnologie animali e vegetali*, ver especialmente la participación de SGRECCIA E., MELE V., *Bioetica, Biotecnologie animali e vegetali*, pp. 83-101 y BUONOMO V., *Brevetti e brevettabilità delle biotecnologie: alcune considerazioni sugli aspetti etici e giuridici*, pp. 101-148.

²⁵ UNESCO, *Dichiaration Unierselle sur la proteccition du gënome humain*, París 1996.

²⁶ *Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio sulla protezione giuridica delle Invenzioni Biotecnologiche*, Bruselas 12 de mayo de 1998.

²⁷ Sobre este tema puede verse a SGRECCIA, *Manuale di Bioetica...*, pp. 295-299.

²⁸ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción "Donum Vitae"*, parte III.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ En relación a los Estados que tienen ya una legislación sobre la procreación artificial, véase DI PIETRO M.L., SGRECCIA E., *Procreazione assistita e fecondazione artificiale*, Brescia: La Scuola, 1999.

³¹ Sobre este punto hacemos referencia al estudio ya citado de la ACADEMIA PONTIFICIA PARA LA VIDA, *Identity and statute of human embryo*.

³² CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción "Donum Vitae"*, III; JUAN PABLO II, *Carta Encíclica "Evangelium Vitae"*, n. 71.

³³ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción "Donum Vitae"*.

³⁴ *Ibid.*, p. II, n. 5.

³⁵ *Ibid.*, p. II, n. 6.

³⁶ *Ibid.*, p. II, n. 3.

³⁷ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre el aborto procurado* (18 noviembre 1974), 22: *AAS* 66 (1974), 744.

³⁸ JUAN PABLO II, *Carta encíclica "Evangelium Vitae"*, n. 73.

³⁹ *Ibid.*, n. 71.

Formación bioética: presupuestos teóricos y experiencias prácticas*

Corrado Viafora**

Resumen

Este ensayo trata sobre la formación bioética, campo de actividad en continua expansión. La primera parte del trabajo está dedicada a los presupuestos teóricos haciendo una referencia especial a la relación entre los niveles epistemológico y pedagógico.

La segunda parte se centra en los parámetros educativos de algunas experiencias particulares concernientes a la educación básica y avanzada; tanto a la perspectiva del cuidado de la salud como a la filosófica. Esta explicación incluye para cada experiencia: fines, métodos, contenidos y evaluaciones.

La última parte del ensayo se dedica a sugerencias y a la discusión de estrategias que pueden mover el razonamiento ético y la sensibilidad moral. Estas estrategias incluyen: a) la reciprocidad entre las dimensiones personales y culturales; b) la interacción entre los casos particulares y los principios generales; c) un clima de respeto mutuo, que puede contribuir al desarrollo de una actitud de tolerancia y responsabilidad.

* Este ensayo es la ponencia de apertura de la Sesión pública de la Convención anual de la Asociación Europea del los Centros de Ética Médica (ÉCHAME), Aula Magna, Università degli Studi di Padova, 29/09/2001.

** Docente de Bioética, Facultad de las Ciencias de la Formación y Facultad de Medicina, Università degli Studi di Padova; Coordinador del Proyecto "Ética y Medicina" de la Fondazione Lanza, Pádova.

Abstract

Bioethics education: theoretical presuppositions and practical experiences.

The aim of this paper is to frame the core issues concerning the field in increasing development of bioethics education. The first part of the paper is focused on the theoretical presuppositions with particular reference to the relation between epistemological and pedagogical level.

The second part is focused on the explanation of the educational parameters of some practical experiences regarding both the basic education and the continuing education; both in health-care perspective and in philosophical perspective. This explanation includes for each experience: aims, methods, contents and evaluation.

The last part of the paper is devoted to suggest and discuss some strategies that can promote the ethical reasoning and the moral sensibility. These strategies include: a. the reciprocity between personal and cultural dimension; b. the interaction between particular cases and general principles; c. an environment of mutual respect, which can contribute to the develop an aptitude of tolerance and responsibility.

Palabras claves: bioética, formación

Entre las antiguas aporías y las nuevas resistencias. La cuestión de la enseñanza de la ética y de la bioética

Una reflexión sobre la formación bioética que quiera ser imparcial, antes de razonar sobre “cómo” la bioética deba enseñarse, debe preguntarse “si” se le puede enseñar. De esta forma se vuelve a proponer una antigua pregunta, ejemplarmente tematizada en los diálogos de

Platón por medio de la contraposición de las respuestas dadas por Sócrates y por los sofistas.

En la instrucción moderna de esta cuestión se señalan dos posiciones que, aunque se encuentran en horizontes culturales diversos, suscitan críticas y perplejidades sobre la enseñanza de la ética y de la bioética.

La ética es una cuestión de sensibilidad, puede ser testimoniada mediante el ejemplo, no puede ser enseñada. “La ética profesional germina espontáneamente de la vocación. Cuando el maestro descubre en el alumno la verdadera vocación y la apoya, y cuando en el terreno de la vocación siembra la conciencia, está formando no sólo a un *buen médico*, sino también a un *médico bueno*”. Así se expresa G. Marañón en *Vocación y Ética*,¹ añadiendo: “Mi convicción es que en el campo moral no se fijen reglas, ni se tengan cursos de deontología. El médico de vocación, y no “sólo de técnica”, no tiene necesidad de reglamentos para que sea recto. Y, por otra parte, para el médico mal preparado, las reglas y las indicaciones morales serán inútiles”.

Si las críticas hechas por el médico español se sitúan dentro del horizonte antiguo de la “ética de las virtudes”, la perplejidad y las sospechas con relación a la enseñanza de la ética son alimentadas también por convicciones típicamente modernas: el sólo hecho de admitir, al institucionalizar la enseñanza, que en ética existen “expertos” que pretenden “enseñar” algo en este campo, es visto como una vuelta a una actitud del todo incompatible con la conciencia moderna.²

Las razones de estas críticas son evidentes: a) la convicción, por una parte, de que la formación ética no se puede reducir a una enseñanza teórica, refiriéndose a la dimensión práctica; b) por otra, la convicción moderna de que una enseñanza como adoctrinamiento viola al postulado básico de toda moralidad: la autonomía.

De todas formas se trata de razones que, aunque golpean a toda aproximación teórica de la enseñanza de la ética y descalifican definitivamente toda derivación confesional y sectaria, no me parece que prejuzguen la posibilidad de “otro” modo de enseñar la ética y la bioética.

Lo que pretendo proponer en las reflexiones que siguen es el intento por trazar un perfil de este “otro modo” de enseñar la ética, y la bioética en particular, a partir de la presentación de dos presupuestos

necesarios: el primero de orden *epistemológico*, el segundo de orden *pedagógico*.

Formación bioética: presupuestos epistemológicos

Aunque inició hace más de treinta años, el debate actual sobre la bioética continúa teniendo como objeto principal la determinación de su estatus epistemológico.³

La cuestión emerge con el doble significado con el que el nuevo término fue acuñado. En la acepción de Van Rensselaer Potter, la bioética designa una “ciencia nueva”, la ciencia de la sobrevivencia, fruto de una combinación entre biología y de conocimientos humanistas; en la acepción de W.T. Reich, la bioética, en “continuidad” epistemológica plena con la ética, se configura como una “ética aplicada”. En el decurso de estos treinta años de bioética, también a causa de una cierta “ingenuidad” epistemológica de la propuesta “científica” de Potter, ha sido la acepción de Reich la que ha prevalecido.

El camino recorrido, a partir de la inserción de la bioética en la “tradición de la filosofía práctica”,⁴ puede ser recorrido confrontando la definición de bioética presente en la *Introducción* a la primera edición de la *Encyclopedia of Bioethics* con la que aparece en la *Introducción* a la segunda edición. En la definición de 1978 “La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana con relación a la vida, examinada a la luz de los valores y de los principios éticos”.⁵ En la definición de 1995 “La Bioética es el estudio sistemático de las dimensiones morales, comprende la *visión moral*, las *decisiones*, las *políticas* de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, mediante una variedad de *metodologías éticas* en un contexto *interdisciplinario*”.⁶

Emerge de la confrontación de estas dos definiciones la progresiva toma de conciencia sobre la *complejidad* de la reflexión bioética. La *consistencia epistemológica* de la bioética, la posibilidad que no se reduzca a ensamblar un conjunto absolutamente extrínseco de temas y de acercamientos, depende precisamente del modo de determinar la

autonomía y a la vez la estrecha relación entre los diversos niveles. Cada uno de estos niveles de reflexión (la “visión”, las “decisiones”, las “políticas”) tiene una especificidad y, sin embargo, cada uno está estrechamente ligado al otro.

El *nivel ético-fundacional*, expresado en el concepto de “visión”, es el nivel de la reflexión bioética dedicado a la instrucción de las cuestiones bioéticas según la máxima *radicalidad*, orientada a la interpretación de los significados que permiten, frente al creciente potencial de intervención sobre la vida, mantener individual y colectivamente la postura sobre aquello que la define humana. Desde un punto de vista epistemológico, es el nivel en el que la bioética se inscribe con más pertinencia en el horizonte de la investigación filosófica. A este nivel de apertura radical la bioética afronta cuestiones de orden “teórico” (el concepto de vida, del concepto de persona), y de orden “ético” (principios y métodos de argumentación bioética, opciones antropológicas implicadas) y cuestiones que competen más directamente a la filosofía y a la medicina (el concepto de salud y de enfermedad, la determinación de los fines de la medicina).

El *nivel ético-clínico*, expresado en el concepto de “decisión”, es el nivel de la reflexión bioética dedicado a la elaboración del “juicio ético” en relación a un caso clínico y más en general, en relación a los diversos “contextos” en los que se realiza y se institucionaliza la práctica médica. Este es el nivel confiado a la “sabiduría práctica” del agente de salud, llamado a integrar la referencia a los principios y a las normas generales y la referencia al “contexto” particular del caso. Competencia de la sabiduría práctica, el juicio bioético encuentra su sustento más inmediato en la *sensibilidad* específica del agente de salud: las “virtudes”. Y, sin embargo, especialmente frente a la creciente complejidad asumida por la práctica clínica, el juicio bioético necesita de una adecuada *metodología*, a cuyo *aprendizaje* debe prestar atención particular el proceso formativo.

El *nivel ético-reglamentario*, expresado con el término “políticas”, es el nivel de la reflexión bioética que busca la reglamentación de las nuevas tecnologías biomédicas. La reglamentación interesa en diversos ámbitos: a) el *ámbito profesional* (reglamentaciones de carácter deontológico, internas a los grupos profesionales individuales); b) el *ámbito institucional* (reglamentaciones de carácter organizacional in-

ternas a una institución de salud particular, a una práctica concreta); c) el *ámbito político* (reglamentaciones de carácter jurídico, cuando se dan las condiciones para intervenir mediante el instrumento reglamentario más fuerte: la ley).

La importancia de una articulación adecuada del discurso bioético es evidente. En la reflexión bioética entran en juego disciplinas diversas que no tienen los mismos instrumentos ni las mismas referencias. Sus acercamientos específicos deberán ser confrontados respectivamente para evitar, por una parte, una teoría demasiado globalizadora de la realidad y, por otra, una reducción de la interpretación a una sola disciplina. Una reflexión bioética será epistemológicamente adecuada si, reafirmando el carácter prioritariamente filosófico del discurso bioético, sabrá garantizar un *espacio abierto* a la interpretación de los hechos y de los valores.⁷

Es este tipo de “apertura” el que, a nivel formativo, puede garantizar que la enseñanza de la bioética no se reduzca a un adiestramiento pragmático-legalista.

