

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Av. Sur 20, núm. 233
Col. Agrícola Oriental, 08500 México, D.F.

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52760
México D.F. C.P. 11000
A.P. 10-844
Tels. 328-80-74, 627-02-10 (Ext. 7205 y 7146)
Email: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx

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

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

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

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

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

[039 0793]

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

3

VOLUMEN IX NUMERO 3 JULIO-SEPTIEMBRE DE 1998

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

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

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

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

México

Director responsable: Dr. José Kuthy Porter

Director: Mtro. Javier Vargas Diez Barroso

Coordinador Editorial: Dr. Óscar Martínez González

Administración: Lic. Margarita Pereira Cid

Corrector de redacción: Lic. Verónica Rodríguez Struck

Colaboración editorial: Dra. Martha Tarasco Michel

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Juan Rodríguez
Argüelles - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Manuel Cárdenas
Loeza - Dr. Horacio García Romero - Dra. María Dolores
Vila-Coro - Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón

INDICE

EDITORIAL	305
La libertad y la ley: ¿sí o no a la vida? <i>Tadeusz Styczen</i>	307
La formación en bioética: modelos y contenidos <i>Laura Palazzani</i>	325
El trasplante de gónadas: historia y actualidad <i>Maurizio P. Faggioni</i>	339
La asesoría genética antes del diagnóstico prenatal: una obligación deontológica <i>Angelo Serra</i>	371
Cuestiones emergentes en el ámbito de la bioética <i>Elio Sgreccia</i>	391

EDITORIAL

Todos somos testigos de que en los últimos años, en varias partes del mundo, se han estado fundando nuevas instituciones, muchas de ellas dedicadas al campo de la Bioética, algunas dentro de Universidades, otras afiliadas a grupos de profesionistas de las ciencias de la salud, Comités de Bioética Hospitalarios, etcétera.

Estas instituciones están haciendo que cada día más gente se esté interesando en el estudio de la parte humana de las ciencias de la vida, y al conocer mejor las razones por las cuales se puede hablar de que existe una dignidad en toda persona humana, estas instituciones ayudan a detener esta “cultura de la muerte” que cada día se nos presenta como algo normal.

En este número presentamos el artículo *La libertad y la ley: ¿sí o no a la vida?* Este artículo analiza la problemática que se crea cuando quienes han sido designados para tomar decisiones en nombre de los demás (legisladores) en una nación, no cumplen con su deber en el momento en que legislan en contra de la vida.

Laura Palazzani nos presenta el artículo *La formación en bioética: modelos y contenidos*, en donde nos habla de algunas consideraciones básicas que debemos siempre de tener en cuenta cuando nos iniciamos o hablamos de bioética.

El éxito que se ha logrado recientemente en el campo de los trasplantes de órganos en el ser humano, debido a los avances en la ciencia y en la tecnología, nos ha hecho olvidar que fueron muchos los intentos fallidos que se tuvieron que efectuar para poder lograrlo. En el artículo *El trasplante de gónadas: historia y actualidad*, se nos presenta una descripción de cómo este tipo de trasplantes ha pasado por muchas etapas en el aspecto técnico y científico así como en su aspecto ético.

El diagnóstico prenatal es un avance de la ciencia y de la técnica que está cada día más al alcance de todos. ¿Qué implicaciones bioéticas tiene dicho avance? En el artículo *La asesoría genética antes del diagnóstico prenatal: una obligación deontológica*, encontramos conceptos que nos ayudan a entender mejor los dilemas que han surgido debido a este avance.

Elio Sgreccia nos presenta en su artículo *Cuestiones emergentes en el ámbito de la bioética*, un punto de vista actual de cómo la bioética ha ido tomando poco a poco su lugar dentro de las ciencias de la vida.

En este número queremos reconocer el esfuerzo que varios médicos y otros profesionistas interesados en la bioética han estado haciendo en México para fundar la Asociación Panamericana de Bioética, APABE, cuya misión es la de agrupar a personas e instituciones relacionadas con la medicina o que participan en las ciencias de la vida, interesadas en defender la vida y la dignidad de la persona humana, apoyándolas a través de cursos, seminarios, publicaciones, talleres, así como por consulta directa, aprovechando la reflexión y la investigación que la Asociación efectúe en el campo de la Bioética.

La APABE fue fundada en febrero del presente año, y queremos dedicarles este número para desearles éxito en su labor de agrupar a todas las personas e instituciones de América, que buscan difundir una Bioética fundamentada en la dignidad y el respeto que merece toda persona humana.

La libertad y la ley: ¿sí o no a la vida?

Tadeusz Styczen*

Homo hominis res sacra

SÈNECA

Hominum causa omne ius constitutum sit

IUSTINIANI CORPUS IURIS CIVILIS

Resumen

Una de las tareas ético-culturales esenciales que la encíclica Evangelium Vitae plantea al especialista en ética, es el hacer consciente a todos los hombres, como ciudadanos de sus Estados, de aquello en lo que transforman a su Estado como legislador y en qué se convierten ellos mismos, cuando ese Estado, con un acto de derecho positivo —como en el caso de la legalización del aborto— priva de toda protección de la ley a aquellos a los que se da muerte y, con el mismo acto, protege e incluso apoya, a los que les dan muerte. Con este propósito, el autor analiza las leyes de este tipo a la luz de la encíclica Evangelium Vitae (EV).

La atención del especialista en ética se centra primeramente en los hombres, y a continuación en las instituciones creadas por ellos: la ley y el Estado, examinando su dimensión “humana”, es decir, cultural.