Naturalmente no bastan estos presupuestos de naturaleza epistemológica para construir eficaces rutas formativas. Y, sin embargo, la *consistencia epistemológica* de una disciplina constituye también la premisa de su *madurez pedagógica*.

La Bioética hacia su madurez pedagógica: experiencias y propuestas para el proceso de institucionalización de la formación bioética

Una referencia autorizada para poder valorar sintéticamente el actual proceso de institucionalización de la formación bioética puede ser la voz “*Bioethics education*” de la *Encyclopedia of Bioethics*.⁸ Aunque se refiere directamente a la formación bioética en el ámbito de la salud, parece delinear el escenario de la formación bioética en su globalidad.

A partir de los inicios de los 90, ya sea en Estados Unidos que en otros países del mundo occidental, asistimos a un extraordinario desarrollo de actividades formales de enseñanza de la bioética en todos los niveles: desde la formación básica hasta la formación postuniver-

sitaria. Esto hace patente que —como se afirma en la segunda edición de la *Encyclopedia of Bioethics* bajo la voz *Bioethics, Education*— “hoy la formación bioética en la mayor parte de las escuelas de medicina se ha vuelto parte integrante de la formación médica” (p. 263). Y, sin embargo, a pesar de este desarrollo y el creciente consenso en relación con el núcleo de objetivos y de métodos de enseñanza, muchas cuestiones quedan aún parcialmente sin resolver. ¿Cómo determinar la prioridad y la pertinencia de los objetivos? ¿Quién debe enseñar la bioética? ¿Qué capacidades y qué formación disciplinar son las más apropiadas? ¿Qué métodos de enseñanza son más eficaces y más eficientes en la realización de los objetivos en cada uno de los diversos contextos formativos? ¿Cómo implementar los instrumentos adecuados de evaluación, ya sea para los estudiantes, ya sea de los programas de estudio? Más en general, ¿cuál es la importancia de la evaluación misma? ¿Cómo garantizar una válida formación de los formadores?

La conclusión de la *Encyclopedia*: “La dificultad para responder a estos interrogantes evidencia claramente que un efectivo planteamiento de la formación bioética sigue siendo una tarea por realizarse” (p. 263).

Introduciéndome en el escenario de esta “cantera abierta”, quisiera aportar la contribución de mi experiencia. Ésta está marcada globalmente, (como creo que lo estará la experiencia de cualquiera que haya dirigido y dirija, en diversos niveles, programas de formación en el campo de la bioética) por la continua y nunca terminada búsqueda de: a) diferenciar finalidades; b) especificar objetivos; c) articular contenidos y métodos; d) ajustar tiempos y modalidades de verificación.

En resumen, una búsqueda tendiente a llevar a la bioética a un estado de madurez epistemológica y al mismo tiempo y no menos importante, en un estado de madurez pedagógica.

Haré referencia a algunas experiencias de programación y conducción de programas formativos a nivel y en áreas diversas: formación de base en área filosófica y médica; formación continua y formación especializada, presentando en síntesis algunas experiencias formativas más o menos estructuradas, para tratar de hacer surgir interrogantes que estimulen la reflexión sobre la formación bioética y la

lleven a un nivel de máxima honestidad, en la medida de las posibilidades. En este campo no hay peligros mayores que la autosatisfacción, el inmovilismo, el formalismo y el autoritarismo. Superarlos asegura la calidad de la formación ética y bioética.

Formación bioética básica en el área de la filosofía: el curso de Ética General y Bioética en la Facultad de Ciencias de la Formación de la Universidad de Pádova

En plena continuidad epistemológica entre la ética y la bioética, el Curso se inspira en un modelo de teoría ética adecuado a sustentar la deliberación bioética en una sociedad pluralista. Es explícita la referencia a un doble nivel: el nivel ético-general fundado sobre el principio del respeto a la dignidad de la persona humana, y el nivel aplicativo e interpretativo, dirigido a concretar el paradigma de la dignidad humana en las situaciones nuevas planteadas por el progreso biomédico.

CURSO DE ÉTICA GENERAL Y BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA FORMACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE PÁDOVA (CURSO INSTITUCIONAL DE 60 HORAS DE ENSEÑANZA)

Objetivos:

- Instruir en los *problemas éticos* presentados por la gestión de las nuevas capacidades de intervención sobre la vida humana;
- Analizar y discutir críticamente las diversas tradiciones éticas utilizadas en el debate público y en la reflexión bioética, evidenciando los *principios ético-normativos* que se inspiran en ellas;
- Y, así mismo, las opciones antropológicas que, explícita o implícitamente, se sobrentienden en ellas.

Método y Contenidos

- Las Unidades didácticas, de una hora y media cada una, comprenden: a) *lecciones* presenciales, complementadas generalmente

con la proyección de esquemas y mapas conceptuales; b) *discusiones* sobre la lección a partir de las preguntas planteadas por los estudiantes; c) *análisis* específico de algún concepto por medio de la lectura y la discusión de páginas de los clásicos de la bioética; d) presentación de *material bibliográfico* y de documentos de orden deontológico, ético y jurídico, pertinentes al tema de la clase.

— Las Unidades didácticas están organizadas en módulos temáticos, para cada uno de los cuales el docente proporciona previamente una *selección de lecturas*, acompañadas por una serie de esquemas o *pautas* para su profundización.

— Al final del curso el docente proporciona una dispensa que retoma orgánicamente los temas de las clases.

Evaluación

— A cada estudiante se le pide que redacte un texto de la menos 15 cuartillas: una *tesina*. El contenido de la misma debe ser el desarrollo, en forma de un breve ensayo, de uno de los esquemas de los módulos temáticos.

El examen versa sobre la presentación y discusión crítica de la tesina.

Ejemplos de esquemas o pautas para la tesina. — Un esquema del módulo relativo a *la investigación sobre la persona al inicio de la vida, el debate sobre el estatuto del embrión humano y los conceptos de persona utilizados en éste*, sería el siguiente: «Entre los argumentos más usados en el debate sobre el estatuto del embrión humano figura sin lugar a dudas el argumento de “potencialidad”. El texto en el que el concepto de potencialidad ha sido originariamente tematizado es, como es bien sabido, la *Metafísica* de Aristóteles. En el libro IX de la *Metafísica*, Aristóteles distingue dos significados de potencia: a) potencia como *posibilidad lógica*; b) potencia como *posibilidad metafísica*, esto es, posibilidad determinada y programada a partir de algo intrínseco que se realiza por virtud propia. Tal planteamiento parece ser confirmado por los datos de la genética contemporánea. Esta es la tesis defendida, por ejemplo, por M. Reichlin en: *El estatuto del embrión. La perspectiva ética y el concepto de potencialidad* (1992). Por el contrario, es muy crítico del argumento de po-

tencialidad M. Mori en: *¿Tiene el feto derecho a la vida? Un análisis filosófico de los diversos argumentos sobre el tema con especial atención al de potencialidad* (1990). — Teniendo como punto de referencia el significado aristotélico del concepto de potencialidad, lee y confronta los dos textos propuestos con el objetivo de verificar la extensión ético normativa del argumento de potencialidad».

— Un esquema del módulo relativo a *la dignidad del morir y al debate sobre la eutanasia*: «En la discusión sobre la eutanasia, un papel importante lo tiene la referencia al principio de autodeterminación. Para valorar la importancia que se le puede atribuir legítimamente a tal principio, se debe tener la honestidad suficiente para afrontar las siguientes preguntas: ¿quién es el *sujeto* que requiere ser ayudado a morir? ¿Es el paciente o el ambiente que lo circunda? ¿Cuál es el *objeto* de la investigación? ¿Es el derecho a decidir autónomamente sobre la propia muerte o, más bien, el derecho a ser asistido y atendido hasta el final sin sentirse como una carga y sin avergonzarse? — Lee atentamente la ponencia que se presenta en el Dossier “¿Es lícita la eutanasia? Pros y contras, en “Bioética”, 1993, 2. Has notar el peso diverso y las diversas interpretaciones que se dan al principio de autodeterminación en la valoración de la eutanasia».

Formación bioética básica en el área médica. El Curso de Bioética Clínica de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Pádo

En el campo de la formación bioética básica en el área de la medicina, el escenario europeo está experimentando una gran creatividad. Un testimonio ejemplar de tal creatividad lo podemos encontrar en las Actas del Congreso que en octubre de 1993 la *European Association of Centres of Medical Ethics* (EACME) dedicaba a este tema: “Teaching and training in Medical Ethics. Countries, Professionals, Orientations”.⁹ Entre 1993 y 1995 ha trabajado en el ámbito del Consejo de Europa un “Network on the Teaching of Bioethics” que ha unido a representantes de los más importantes Centros de la Europa

occidental y oriental. El “Manual on bioethics teaching” producido, documenta una gran variedad de experiencias normativas.¹⁰

En cuanto al panorama italiano, señalamos la creación, a partir de la segunda mitad de los años 90, de un *network* de estructuras interesadas en el tema de la enseñanza de la bioética en la facultad de Medicina.¹¹

Modelos formativos específicos están hoy ya implantados y consolidados: a) modelos centrados en el análisis de los casos clínicos (“*case-oriented models*”), como la enseñanza de ética clínica para los estudiantes de medicina de los años de clínica en el hospital universitario de Maastricht;¹² b) modelos centrados en la aplicación orgánica de una teoría ético-normativa (“*Theory-oriented models*”), como la enseñanza de la bioética en el Curso de Licenciatura en Medicina en la Universidad Católica del Sagrado Corazón en Roma;¹³ c) modelos centrados prevalentemente en el método (“*method-oriented models*”), como la enseñanza de la bioética en la formación pre-clínica y en la clínica en el Departamento de Ética, Filosofía, Historia de la Medicina en la Universidad de Nijmegen;¹⁴ d) modelos centrados en la promoción de competencias prácticas de nivel normativo o de nivel relacional (“*Practice skills-oriented models*”), como la enseñanza de la ética médica a los estudiantes de los años clínicos en Oxford;¹⁵ e) modelos centrados en la integración de la Medicina y las Ciencias Humanas (“*Human values-oriented models*”), como la Escuela de Medicina y Ciencias Humanas del Instituto Científico San Rafael de Milán;¹⁶ f) modelos centrados en los interrogantes de las perspectivas éticas de las diversas profesiones de la salud (“*Integrative models*”) como la enseñanza de la *ética aplicada* en la Universidad Católica de Leuven.¹⁷

En el horizonte abierto por este proceso de integración de la enseñanza de la bioética dentro de la formación médica,¹⁸ se coloca el *Curso de Bioética Clínica en la Facultad de Medicina* de la Universidad de Pádova.

El Curso se inspira en un modelo de Bioética que puede proporcionar la necesaria adhesión a los fines intrínsecos de la “práctica” médica y promover a la vez una instancia crítica con relación a esta práctica. En síntesis, un modelo capaz de integrar la “moralidad interna” expresión de los fines de la medicina y la “moralidad externa”,

expresión del contexto cultural y del sistema institucional en el que se encuentran las prácticas de la salud.¹⁹

El Curso se articula en dos niveles: el primer nivel, dirigido a los estudiantes del periodo “pre-clínico”, está centrado en el análisis de las cuestiones bioéticas más presentes en el debate público; el segundo nivel, dirigido a los estudiantes del periodo “clínico”, es de naturaleza metodológica y está centrado en la ejercitación en el análisis ético de casos tomados de los contextos clínicos frecuentados.

CURSO DE BIOÉTICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE PÁDOVA, SEA EN EL PERIODO PRE-CLÍNICO (30 HORAS DE ENSEÑANZA), SEA EN EL CLÍNICO (30 HORAS DE ENSEÑANZA)

Objetivos

— Enseñar y analizar los *problemas éticos* que la práctica médica actual encuentra, en relación con: a) la actual evolución de la relación médico-paciente; b) la tecnologización de la medicina junto a la ampliación de la investigación biomédica; c) las actuales tendencia epidemiológicas con la creciente incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas; d) la integración de los servicios sanitarios y sociales; e) el proceso de racionalización de los sistemas sanitarios.

— Reconocer la *estructura normativa* de la medicina, evidenciando aquellos *finés* cuya realización vuelve “buena” la “práctica clínica” en sus diversos contextos: hostétrico, pediátrico, de las terapias intensivas, oncológico, psiquiátrico, paliativo.

— Conocer y confrontar las *teorías ético-normativas* más usadas en el ámbito de la bioética, evidenciando *principios* y *métodos* en los que se inspiran y las opciones antropológicas sobreentendidas.

— Organizar el *análisis ético* de un caso clínico, sabiendo desarrollar las operaciones requeridas para justificar el *juicio* ético.

Métodos y contenido

— Las Unidades didácticas, de una hora y medio cada una, consisten en *lecciones* y *discusiones*. Para cada una de ellas el docente distribuye previamente algunas lecturas de diverso planteamiento, junto a unas “pautas para la discusión”.

— Se prevé para cada uno de los tres años pre-clínicos un “seminario de profundización interdisciplinar”.

— Las Unidades didácticas del segundo nivel (de una hora y media cada una) comprenden *lecciones* introductorias dirigidas a ilustrar los métodos de análisis ético de la práctica clínica; las otras lecciones están dedicadas al análisis ético de casos tomados de los contextos clínicos más significativos. En estas lecciones hay una participación directa de un médico del contexto clínico en cuestión.

Evaluación

— Para el primer nivel, la evaluación versa sobre la capacidad de enseñar los términos de una de las cuestiones afrontadas, utilizando diversas modalidades: a) análisis crítico y confrontación entre artículos o ensayos de la literatura bioética; b) análisis crítico y confrontación entre artículos tomados de los periódicos; c) análisis crítico de documentos normativos de naturaleza deontológica, ética y jurídica.

— Para el segundo nivel, la evaluación versa sobre la capacidad de realizar el análisis ético de un caso clínico.

— Tratándose de un Curso en vías de estructuración, es particularmente importante verificar su impacto. Esto se logra por medio de la administración de un cuestionario final que, según modalidades bastante abiertas, invita a los estudiantes a valorar el planteamiento y la conducción del Curso.

Leyendo y analizando los cuestionarios de las primeras cinco ediciones del Curso (más de 250) sobresalen, expresados en términos inmediatos y a la vez pertinentes y penetrantes, las tensiones de fondo que quedan abiertas en la formación bioética básica en el ámbito médico.

Tensiones entre exigencias de inmediata aplicación práctica y exigencias de una visión cultural más amplia. Por una parte hay quienes sostienen: “Personalmente retengo útil tener indicaciones más precisas de las Líneas-Guías y de las prácticas legalmente definidas, en parte para atenuar el sentido de carencia que inevitablemente queda frente a temas sobre los que faltan repuestas absolutas”. Por otra parte hay quien dice: “He apreciado inmensamente el Curso sobre todo porque, después de años de estudio vinculados a una visión científica

y rígida ha habido la posibilidad de una reflexión sobre aspectos más humanos de la práctica médica y que son fundamentales para mí”.

Tensiones entre la “cercanía” expresada por algunos profesores de extracción médica y la “distancia” expresada por algunos profesores de extracción filosófica. Con respecto a la “cercanía”: “El Curso me ha parecido de gran interés y me han gustado mucho los argumentos tratados, en particular las cuasi-clínicas que me han permitido ver a la bioética todavía más ligada a la práctica clínica de lo que yo creía”. En cuanto se refiere a la “distancia”, hay el que, aunque tenga cierta perplejidad con relación al instructor “ajeno”, reconoce implícitamente la importancia de esta “distancia” y de esta “lejanía”: “En mi opinión el profesor, en cuanto que no es médico, ve las cuestiones de manera demasiado distante y filosófica, aunque correcta. No ejerciendo la profesión médica, en mi opinión, no se dan cuenta de la inevitable participación y responsabilidad que el médico debe tener”.

Tensión entre dar respuestas y estimular preguntas. Por una parte se dice: “Es un Curso que merecería mucho más tiempo. Los temas tratados son muy interesantes. Por desgracia, desde mi punto de vista, ninguna de las cuestiones abordadas ha sido tratada adecuadamente. Buscaba repuestas o al menos una ayuda para afrontar este tipo de problemas, por el contrario sólo han aumentado mis dudas”. Por otra parte, de forma contraria, se aprecia precisamente la problematización del discurso bioético: “Me parece que la mayor dificultad en la aproximación a esta materia está en el hecho de que acercarnos a los temas de la bioética significa ponernos a discutir. Durante cinco años de estudio, tal vez durante todo el tiempo de nuestra formación nos han propuesto certezas. La Bioética toca argumentos tan cercanos a nosotros que dan miedo. Creo que es estimulante pensar que la dimensión del Curso es tan amplia, tan difícil, pero también tan real”.

La tensión, en fin, entre “neutralidad” y “directividad”, evocada eficazmente en las sugerencias hechas por este estudiante: “He valorado el planteamiento de las clases que preveía el debate conclusivo de cada argumento tratado, pero aunque se les reconoce a los alumnos una cierta libertad para asumir sus propias posiciones, me parece que al exponer su pensamiento, los profesores tienden a querer dirigir demasiado las conclusiones que se sacan al final del debate. Preferiría que se limitara a guiar la discusión sobre el caso en cuestión y que su

posición fuera más de tipo provocador, para que estimulara nuestra discusión”.

**Formación bioética especializada en el área de la enfermería:
Curso de Bioética, Escuela con Fines Especiales para Dirigentes
y Docentes de Ciencias de Enfermería, Facultad de Medicina
y Cirugía de la Universidad de Pádova**

El Curso se dirige a los estudiantes del primero de los dos años de la Escuela con Fines Especiales para Dirigentes y Docentes de Ciencias de Enfermería (destinada a partir del próximo año académico a ser absorbida por el bienio de Licenciatura especializada). El número limitado de los estudiantes (no más de 10) y su procedencia de actividades diversificadas en el campo de la asistencia, ha sugerido el plantear el Curso como una reflexión crítica de la dimensión ética de la propia experiencia profesional.

El método está centrado en el análisis ético de los *casos clínicos*, privilegiando explícitamente el análisis “retrospectivo”. El caso debe referirse a un *caso clínico vivido* directamente y que haya sido ocasión de incertidumbre y sufrimiento en el ámbito personal y/o motivo de conflicto dentro del equipo médico y/o con el paciente y sus familiares.

**CURSO DE BIOÉTICA, ESCUELA CON FINES ESPECIALES
PARA DIRIGENTES Y DOCENTES DE CIENCIAS DE
ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE
LA UNIVERSIDAD DE PÁDOVA (20 HORAS DE ENSEÑANZA)**

Objetivos

— Objetivos de tipo *cognoscitivo*: a) analizar críticamente los factores que alimentan la “nueva cuestión ética” en el campo de la salud; b) conocer las más importantes teorías éticas utilizadas en bioética; c) discutir críticamente estas teorías partir de la experiencia de la práctica de la enfermería;

— Objetivos de tipo *aplicativo*: a) conocer algunos de los métodos más importantes de análisis ético; b) adueñarse adecuadamente de los

conceptos para el análisis ético de los casos clínicos; c) aplicar dichos conceptos analíticos a una casuística suficientemente diversificada;

— Objetivos de tipo *actitudinal*: a) desarrollar una adecuada capacidad de diálogo y debate; b) afinar la sensibilidad en relación del bien del paciente en su integridad; c) integrar a la práctica cotidiana la responsabilidad personal y responsabilidad profesional.

Métodos y Contenidos

— El Curso está articulado en las siguientes etapas: a) explicación por parte del profesor de los *parámetros* en los que se planteará el caso clínico; b) presentación y discusión de un *esquema* para desarrollar el análisis ético de un caso; c) *desarrollo del caso* con la asistencia de uno de los médicos del equipo; d) presentación del caso por parte de cada estudiante y *discusión* “en clase” con el objetivo de individuar la “fisonomía” ética de los casos; e) *sesión bibliográfica* dirigida a proporcionar pautas de reflexión y debate de las cuestiones éticas más generales en torno a las que encuadran los casos propuestos por los estudiantes; f) finalmente, *análisis ético detallado* del caso clínico, presentado por cada estudiante, utilizando el esquema presentado y discutido “en clase”.

Evaluación

— El examen se desarrolla a manera de *coloquio oral* y cada estudiante presenta y discute con dos profesores (uno de formación médica, otro de formación filosófica) el análisis ético del propio *caso clínico*.

Formación Bioética Continua en el área de las instituciones de salud. Curso de Formación para los miembros de Comités Éticos para la Experimentación Clínica, Región del Véneto y Fundación Lanza, Pádova (Italia)

El Curso está organizado en colaboración entre la Región del Véneto y la Fundación Lanza de Pádova. Destinatarios: dos miembros de cada Comité Ético para la experimentación clínica de la Compañías USL o Compañías hospitalarias de la Región del Véneto; totalizando

cincuenta participantes aproximadamente, principalmente médicos y farmacistas, y algunos representantes de los juristas, enfermeros, personal administrativo, expertos de bioética, expertos en estadística, etcétera.

CURSO DE FORMACIÓN PARA LOS MIEMBROS DE LOS COMITÉS ÉTICOS PARA LA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA, REGIÓN DEL VÉNETO Y FUNDACIÓN LANZA, PÁDOVA (40 HORAS DE ENSEÑANZA)

Objetivos

— Comprender al escenario en el que hoy se coloca la experimentación biomédica;

— Conocer al cuadro normativo que reglamenta la experimentación biomédica en Italia y en Europa;

— Entender los principios metodológicos fundamentales de la experimentación clínica, en particular: a) saber reconocer los parámetros para valorar los requisitos científicos de un estudio clínico; b) conocer los principales textos de referencia en cuanto concierne a las normas ético-deontológicas y a las normas ético-jurídicas de la experimentación clínica; c) ejercitarse en la metodología de la valoración de un protocolo experimental; d) ejercitarse en los procedimientos operativos requeridos por las directivas europeas de la Buena Práctica Clínica.

Método y contenidos

— El Curso se articula en cinco módulos de un día cada uno (de las 9.00 a las 17.30 hrs.) y concluye con un Seminario público. *Primer módulo*: Comités Éticos para la experimentación. Un sistema en construcción; *segundo módulo*: los requisitos científicos de la experimentación biomédica; *tercer módulo*: los requisitos éticos de la experimentación biomédica; *cuarto módulo*: metodología de la revisión de los protocolos experimentales; *quinto módulo*: los procedimientos operativos para el funcionamiento de los Comités Éticos.

— Se utilizan diversos métodos didácticos y todos buscan capacitar a los participantes para que puedan insertarse activamente en el

desarrollo de las funciones típicas de un Comité Ético: lecciones magistrales, discusiones, ejercitaciones, grupos de trabajo, sesiones bibliográficas, mesas redondas.

—El Curso es dirigido por un profesor de bioética, para la preparación y conducción del mismo se vale de docentes coordinadores de los módulos particulares, respectivamente: médico clínico, bioestadístico, farmacólogo, jurista, bioeticista.

—Para cada módulo se distribuye a los participantes un “work-book” que recoge las líneas fundamentales de las lecciones, artículos significativos, textos normativos.

Evaluación

—Pautas de autoevaluación son recopiladas al final de cada módulo y al final de todo el Curso.

Las dinámicas de la Maduración Ética y Bioética

Como los sujetos más inmediatamente empeñados en los programas de formación bioética son naturalmente las profesiones a las que pertenecen las decisiones concernientes a la investigación biomédica (“ética de la investigación, *research ethics*”), a la práctica clínica (“ética clínica, *clinical ethics*”), a la gestión de las instituciones sanitarias (“ética de la salud, *health care ethics*”), precisamente por esto, la formación no debe limitarse a los “grupos de expertos”.²⁰

La sociedad está entrecruzada por procesos cada vez más complejos y en rápida evolución. Para poder hacerles frente y lograr una adecuada “asimilación cultural” de las nuevas posibilidades que nos ofrece el progreso técnico, está llamada a configurarse cada vez más como una “*learning society*”.²¹ Si esto vale para todos los sectores, vale particularmente para los sectores de los que se ocupa la bioética.²²

Y sin embargo, frente a la necesidad de desarrollar este proceso de “asimilación cultural” y de “aprendizaje” colectivo, hay una diferencia creciente entre el conocimiento cada vez más complejo y más acelerado de los *grupos de expertos*, por un lado, y de la *sociedad* en su conjunto, por otro. Colocando este proceso dentro de un marco histórico más amplio, hay quien ve, como J. Habermas, una muestra significativa del “proyecto inacabado” de la modernidad. Ejercitar un

poder racionalizado *científicamente* y ejercitar un *querer* racionalizado *institucionalmente* con el fin de garantizar una comunicación pública con relación al mundo en el que los hombres quieren y pueden vivir juntos: éste era al inicio el doble proyecto de la modernidad. La realización de tal proyecto, en la práctica actual, se ha visto obligada a enfrentarse con una gran diferencia que ha ido creciendo en su interior: la diferencia entre el aumento de las *posibilidades* de elección y el debilitamiento de la *capacidad* de elección. A esto se ha llegado porque la racionalidad con que se gobiernan los poderes adquiridos se ha separado de la *discusión pública* sobre la finalidad que se le debe atribuir al progreso. En estas condiciones reales está en riesgo el “espacio público” que asuma las características no de una “comunidad de deliberación”, sino más bien las de un “jardín de aclimatación”, un tipo de “incubadora”, útil para que se dé aquel proceso de gradual adaptación para el que también las situaciones más novedosas y moralmente más problemáticas. A causa de tanto discutir las, se vuelven más familiares y, precisamente por esto, más aceptadas por la conciencia colectiva. “Nuestra técnica, hecha por pocos, servida y usada por todos – decía R. Behrendt a finales de los 60 en “*Zwischen Anarchie und neuen Ordnungen*” – pertenece al *presente* y nos lleva cada vez con más velocidad al mañana, mientras nuestras formas sociales de sentir, de pensar y de actuar pertenecen en su mayoría al *pasado*. El resultado es un sentido de impotencia por parte del hombre frente a una sociedad que él ha contribuido a crear, pero en la que no participa conscientemente y en la que se queda atrás respecto a sus problemas y sus propias responsabilidades espirituales”.²³

De la “impotencia” a la “competencia” moral: parece que este es el trayecto ético-formativo sugerido por este lúcido análisis.

Si este es el trayecto, ¿cuáles son las dinámicas que la formación ética pública debería activar?

Concluyendo mis reflexiones, quiero presentar algunas que, en cuanto corresponden también a las necesidades de la formación bioética, pertenecen a toda maduración ética.²⁴

A toda maduración ética le corresponde, además, la *dinámica de circularidad* entre los problemas *particulares* y los principios *generales*. Por una parte, la experiencia de los problemas particulares, con la exigencia de encontrar una solución y justificarla, impulsa a recu-

rrir a los principios; por otra, los principios confrontados con la experiencia de los problemas particulares adquieren más concreción y al mismo tiempo más capacidad de orientar a la experiencia futura. La experiencia “acumulada” sigue siendo el lugar privilegiado para cualquier maduración ética.

Además, la maduración ética, especialmente en un contexto social tan señalado por el pluralismo cultural y moral, pasa a través del desarrollo cada vez más convencido de la *dinámica de la tolerancia*. Para esta dinámica vale particularmente el carácter de “inacabado” que Habermas atribuye a la actual fase de la modernidad. Recursos y estímulos pueden provenir de una reinterpretación de la categoría de base de la ética social moderna, como es precisamente la tolerancia. Una reinterpretación capaz de proporcionar las bases para la renovación de su pedagogía. Tolerancia en el doble significado que le viene de su raíz latina “*tollere*”, que quiere decir “tomar”, esto es, entender las razones del otro y “quitar” en el sentido de “limpiar” la propia posición de incrustaciones ideológicas que impiden al otro ver las instancias profundas de las que se origina la propia posición. Desarrollada en este sentido, la educación en la tolerancia lleva a la atención y a la escucha de las razones de los otros y al mismo tiempo a la verificación y a la profundización de las propias.

No se tiene madurez ética, finalmente, si no se logra activa la dinámica que más radicalmente caracteriza la experiencia moral; la dinámica de la responsabilidad.²⁵ Si esto vale para la ética, vale más aún para la ética “en tiempos de la técnica”. Y sin embargo, el insistente reclamo a la responsabilidad, frente a los cambios cualitativos del actuar humano producidos por la técnica,²⁶ tiene que vérselas cada vez más con una serie de estrategias que tienen como efecto la “neutralización de la responsabilidad”. Son las estrategias lúcida-mente analizadas por un intérprete de las condiciones post-modernas como lo es Zygmunt Bauman.²⁷

Un primer tipo de estas estrategias, en términos muy amplios, tiene que ver con la crisis ética del sujeto moderno, según Bauman parte de dos fenómenos particulares: la fragmentación del sujeto moral y la fragmentación de los modos de vida. Estos dos fenómenos contribuyen en definir la condición del sujeto post-moderno: la incertidumbre moral. Así la describe Bauman: “Al final del recorrido

que la sociedad moderna ha realizado buscando un código de reglas éticas universalmente válidas y asimilables a Leyes, está el individuo moderno bombardeado por peticiones, opciones y deseos de naturaleza moral en conflicto entre ellos, y sobre sus espaldas recae la responsabilidad de las acciones que realiza” (p.37). Ambigüedad y fragmentación, según Bauman, son lo que queda en el campo moral del paso de lo moderno a lo post-moderno. “Nuestra época es una caracterizada por una ambigüedad moral profundamente sentida. Una época que nos ofrece una libertad de elección nunca antes gozada, pero que nos arroja también a un estado de incertidumbre nunca antes tan angustiante” (p.27). ¿Faltan las reglas? No, es más, hay demasiadas para que podamos estar tranquilos. Y éste no es un caso sólo. Se trata de fenómenos intrínsecamente ligados a la condición moderna. Por una parte, la complejidad creciente de los criterios de valoración, por otra, la fragmentación de los roles. Las dimensiones de la valoración se han desarrollado en direcciones cada vez más lejanas una de la otra, ahora lo que se consideraba el único “modo justo” se ha fragmentado en lo “económicamente razonable”, “estéticamente agradable”, “moralmente apropiado”. Y así las acciones pueden ser justas en un sentido y erradas en otro. Cuando se agrega a todo esto “la fragmentación de la vida cada vez más subdividida por una multiplicidad de objetivos y funciones blandamente relacionados, cada uno de ellos perseguible en un contexto diverso y según una pragmática diversa” (p.12), se puede fácilmente entender cuánto resulta minada la capacidad de proyección del sujeto, incluyendo su capacidad de asumir la labor de la salud en primera persona.

Bauman individualiza y denuncia un segundo tipo de estrategias a través de las cuales se produce la neutralización de la responsabilidad moral. Se trata de una estrategia que es expresión directa de la “ética de la organización social orientada a volver moralmente indiferente (adiáfona) la acción social”. “Indiferente” y por tanto, explica Bauman, “ni buena, ni mala, medible basándose en criterios técnicos (orientados a un fin o procedimiento) pero no a criterios morales (p. 130). Este tipo de neutralización es realizada por medio de una serie de intervenciones complementarias. La primera de estas intervenciones es “el traslado de los efectos de la acción más allá del alcance de los límites morales” (p. 130) y consiste en el separar mediante una

secuencia de mediadores, los agentes morales, sea de las fuentes conscientes e intencionales, sea de los efectos últimos de la acción, de manera que estos raramente tengan la oportunidad de considerar los fines a los que se han dirigido sus mismos actos y, aún más raramente, de afrontar directamente las consecuencias. De esta forma, los sujetos individuales difícilmente lograrán percibir su actividad, insignificante si se compara a todas las otras actividades que han contribuido al resultado final, como moralmente relevante. El segundo tipo de intervención es el que Bauman, asumiendo el lenguaje de E. Lévinas, llama “la cancelación del rostro” y consiste en el no reconocer a los objetos situados en el extremo que recibe la acción, la capacidad de sujetos morales, impidiéndoles así de presentar objeciones morales contra los fines y los efectos de la acción. En otros términos, los objetos de la acción son expulsados de la clase de las criaturas que podrían encontrar al actor como “rostros” (p. 131). Una tercera forma de intervención orientada a la neutralización moral, Bauman la ve en la “fragmentación tecnológica del yo moral”. Con esta expresión él trata de llamar la atención a una dinámica intrínseca a la técnica, el hecho de que toda técnica siempre tiene una esfera de acción circunscrita propia, y ninguna abarca al hombre en su entereza. El sujeto moral referente de la intervención técnica es descompuesto en muchas especificaciones y su totalidad se reduce a un conjunto de partes, atributos a los que no se les puede atribuir una subjetividad moral (p. 132). Así, “mediante los lentes de la tecnología, los hombres aparecen como la combinación de un problema perfectamente enfocado y de una zona tan vasta cuanto oscura de efectos colaterales, incontrolables y desenfocados” (p. 200).

Conclusión

De estas estrategias provienen, para Bauman, los “retos de la ética” en la edad postmoderna. Con ellos debe confrontarse, en mi opinión, todo el que quiera empeñarse en el campo de la formación bioética, llamada a volver a dar significado a la responsabilidad con la vida²⁸ por medio de la integración entre las diversas esferas de responsabilidad²⁹ interrelacionadas: la responsabilidad personal, profesional, pública.

Notas bibliográficas

¹ Citado por GARCIA D., *Métodos de análisis de problemas éticos en la clínica humana*, Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, 1992, 2: 372-386.

² Sobre esta pretendida incompatibilidad véanse las reflexiones desarrolladas por MORI M., *Perché insegnare l'etica? Dai casi ai principi*, En DEIANA G., ORAZIO E. (compiladores), *Bioetica ed etica pubblica*, Milán: Unicopli, 2001: 35-43.

³ La cuestión sobre el estatus epistemológico de la bioética es afrontada y desarrollada de manera ejemplar ya desde su exordio por LADRIERE J., *Approche philosophique de la problématique bioétique*, Revue des Questions Scientifique 1981, 3: 353-383, incluida en su obra traducida al italiano *L'etica nell'universo della razionalità*, Vita e Pensiero, Milán 1999: 213-236.

⁴ Para una presentación de esta tradición y de su "rehabilitación" véase a BERTI E. (compilador), *Tradizione e attualità della filosofia pratica*, Marietti, Génova 1998.

⁵ REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York: Free Press, 1978: XIX.

⁶ ID., *Encyclopedia of Bioethics*, New York: Simon & Schuster – Mac Millan 1995: XXI.

⁷ Sobre tal apertura y sobre su fundamentación en la caracterización específicamente filosófica de la bioética insiste D'AGOSTINO F., *Morale e diritto in bioetica: il paradigma della relazionalità*, en VIAFORA C. (compilador), *Quando morire? Bioetica e diritto nel dibattito sull'eutanasia*, Gregoriana Libreria Editrice, Fondazione Lanza, Padova 1996: 70-85, "No pretendo, obviamente, afirmar que la bioética deba despertar el interés sólo de los filósofos, ni negar todo lo que útilmente interdisciplinar deba darse en ella, quiero más bien subrayar que sólo una caracterización filosófica explícita nos ayuda a darnos cuenta de su carácter epistemológico abierto e inobjetivizable, y la substraer del riesgo de reducirse a mera y perezosa síntesis verbal, a utilizarse para denotar un conjunto absolutamente extrínseco de términos".

⁸ *Bioethics, Education*, en REICH (ed.) *Encyclopedia of Bioethics* (19952), pp. 256-272 colaboraciones de S.G. Post (*Introduction*), L. Forrow y R. Arnold (*Medicine*), M.A. Aroskar, A. J. Davis (*Nursing*), R.B. Purtilo (*Other Health Professions*), D. Lader (*Secondary and Postsecondary Education*).

⁹ REITER-THEIL S. (Hesg), *Wermittlung Medizinischen Ethik*, Baden Baden: Nomos, 1997.

¹⁰ WIDDERSHOVEN G., MORDACCI R., *The teaching of Bioethics: a comparison of the methods used in some european centers*, en CATTORINI P., GHETTI V. (comp.), *La bioetica nella Facoltà di Medicina*, Milán: Fondazione Smith Kline-Franco Angeli, 1997: 128-136.

¹¹ CATTORINI, GHETTI (Comp.), *La Bioetica...* y CATTORINI P. (comp.), *Insegnare l'etica medica. Obiettivi e metodi di valutazione dell'apprendimento*, Milán: Franco Angeli, 1999.

¹² WIDDERSHOVEN G., *L'insegnamento dell'etica clinica e la sua valutazione: un approccio basato sui casi*, en CATTORINI (comp.), *Insegnare l'etica medica*, pp.83-97.

¹³ SGRECCIA E., SPAGNOLO A., *La bioetica nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore*. Esperienze e proposte, en CATTORINI, GHETTI (comp.), *La bioetica...*, pp. 97-108.

¹⁴ TEN HAVE H., *Ethics in the clinic: a comparison of two dutch teaching programs*, Medical Education 1995, 29: 34-38; ID., *Teaching analysis*, Health Care Analysis 1994, 2: 173-177.

¹⁵ HOPE T., SCHOFIELD T., *L'insegnamento dell'etica medica agli studenti degli anni clinici di Oxford*, en CATTORINI (comp.), *Insegnare l'etica medica...*, pp. 33-47.

¹⁶ CATTORINI P., MORDACCI R., REICHLIN M., *Filosofia della medicina, etica medica e bioetica. Una proposta didattica e i risultati di un'indagine*, Pedagogia Medica 1992, 6: 21-35.

¹⁷ SCOTSMANS P., *Medizinische Ethik für Ärzte und Pflegekräfte: Erfahrungen aus Belgien. Plädoyer für ein integratives Modell*, en REITER-THEIL S. (Hesg), *Vermittlung Medizinischen Ethik*, 1997, pp. 103-112.

¹⁸ CARRINGTON COUTTS M., *Teaching ethics in the health care setting. Part. I: Survey of the literature*, Scope Note 16, Kennedy Institute of Ethics Journal 1992, June: 172-185; ID., *Teaching ethics in the health care setting. Part. II: Sample Syllabus*, Scope Note 16, Kennedy Institute of Ethics Journal 1991, September: 263-273; COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, (7.9.1991)

¹⁹ VIAFORA C. (ed.), *Clinical Bioethics. A search for the foundations*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers (en proceso de publicación).

²⁰ CONSEJO DE EUROPA, *Europe and Bioethics. Proceedings of the 1st Symposium of the Council of Europe on Bioethics*, Strasbourg 5-7.12.1989; COMITÉ INTERNACIONAL DE BIOÉTICA DE LA UNESCO (CIB), *Table ronde sur "Bioéthique et débat public: information, education, participation"*. Division de l'Éthique des Sciences et des Sciences et Technologies de l'UNESCO, octobre 1999.

²¹ PAVA A., RUSSO F. (comp.), *Formazione in età di learnig society*, Napoles: Edizioni Scientifiche Italiane, 2001, particularmente DONATI P., *Le Scienze della Formazione e le nuove domande sociali in una learning society*, pp. 149-176.

²² Una reseña interesante de las teorías y experiencias relativas a la enseñanza de la bioética en las escuelas públicas italianas se encuentra en: *Scuola e Vita*, 4(2001), monografía dedicada a "La Bioética en la escuela entre investigación y didáctica", con aportaciones de D. Neri, E. Lecaldano, M. Mori, S. Bartolommei, M. Ostinelli, R. Sala, G. Deiana.

²³ BEHRENDT R.F., *Zwischen Anarchie und Neuen Ordnungen*, Freiburg, 1967: 289, cit. En SCHULZ W., *Le nuove vie della filosofia contemporanea*, Génova: Marietti 1988, 33.

²⁴ Desarrollo algunos puntos de metodología de la formación ética y bioética presentes en el estimulante ensayo de BASTIANEL S., *Quale formazione per la bioetica?*, *Credere oggi* 1997, 4: 92-103.

²⁵ Contribuciones importantes en: CADORÉ B., *L'expérience bioéthique de la responsabilité*, Louvain-La Neuve: Catalyses, 1994; RICOEUR P., *Le concept de responsabilité. Essai d'analyse sémantique*, *Esprit* 1994, 11: 28-48.

²⁶ JONAS H., *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Torino: Einaudi, 1990, (ed. Orig. *Das Prinzip Verantwortung*, Frankfurt a.M.: Insel, 1979).

²⁷ BAUMAN Z., *Le sfide dell'etica*, Milán: Feltrinelli, 1996 (trad. Orig.: *Postmodern Ethics*, Oxford: Blackwell, 1993).

²⁸ VIAFORA C., *La prospettiva personalistica per risignificare le parole della vita*, en ID. (comp.), *Centri di Bioetica in Italia. Orientamenti a confronto*, Pádova: Fondazione Lanza, Gregoriana Libreria Editrice, 1990: 329-255; ID., *Bioetica: risignificare la responsabilità verso la vita*, en SORICELLI E., BARCARO A. (comp.), *Bioetica e antropocentrismo etico*, Milán: Franco Angeli, 1998: 127-148.

²⁹ ID., *Il conflitto delle responsabilità. Quali strategie regolamentative per la bioetica?*, en ID. (comp.), *Quando morire? Bioetica e diritto nel dibattito sull'eutanasia*, Pádova: Fondazione Lanza, Gregoriana Libreria Editrice, 1996: 13-43.

Ética y salud: dos cuestiones, dos tareas

*Ignacio Carrasco De Paula**

Resumen

Es necesario clarificar con qué se identifica el derecho a la salud en la práctica: no es sólo la sobrevivencia, ni siquiera el gozar de la plenitud somática y funcional del propio cuerpo, y sin embargo no puede prescindir en este contexto de la consideración del bienestar espiritual de la persona.

Se vuelve prioritario el enfrentar la amenaza de la discriminación en el acceso a los servicios indispensables para la defensa de la salud misma. Esto se presenta como una cuestión de justicia en dos niveles: el de la justicia conmutativa, en el contexto de la relación médico-paciente que se reduce a la prestación profesional meramente contractual, fundada sobre la información más que sobre una comunicación real, y la justicia distributiva que requiere que a cada uno se le dé lo que le corresponde. Esta debe ser guiada por el principio de subsidiariedad, según el cual el subsidio no debe volverse un sucedáneo pues es imposible que el Estado se encargue de las necesidades de todos.

* Profesor de Bioética, Director del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "Agostino Gemelli", Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma (dirección para correspondencia: icarrasco@rm.unicatt.it).

Abstract

It is still necessary to clarify what identifying with such right in the practice. It doesn't concern mere survival, but even the enjoyment of the somatic and functional fullness of own body, and however it cannot be put aside by also considering in this context the spiritual comfort of the person.

It becomes priority to face the threat of the discrimination in the access to the essential services for the defense of health. This last aspect is set like a issue of justice and it is gambled away to two levels: 1. the level of commutative justice, in the context of a physician-patient relationship reduced merely to contractual professional performance more than on a real communication; 2. The issue of distributive justice that provides for that to everybody is given how much it is up to him. It must be driven by the principle of subsidiarity, where the benefit doesn't owe a substitute, because it becomes impossible for the State to satisfy the needs of everybody.

Palabras claves: salud, ética, políticas de salud

Introducción

La relación entre la Ética y la Salud no es de una lectura fácil. En realidad, no es extraño que cuando se trata la Ética y la Salud, éstas se vean como términos contrarios o al menos como realidades que son ajenas la una de la otra, aunque se reconozca que deberían compartir un espacio común. Y sin embargo, la ética y la salud son dimensiones de lo *humanum* dos componentes de un mismo hombre, de cada hombre individual: la primera tiene que ver con su comportamientos libre, sus elecciones y los objetivos que persigue; la segunda, un bien precioso e inalienable, que le permite vivir su vida en plenitud.

En esta perspectiva quiero proponer algunas breves reflexiones en relación con dos argumentos que en estos últimos tiempos frecuentemente se ponen en discusión: el primero, el significado (ético) de la salud, y el segundo, la salud (y los medios relacionados con ésta) entendida como un bien compartido por el individuo y la sociedad, por tanto, la cuestión de la justicia en el ámbito sanitario.

El problema del significado de la salud

Una sociedad angustiada por las cuentas en números rojos y por el retroceso del gasto público, pero también condicionada por una cierta herencia cultural que nació del Iluminismo y que promueve un mesianismo inmanente al mundo —que postula el mayor bienestar para todos—, no constituye el ambiente ideal para hablar de un bien precioso que se presenta cada vez más agobiante por volverse más y más costoso.

Sin embargo, entre las conquistas de la modernidad tiene un puesto relevante el derecho a la salud. El término es controvertido, pues la salud constituye un don de la naturaleza y, como tal, se tiene o no se tiene, se puede consolidar y perfeccionar en mayor o menor grado — como la inteligencia o la belleza física—, pero nadie puede pretender gozar siempre de una salud perfecta desde el nacimiento. No obstante, mantengo que se puede hablar de un derecho a la salud en la medida en que la salud misma ha quedado bajo la señoría del hombre. El progreso de las ciencias y de las tecnologías biomédicas ha permitido al hombre ampliar considerablemente su poder sobre la vida y la salud; por tanto, parece razonable pensar que no sólo podemos, sino que debemos ejercer este derecho irrenunciable de forma que los nuevos poderes sean ejercidos en beneficio del hombre, de cada hombre individualmente, en el respeto de su dignidad e integridad personal.

En este contexto está claro que una premisa fundamental es la de la definición del término salud. Por ejemplo, *si salud equivale a sobrevivencia*, entonces el derecho estaría restringido sólo a los medios para la *supervivencia*; si, por el contrario, *salud significa gozar de la plenitud somática y funcional del propio cuerpo*, los cuidados

paliativos y todos aquellos que no restituyen una calidad plena de vida, podrían no entrar en el derecho a la salud.

La salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de disturbios o de enfermedades”. Este concepto ha impactado a la opinión pública y se ha vuelto “clásico” de dos formas: 1. Como definición o punto de referencia para la mayor partes de los documentos oficiales en el campo de las políticas sanitarias, y 2. Como blanco de contestaciones por parte de los filósofos y eticistas que se interesan por los aspectos teóricos de la bioética.

No es mi intención reabrir ahora esta discusión, aunque no puedo dejar de subrayar el que no se mencione el bienestar espiritual del hombre. Nuestro objetivo requiere sólo el poner en evidencia el origen de la definición. Una vez fundada, la OMS fijó como su primera labor el establecer el contenido de la realidad —la salud— que justificaba su existencia. Sus consejeros entendieron —y no fue poca cosa— que la salud no podía ser considerada sólo como ausencia de enfermedad, sea porque una definición exclusivamente negativa distingue pero no define, sea porque tal definición habría establecido límites demasiado estrechos para la actividad del nuevo ente: la labor de la OMS se habría reducido a prevenir y combatir las enfermedades. Por esto estipularon el “completo bienestar físico, mental y social” que les asignaba, en relación con otras instituciones internacionales y nacionales, una competencia casi ilimitada sobre el acontecer humano.

La definición de la OMS debe entenderse como lo que es, un instrumento político que busca precisar no una realidad sino un poder; de no hacerlo así, tal formulación se volvería un eslogan equívoco que podría llegar a desviar de lo central. De hecho, cuando ignorando este límite se ha tratado de transferir el temido “completo bienestar”, de forma operativa, de los convenios de poder a los repartos hospitalarios o a los consultorios médicos, casi siempre sólo se ha generado, en los médicos y en los pacientes, expectativas imposibles y desilusiones irreparables. Ningún operador sanitario se ha falsamente ilusionado con la creencia de que puede procurarle el “completo bienestar” a sus enfermos.

Por tanto, en el ámbito específico de las relaciones entre la Ética y la Salud tenemos una primera y doble labor, indispensable para evitar futuros malentendidos. El primero, establecer una nueva y más precisa definición de salud, la que no podrá dejar de centrarse en el sujeto —*el hombre que sufre*— que tiene necesidad de ser ayudado a recuperar aquella condición que le permita expresarse como hombre lo mejor posible.¹ En segundo lugar, redefinir el derecho a la salud como un derecho fundamental de la persona a no ser discriminada en el acceso a los servicios indispensables para defender a la salud misma. Esta segunda labor tan urgente cuanto las discriminaciones que no son episodios de un ya pasado superado, sino que continúan y posiblemente en el futuro continuarán representando una peligrosa amenaza contra el mismo hombre.

El acceso a los medios de salud sólo recientemente se ha visto como una cuestión de justicia. Debemos reconocer en este hecho un signo positivo de la modernidad que ha sido posible, ya sea por que tenemos una mayor disponibilidad de instrumentos realmente eficaces para custodiar la salud, ya sea por la creciente conciencia de la destinación universal de los bienes, *in primis* aquellos naturales y, en segundo lugar, —y teniendo en cuenta las reglas de la analogía— aquellos construidos por el hombre mismo. Por su misma naturaleza, la vida y la salud se “resisten” a ser catalogados en el elenco de los privilegios, esto es, de aquellas ventajas particulares que se les conceden a algunos y negados a otros. En consecuencia, no hay que maravillarse si la justicia, que en otros campos está lista para dispensar reconocimientos y distinciones, en el de la salud asume una posición prejuiciosamente negativa en relación a los derechos y de las prerrogativas reservadas a pocos “elegidos”.

Dicho esto, los problemas que competen a la justicia pertenecen sobretudo a dos niveles: al de la justicia conmutativa, presente principalmente en el contexto de las relaciones médico-paciente, y al de la justicia distributiva que juega un papel fundamental en la cuestión de la destinación de los recursos para la salud.

Con respecto a la justicia conmutativa, es importante tomar conciencia de la creciente propensión a reducir la relación médico-paciente a términos meramente contractuales. Por tanto, es verdad que el enfermo se dirige a un doctor para pedir una prestación profesional

sabiendo que a cambio deberá devolverle una compensación adecuada. Es verdad también que el médico responde de forma especulativa: *do, yo te ayudo, ut des*, pero tu me pagas. Es verdad, por tanto, que se estipula un auténtico contrato. Sin embargo, es falso que una relación interpersonal, como lo es la que se da entre el médico y el paciente, pueda definirse adecuadamente sólo por su contenido contractual (prestaciones profesionales y retribuciones) abstrayendo el factor de la “personalidad” de los sujetos implicados.

El empobrecimiento —algunos hablan de deshumanización— de la relación médico-paciente es propiciado también por un cierto modo de concebir otra gran conquista de la medicina moderna: la doctrina del consenso informativo. No discuto la necesidad y el papel insustituible de la información, cuestiono que la comunicación médico-paciente pueda ser interpretada de forma reduccionista como un procedimiento informativo dirigido a obtener el consenso del propio cliente: yo te digo cómo están las cosas y qué cosa pretendo hacer, a ti te toca aceptarlo o dejarlo.

En una relación médico-paciente concebida sólo como prestación profesional por contrato, fundada en la información, no hay lugar para la justicia conmutativa como virtud sino sólo un espacio angosto para construir una hermosa cerca que sirva para delimitar los derechos y los deberes de cada uno. Desgraciadamente, no hay lugar ni siquiera para una auténtica relación médico-paciente que, además del contrato y de la necesaria información, exige la indispensable comunicación —esto es, poner algo en común— entre dos personas que se reconocen necesarias y complementarias la una a la otra y que juntas asumen una tarea centrada en la defensa y promoción de la salud, entendida como un bien concreto que interesa a la persona en su totalidad.

En cuanto a lo que compete al problema de la justicia distributiva, hay que recordar, aunque sea brevemente, la compleja concomitancia de factores ideológicos e históricos que ha inducido a la comunidad y al Estado, en particular en Europa, a asumir el peso de proporcionar servicios de salud para todos los ciudadanos. No hay duda de que el mismo progreso de la medicina, con el notable aumento de sus costos, ha requerido una intervención tal, por otra parte en sintonía perfecta con el *principio de subsidiariedad*. De otra forma, demasiadas

prestaciones médicas habrían quedado fuera del alcance de demasiadas personas. Pero el principio de subsidiariedad funciona bien sólo en la medida en que el subsidio sigue siéndolo, lejos de convertirse en un subsidiario, o peor aún, un padre-señor al que compete exclusivamente la tarea de distribuir los bienes necesarios para satisfacer las necesidades de todos. Hemos sido, así, testigos de un tragicomedia en tres actos: 1. no todas las personas individuales, no todas las familias, está en posibilidades de asumir cualquier gasto en salud, 2. el Estado justamente ha salido al encuentro del problema, para todos, yendo tal vez más allá de los requerimientos del principio de subsidiariedad, 3. hasta que finalmente se volvió evidente que ni siquiera el Estado tiene los medios para hacerse cargo de las necesidades de todos y, en consecuencia, deberá forzosamente “distribuir” entre todos el redimensionamiento de las prestaciones de salud. Este epílogo era previsible desde el momento en que el papel de agente subsidiario había sido extendido por la ilusión alimentada por el colectivismo que da una cultura asistencial idealista, de matriz humanística y religiosa.

La justicia distributiva prevé *unicuique suum*, que a cada uno se le dé, no el bien mejor ni el bien deseable, sino sólo cuanto le corresponde o le pertenece. Y puesto que, desgraciadamente, las cosas están así, y con la justicia no es posible llegar a acuerdos, surgen inevitablemente algunas preguntas: ¿qué hacer cuando la falta de correspondencia entre las necesidades y los bienes disponibles, entre las exigencias y recursos para la salud, impone límites en la repartición de los bienes comunes? ¿Se puede hablar todavía de justicia distributiva cuando las porciones a erogar se presentan como injustas por ser insuficientes para satisfacer las necesidades reales?

Estas preguntas requieren un examen muy concienzudo, sin duda más profundo de cuanto se nos ha concedido hacer en este momento. Sin embargo, hay que aclarar que el hecho de que un hospital disponga de 100 camas para 200 enfermos no es en sí mismo un problema de justicia. Las injusticias pueden notarse si tenemos analizamos: 1. por qué motivos hay sólo 100 camas, o 2. por qué razones han llegado 200 enfermos, o, finalmente, 3. con qué criterios el 50% de los necesitados ha conseguido una cama mientras que el otro 50% ha sido colocado en la lista de espera. Me parece que, junto con los límites, apenas hemos indicado tres áreas de responsabilidad muy

precisas: el área política y de programación, el área de la profesión médica (particularmente, la prevención) y el área de la organización y de la gestión local de los recursos y de los servicios.

Sin embargo, el primado del bien común debe aplicarse respetando otro principio esencial muy importante para la ética médica, el de la *centralidad y excelencia de la persona*, de cada persona individual, esté sana o enferma. Tal principio afirma, entre otras cosas, que la persona siempre debe tratarse como fin y nunca como medio, y que el individuo no está en función de la comunidad con todo su ser y todos sus bienes —la persona sólo está ordenada hacia Dios de este modo— y, en consecuencia, la sociedad no puede hacer siempre lo que más le acomode con el pretexto del bien común o de la utilidad pública. En cada momento existen límites que ni siquiera en el nombre de la justicia distributiva se pueden traspasar. Entre estos límites hay que nombrar el de satisfacer aquellas necesidades urgentes requeridas por la dignidad de la persona humana, sin perder tiempo en discurrir si se trata de un deber de justicia, o de caridad, o de solidaridad... Ningún vínculo ideal, ni de prestación profesional, ni de pertenencia al mismo pueblo, ligaba al samaritano con el prójimo casi moribundo encontrado casualmente en el camino de Jericó. Y sin embargo, él no dudó, tal vez porque entendió que encargarse de los cuidados de ese hombre herido era simplemente un deber inaplazable. Por esto el Buen Samaritano se ha vuelto el paradigma del médico de todos los tiempos.

Referencias bibliográficas

¹ De hecho, no puede considerarse persona sana sólo a quien goza de un completo bienestar físico, mental y social, en primer lugar porque la salud entonces sería un privilegio para pocos; y en segundo lugar porque la persona aspira siempre a algo más: no existe un nivel de bienestar que la satisfaga completamente. Un hombre sano es la persona que está en grado de ejercitar las potencialidades vitales que poseen por el hecho de ser un organismo viviente de naturaleza personal. Un hombre enfermo, por el contrario, es la persona impedida para expresarse por una causa patológica, de naturaleza física o psíquica, que no logra superar por sí sola. El enfermo sufre una limitación objetiva que es percibida subjetivamente como sufrimiento.

Reseña bibliográfica

*Rafael García Pavón**

Víctor Méndez Baiges. *Sobre Morir. Eutanasias, derechos, razones*. Trotta, Madrid. 2002.110pp.

Sobre Morir es una obra que nos lleva con gran claridad lógica y analítica a determinar el lugar específico en el cual debe comprenderse la problemática moderna del proceso de morir. Para Méndez Baiges la inquietud principal de este libro, cuyo origen es un curso impartido sobre la eutanasia en una universidad barcelonesa, es hacer ver que nuestras sociedades no pueden oscurecer, evitar o diluir el deber de hacerse cargo del proceso de morir con políticas públicas, legislaciones y razones. En otras palabras, la necesidad de que las sociedades actuales determinen un “derecho de morir con dignidad” que les permita a la luz de todos los ciudadanos, tener un mayor control sobre las posibles desviaciones de las decisiones médicas sobre la muerte que derivaran en eutanasias involuntarias o en asesinatos de enfermos o miembros indeseables de la sociedad.

La posición de Méndez Baiges es que el proceso de morir moderno es un modo de morir mediado tecnológicamente y en el cual queramos o no, debemos tomar decisiones que están organizadas socialmente; de tal manera que el establecer legalmente un “derecho a morir con dignidad” tendría sobre todo el efecto de: “poner de manifiesto la idea de que la vida de los hombres está a cargo de los hombres y de nadie más, y que al afrontar ese efecto no se hace nada diferente a asumir el hecho que está detrás de la declaración de todos

* Maestro en Filosofía por la Universidad Panamericana. Profesor de tiempo completo de la Universidad Anáhuac.

los derechos fundamentales y de todos los intentos de pensar nuestra condición de seres humanos: que la vida humana, toda lo magnífica y maravillosa que nos pueda parecer, está sometida a la prudencia humana y que constantemente estamos obligados a tomar determinaciones respecto de ella.”¹

Por lo que la discusión del libro no es precisamente sobre la eutanasia como cabría esperarse, ya que para Méndez Baiges ésta ha provocado que el término carezca de sentido y no haga referencia a ninguna realidad específica. Más bien hay que enfrentarse de nuevo con la realidad del proceso de morir y con el modo de morir específico de nuestras sociedades, tal cual se nos presentan y en ese terreno contextualizar el sentido del debate de la eutanasia, que para Méndez Baiges es específicamente el debate sobre el “derecho de morir” dentro de un derecho más amplio de morir con dignidad. Por ello para el autor no cabría hablar ya de eutanasia, sino de los efectos, limitaciones y de los problemas que se presentan contemporáneamente si se legaliza o no un “derecho a morir” como ya lo han hecho en algunos países como Holanda, Australia y algunos estados de los Estados Unidos.

El libro está dividido en cinco capítulos, donde el proceso de argumentación va acotando y determinando a qué nos referimos cuando queremos hablar de la eutanasia, para ello el autor sitúa siempre la discusión en el terreno de la organización social y política; es decir, en el campo de la conciencia y la voz públicas, y se desliga de otros tipos de argumentos como el moral o el teológico, lo cual no quiere decir que no los tome en cuenta, pero para el autor la problemática es del orden de la filosofía política y social y no del orden moral, ontológico o teológico.

El primer capítulo “Tanasias y Eutanasias”, inicia con una demostración analítica de la carencia de referencia a una realidad específica del término eutanasia y la necesidad de aclararnos de qué hablamos cuando hablamos de eutanasia. Para ello muestra en primer término como las tres grandes definiciones de eutanasia se asocian con una manera de cometer un homicidio, ya sea por los sujetos que intervienen en él, por las razones para cometerlo o por la aceptación voluntaria del que es objeto del homicidio. Esto ha resultado en que no se tenga ese acuerdo público sobre de qué se está hablando: “por lo menos de un acuerdo que vaya más allá de la idea común de que la

eutanasia involucra el hecho de que unas personas matan a otras y que está en discusión la legitimidad de tal acto.”² Todavía pero cuando en esta categoría se hacen una serie de distinciones de acuerdo a diferentes criterios como la naturaleza de la actuación de aquel que pone fina a la vida de otro, las distinciones de si es directa o indirecta, voluntaria o involuntaria, pues amplía el ámbito de la discusión a tal grado que se olvida el *quid* de la interrogación llegando a incluir dentro de la eutanasia prácticamente a cualquier acto humano relacionado con la muerte, lo cual es absurdo. Lo que propone Méndez Baiges es que volvamos a iniciar desde el significado original de eutanasia como “buena muerte”³ y nos enfrentemos directamente al proceso de morir desde dos problemas planteados en la interrogación: el primero, es sobre lo que debe hacerse cuando un enfermo manifiesta su voluntad de morir, y el segundo sobre lo que debe hacerse en los estadios avanzados de la enfermedad. Hay entonces que “volver a comenzar desde la consideración de los problemas que el propio asunto plantea y no desde la consideración de los problemas relativos a la cuestión de la eutanasia.”⁴

En el segundo capítulo “El proceso de morir”, que se divide a su vez en tres partes, “El modo tradicional y el modo tecnológico de morir”, “Decisiones en el modo tecnológico de morir” y “La juridificación del proceso de morir”, el autor plantea que una de las maneras como le damos sentido a este proceso es cómo se organiza el proceso socialmente, de tal forma que el modo de morir es un producto social, independientemente de otras maneras de darle sentido. Esto implica que el modo de morir ha cambiado a través del tiempo, por lo que el propio de nuestra época es algo mediado tecnológicamente. Esto quiere decir que se dan diversas sustituciones del ritual tradicional: de la casa al hospital, de la inevitabilidad de la agonía a la esperanza depositada en la técnica del médico, de tal forma que incluso ya no existe la certeza de la muerte cuando ella aparece, porque aparece con el rostro de la técnica que en el fondo se basa en el principio de la mentira⁵ pues el moribundo es alguien que se muere pero que se le oculta la gravedad de su estado. Entonces “el lugar preeminente que tenía el destino en el modo tradicional de morir lo ocupa aquí la técnica. Y el lugar que ocupaba antes la aceptación del orden lo llenan ahora las esperanzas depositadas en la misma. Pues el modo tec-

nológico de morir está necesariamente vinculado con las nociones que han acompañado al desarrollo de las nuevas ciencias médicas y, especialmente, con las ideas de eficacia y de progreso a la hora de la lucha contra la enfermedad.”⁶

La muerte se convierte entonces en algo de lo cual no se puede hablar, en algo terrible que sólo cabe hablar de ella a través de eufemismos como el término eutanasia precisamente.⁷

La manera entonces en que el proceso de morir se integró socialmente en el modo tecnológico fue a través de dos procesos: el primero de pérdida de sentido del mundo de la muerte y el segundo, de racionalización del mundo de la muerte. Este segundo proceso, que incluye el surgimiento de las unidades de cuidados intensivos, las prótesis, etc. fue lo que provocó que el médico y la sociedad tuvieran mucha más incidencia con sus decisiones en el proceso de morir, de hecho casi ha desaparecido la idea de una muerte natural. En conclusión, para el autor, por un lado, la muerte se volvió tabú por carecer de sentido y, por otro, se convirtió en un producto de las decisiones humanas, lo que provocó una serie de problemas que debían ser regulados jurídicamente. Por ello en la última parte de este capítulo Méndez Baiges nos hace referencias a estas experiencias de legislación sobre las decisiones en torno a la vida y la muerte de países como Holanda o Australia. Por lo cual es imperioso pensar qué podría significar un derecho sobre morir con dignidad, puesto que la mayor preocupación, según el autor, es que los Estados deben velar por la autonomía de las personas y muchas legislaciones han sido insuficientes en este proceso.

El tercer capítulo “Sobre un derecho a morir con dignidad” que está dividido a su vez en tres partes “El derecho a morir con dignidad”, “El contenido del derecho a morir con dignidad” y “El derecho de morir y su justificación”, el autor plantea específicamente que como el modo de morir tecnológico implica en una red de relaciones a los diversos participantes de una muerte con derechos y deberes, y que deben tomarse una serie de decisiones, debe haber un derecho del paciente a morir con dignidad que es: “hablar de un derecho reconocido legalmente a los individuos para que puedan tomar por sí mismos algunas de las decisiones relativas a ciertos asuntos que atañen a su propia muerte. Ese derecho se constituye así como un conjunto de

facultades que garantizan un ámbito de decisión propio a los individuos en lo que se refiere a su proceso de morir, y que permite por lo tanto a éstos gobernar sin injerencias una parte de su muerte. El objetivo del derecho, en consecuencia, es el de evitar que la participación de la persona en su propia muerte sea la de un objeto pasivo en manos de la familia, de la técnica o de los especialistas, logrando por el contrario que esa participación sea la de un ciudadano al que han de serle respetados sus intereses y sus valores más básicos durante ese proceso de morir.”⁸

La dignidad la entiende Méndez Baiges desde este límite metodológico y de posición de no ver el fenómeno de la muerte más allá de sus relaciones con la organización social, el estado y el derecho lo cual me parece que oscurece la concepción sobre la dignidad y del derecho a morir porque queda reducida a ser un evento fáctico de autonomía de la persona a partir de la organización de las sociedades modernas occidentales⁹. Lo cual para él se justifica porque históricamente ha sido imposible tener un acuerdo sobre su significado.¹⁰ Lo cual podría suponer que si la organización social moderna occidental cambiara, luego entonces sería posible que no ocurriera la dignidad humana y por tanto toda esta idea del derecho a morir con dignidad no tendría ningún sentido, es decir me parece demasiado regional su concepción de la dignidad de la persona.

Dentro del derecho a morir con dignidad establece varias facultades o derechos del individuo entre los cuales se encuentran dos que son el objeto de discusión propio de la cuestión de la eutanasia que son: el derecho a obtener un tratamiento paliativo del dolor durante el proceso de morir y el derecho a determinar el momento de la propia muerte. Finalmente, propone la justificación racional de este derecho a determinar el momento de la propia muerte desde el punto de vista del derecho, puesto que moralmente no le parece suficiente. Se justifica sobre la base de dos ideas: la primera es la del respeto por la autonomía de las personas que sigue dos líneas principales¹¹: la primera en que el valor supremo social es la autonomía y segundo, la necesidad de que la ley reaccione ante la especial situación de vida deteriorada en que se encuentran diversos individuos, y que es preciso salvar su capacidad de autodeterminarse. La segunda idea es la utilitarista que se basa en respetar los propios intereses de los indivi-

duos presentes en el proceso de morir. De tal manera que el marco legal evite un mayor sufrimiento. Ahora bien, Méndez Baiges menciona que en todas estas justificaciones se coincide en que debe haber una serie de condiciones objetivas y subjetivas que hagan válido el ejercicio del derecho. En otras palabras, no se trata de justificar la eutanasia como un homicidio o como un auxilio al suicidio, sino de proteger y garantizar la autonomía y los intereses de las personas cuando son sometidas a las decisiones del proceso tecnológico de morir.

En este sentido se plantea el cuarto capítulo “Problemas graves y menos graves del derecho a morir” que básicamente plantea los argumentos en contra de un derecho a morir y los critica en sus posibilidades lógicas y fácticas. Por ello la división del capítulo es la presentación de cada uno de estos argumentos: “Argumentos de principios”, “Argumentos de inutilidad” y “Argumentos sobre las consecuencias” que a su vez se divide en “la pendiente homonímica”, “La pendiente fáctica” y “La pendiente lógica”.

Los argumentos de principios son aquellos que invocan una serie de principios generales válidos contra la legitimidad de la determinación de la propia muerte, y en base a esa validez consideran que el derecho a morir no debe garantizarse legalmente.¹² Estos son básicamente dos: el principio de “no matarás” y el de indisponibilidad de la propia vida, que a su vez puede ser de tres tipos: teológica, moral o jurídica. Para Méndez Baiges estos son los argumentos más débiles porque caen en una petición de principio, es decir pretenden justificar la ilegitimidad de legalizar un derecho a determinar el momento de la propia muerte a partir de la idea del valor absoluto de la vida humana, cuando en principio “vida humana” es algo que se supone con valor absoluto cuando a lo mejor es relativo.¹³

Los argumentos de la inutilidad sostienen que la concesión legal a un derecho a morir carece de sentido porque puede probarse que resulta ineficaz, imposible o innecesario ya sea porque esos problemas no existen, porque no pueden ser solucionados por la misma o porque pueden solucionarse más eficazmente de otra manera. Estos argumentos son diversos y muy centrados en las estadísticas específicas, por lo que para Méndez Baiges la mayoría son discutibles porque olvidan que el derecho a morir no se establece como la panacea de la nueva medicina y sólo tiende a proteger la autonomía de los individuos.¹⁴

Los argumentos sobre las consecuencias se basan en que la proclamación del derecho a morir tendría una serie de efectos negativos para la sociedad. Estos toman la forma de lo que se ha llamado la pendiente resbaladiza¹⁵ que lo que sostiene es que si se dan razones para aceptar excepciones en casos determinados, la consecuencia de ello es aceptar nuevas excepciones para las cuales hay razones parecidas y esto en último término llevaría a aceptar cosas inaceptables.¹⁶ La fuerza de estos argumentos descansa en que la consideración de ciertos peligros como posibles dependan de la explicación del mecanismo que hace imposible para la legislación establecer una diferencia nítida entre lo que se quiere permitir y lo que aparece como vinculado pero no deseable.

La pendiente homonímica se basa en una clasificación previa de los tipos de eutanasias posibles o tratamientos médicos y cuya clasificación es la que invoca el posible deslizamiento entre ellas, siempre viendo como lo más inaceptable la eutanasia involuntaria directa. Para Méndez Baiges, ésta pendiente no explica en realidad porqué se daría el deslizamiento, es casi para él una mera asociación lingüística.

La pendiente fáctica, no pretende explicar el mecanismo de deslizamiento, sino de plantear que esos deslizamientos ya se han dado en la realidad.¹⁷ La prueba de este argumento no está en la pureza de los razonamientos, sino en la constatación de unos hechos. Para refutar en parte esta tesis, Méndez Baiges nos presenta todo un baile de cifras y estadísticas de los países como Holanda, donde hay una legalización del derecho a morir, en comparación con otros europeos, donde se prueba que estos argumentos no prueban del todo que se dé el resbalón.

Finalmente, la pendiente lógica, que es para Méndez Baiges la que sí presenta una limitación y riesgo importante del derecho a morir se basa en analizar la categoría “derecho a morir” en el contexto jurídico y social donde debe ser aplicada la explicación del mecanismo que lleva desde la parición de la concesión a la aceptación de casos indeseables.¹⁸ Sobre todo la relación de la categoría “derecho a morir” con la de “vida deteriorada”. El problema en el fondo que se plantea es que hay casos limítrofes donde sería muy ambigua la aplicación del derecho en función de condiciones objetivas y subjetivas. Estos son típicamente tres: el primero, donde no hay condiciones objetivas

para decir que la persona tiene una vida deteriorada, pero tiene la voluntad firme de morir. El segundo, es los que objetivamente tienen una vida deteriorada, pero no tienen la voluntad de morir. Y el tercero donde hay personas cuya vida es objetivamente deteriorada, pero tiene alguna situación añadida, como por ejemplo la falta de los padres, un divorcio, que fueran en realidad la causa de su voluntad de morir.¹⁹

En cuanto a los dos primeros, se concluye que la validez del derecho sólo puede ocurrir cuando se cumplan las dos condiciones, la objetiva de vida deteriorada y la subjetiva de voluntad de morir, y además estos casos ocurren con independencia de la proclamación del derecho. Pero la tercera es la que plantea las dificultades porque subsisten en las sociedades y no pueden ser resueltos con la exigencia estricta del cumplimiento de los requisitos del derecho. Además que estas situaciones añadidas pueden hacer parecer a los más vulnerables o débiles como los más amenazados por ese derecho a morir, lo cual al conjuntarse con los intereses sociales, el derecho a morir podría convertirse en una manera de autorizar su eliminación.²⁰ Sin embargo, para Méndez Baiges esto hay que considerarlo, pero tampoco está claro que la existencia de tal derecho implique el resbalón, lo que sí establece es que debe haber un mayor control del proceso de morir. Y éste es el punto para Méndez Baiges, porque si esta situación puede existir en el caso de proclamarse o no el derecho, el no proclamarlo haría que muchos de estos casos estuvieran en el silencio fuera de la responsabilidad pública, y sin condiciones de posibilidad de realizar la justicia.

La conclusión de Méndez Baiges es que el legalizar un derecho a morir da tanto miedo porque: "obliga a una mayor transparencia social respecto al proceso de morir. Luego es cierto que hay algo que se pone en peligro cuando aparece legalmente ese derecho. Pero ese algo no es tanto la situación de ciertas personas especialmente vulnerables como el actual control absoluto y el secretismo de las instituciones sociales respecto al proceso de morir."²¹ El quinto capítulo lleva a cabo una conclusión general en esta misma dirección.

Por último diría que a pesar de las críticas que uno puede hacer a algunas concepciones reducidas sólo al ámbito social y político una de las virtudes de la obra, es que está perfectamente fundamentado y

contextualizado con los argumentos, discusiones y datos contemporáneos sobre el problema de las decisiones de las sociedades sobre la muerte. Cada capítulo y cada argumento, tienen referentes a la experiencia de nuestras sociedades actuales, como la explicación que hace de las razones de la legalización de un “derecho a morir” en países como en Holanda y tiene referentes de los autores expertos en el tema, tanto a favor como en contra, desde los argumentos de autores contemporáneos como Peter Singer, Ronald Dworkin, Hans Jonas, de autores clásicos como Kant o David Hume, como de las constituciones políticas e incluso de la Congregación para la Doctrina de la Fe. De tal manera que es un excelente mapeo de la zona donde están los argumentos sobre la eutanasia que llevan finalmente a una conclusión que es una llamada a la sociedad a responsabilizarse.

Referencias bibliográficas

¹ MÉNDEZ BAIGES, VÍCTOR. (2002) *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones*. Trotta, Madrid. P. 110.

² *Ibíd.*, p. 18.

³ Cfr. *Ibíd.*, p. 18.

⁴ *Ibíd.*, p. 24.

⁵ Cfr. *Ibíd.*, p. 28.

⁶ *Ibíd.*, p. 29.

⁷ Cfr. *Ibíd.*, p. 30.

⁸ *Ibíd.*, pp. 51-52.

⁹ Cfr. *Ibíd.*, p. 52.

¹⁰ Cfr. *Ibidem*.

¹¹ Cfr. *Ibíd.*, pp. 66-67.

¹² Cfr. *Ibíd.*, p. 70.

¹³ Cfr. *Ibíd.*, p. 80.

¹⁴ Cfr. *Ibíd.*, p. 86.

¹⁵ Cfr. *Ibíd.*, p. 88.

¹⁶ Cfr. *Ibidem*.

¹⁷ Cfr. *Ibíd.*, p. 92.

¹⁸ Cfr. *Ibíd.*, p. 96.

¹⁹ Cfr. *Ibíd.*, pp. 98-99.

²⁰ Cfr. *Ibíd.*, p. 101.

²¹ *Ibíd.*, p. 104.



ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE BIOÉTICA

La Asociación Panamericana de Bioética nace como un recurso efectivo dentro de la sociedad para promover y salvaguardar el respeto a la dignidad de toda persona humana desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, desde un ámbito científico, a través del intercambio de ideas, información, investigación y trabajo, entre las diversas asociaciones de Bioética con esta finalidad.

La Misión de la Asociación Panamericana de Bioética es agrupar a personas e instituciones relacionadas con la medicina o que participan en las ciencias de la vida, y en la bioética, interesadas en defender la dignidad de la persona apoyándolas a través de cursos, seminarios, publicaciones, talleres dentro de la reflexión e investigación que la asociación efectúe en el campo de la bioética.

BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA

- Inscripción a la revista Medicina y Ética.
- Actualización en temas de bioética a través de nuestra página de Internet.
- Asistencia a convención anual sobre bioética.
- Participar en seminarios, conferencias, cursos con cuotas preferenciales.
- Vinculación con asociaciones de Bioética tanto nacionales como internacionales
- Plataforma de participación en proyectos de Bioética.

CUOTAS DE INGRESO

	<i>México</i>	<i>Otros países</i>
Individual	\$ 450.00 M.N.	\$ 80.00 U.S.
Estudiantes	\$ 200.00 M.N.	\$ 40.00 U.S.
Instituciones	\$ 1,250.00 M.N.	\$ 230.00 U.S.

FORMAS DE PAGO

Depósito bancario a Cta. No. 51-50067989-0

(Banco Santander Mexicano. Suc. Interlomas).

Cheque a favor de Asociación Panamericana de Bioética S.C.
al apartado postal No. 41-518 México, D.F. C.P. 1100

MAYORES INFORMES

Lic. Martha Hamill de Correa

Coordinadora General de APABE Sede Nacional

Teléfono (55) 5251 82 93

E mail: ehamill@anahuac.mx



UNIVERSIDAD ANÁHUAC
VINCE IN BONO MALUM™

La Coordinación de Publicaciones y Diseño y la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac tiene el agrado de anunciarles la nueva serie *Bioética y Decisión* que consta de los siguientes títulos:

- La clonación
- La eutanasia
- La reproducción asistida
- Los trasplantes

Estos cuadernillos ofrecen una introducción elemental a algunos temas cruciales de Bioética, desde una óptica personalista.

Los textos buscan orientar a un público no especializado, que no ha tenido oportunidad de familiarizarse con estos temas de una forma veraz y objetiva. Están pensados para diversos interesados, desde estudiantes de nivel secundaria, pasando por comunicadores, juristas, los propios pacientes, sus familiares y la amplia gama de orientadores y formadores de los ámbitos académico, moral y pastoral.

Cada uno de ellos presenta una breve explicación de los procesos desde la dimensión científica del tema; a continuación se hace entonces la valoración ética de los mismos.

La colección aspira a formar un recurso básico de decisión y compromiso.

MAYORES INFORMES

Lic. Irma del Carpio
Coordinadora administrativa
Facultad de Bioética
Teléfono (55) 53288074
E mail: idelcarpio@anahuac.mx

REVISTA MEDICINA Y ÉTICA

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 Ética*

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

Facultad de Bioética

Universidad Anáhuac

Apartado Postal 10 844

C.P. 11 000, México, D.F.

Email: idelcarpio@anahuac.mx