El dramatismo del diagnóstico que hace la EV es atestiguado por la gradual expansión de la “cultura de la muerte”. Prueba de ello es el hecho de que la ONU, fundada a fin de superar el primer caso en la historia humana de “ley contra la vida” (los llamados decretos de Nuremberg), en correspondencia con el 50 aniversario de su existencia, se hace promotora del segundo caso de “ley contra la vida”, esto es, el “derecho al aborto seguro”. La reflexión

* Universidad Católica de Lublín, Polonia.

del especialista en ética se centra precisamente en la ruina de la cultura como cultura de muerte y pretende hacer de ésta un diagnóstico más diferenciado, con la finalidad de emprender, con base en él, “terapias” oportunas, como la única manera de contrarrestar y prevenir el fenómeno de la extinción de la cultura humana.

Estado de la cuestión

La libertad, ¿sigue siendo ella misma cuando consiente en el absurdo de las “leyes contra la vida”?

Como el título sugiere, debo expresarme, como especialista en ética, sobre el tema de las “leyes contra la vida”, y por tanto sobre un tema que desalienta. ¿No es esto una protesta por parte de nuestra razón? En verdad que sí. La expresión: “leyes contra la vida” perturba por la falsedad en ella contenida, y ésta en su forma más extrema, la del absurdo. Efectivamente, una “ley contra la vida” es una *contradictio in adiecto*, ¡es como un círculo cuadrado! No es de extrañar, pues, que el hombre proteste espontáneamente. Defiende de este modo la verdad, pero se defiende también a sí mismo: su racionalidad y su libertad. Se da cuenta de que se eliminaría a sí mismo, que dejaría de ser él mismo, que cesaría de depender de sí mismo, que se haría esclavo de sí mismo, si, con un acto de su libre decisión, aceptase aquello en lo que —¡con su razonamiento!— reconoce la falsedad, y a cuyo respecto ya ha comprobado: ¡esto es falso!¹ ¿No es aquí, pues, donde está el origen de nuestra oposición a una “ley contra la vida”?

Por esto también, el estudioso de la ética, como portavoz del *ethos*, esto es, de la “libertad que se deja guiar por la verdad”,² pregunta: ¿es lícito al hombre —como a un ser racionalmente libre— consentir en el absurdo de la “ley contra la vida”? Ahora bien, un hombre que consiente en un absurdo semejante, ¿no deshace su propia identidad golpeando como suicida su propia racionalidad y, mediante esto, su propia dinámica? ¿Le es lícito usar su propia libertad contra la verdad, si al hacer semejante uso de ella, al final, se dirige contra sí misma?

He aquí por qué los especialistas en ética desde hace siglos concentran su atención en lo que se decide sobre la esencia del hombre cada vez que reflexionan acerca de lo que se decide sobre la esencia de la ley y del derecho. El punto central de ese análisis lo expresa de la mejor forma posible el famoso pasaje del Código de Justiniano: *Hominum causa omne ius constitutum sit*, todo el derecho debe estar constituido por la causa de los hombres.² El hombre constituye un bien, y la razón de ser del derecho es la protección de ese bien. Sin embargo, esto lo expresaba de manera más precisa y sintética el filósofo romano Séneca: *Homo homini res sacra!*, el hombre es para el hombre una cosa sagrada. Esto significa que el derecho establecido por los hombres debe garantizar y promover esa “cosa sagrada”, ese bien que es cada hombre, si quiere merecer el nombre de ley.

Por esto también una ley, *lex*, ante todo, debe dar una definición precisa, y dar de ella una expresión públicamente legible —juntamente con la indicación de una sanción de garantía—, de lo que es debido a todo hombre como tal: *cuique*, para cualquier otro hombre. Lo que se le debe como algo propio, suyo por excelencia, como *suum*.⁵

Por esto también ese *suum* es definido como un derecho del hombre: *ius*, o bien como lo que es debido al hombre en virtud del hecho de que él es lo que es, es decir, como lo que es precisamente respecto de sí en virtud de su esencia: *iustum*. Lo que se le debe al hombre no por una concesión desde el exterior, sino en virtud del hecho de su aparición en el mundo de los seres reales con una estructura que lo distingue y lo hace superior a cualquier otro ser, es decir, en virtud de su naturaleza. De aquí el clásico enfoque de ese derecho por parte de pensadores como Sócrates, Sófocles, Aristóteles, Cicerón, Séneca y muchos otros, como derecho no escrito, innato, o bien como derecho natural: *ius naturale*, distinto del derecho escrito (positivo).

Por esto también la justicia, *iustitia*, será definida como la expresión del respeto —tanto en el acto, como en toda la actitud del sujeto que actúa— en relación con cuanto le es debido a todo hombre por cualquier otro hombre en virtud de ser humano: *cuique suum*, a cada quien lo suyo.

Homo homini res sacra (el hombre, cosa sagrada para el hombre), *homo homini homo* (el hombre, hombre para el hombre): he aquí el meollo de la cuestión.

Por este motivo, una auténtica institución de la ley, la *legislatio*, es nada más y nada menos que *iuris-prudentia* y, por tanto, el leer y el traducir por la razón en el lenguaje de la regla de la acción, esto es, de una norma jurídica, *ordinatio rationis*,⁶ lo que es debido al hombre por todo hombre como una obligación: *obligatio*. Y esto a causa de lo que es todo hombre para cualquier otro hombre, en virtud de su esencia y del rango axiológico, llamado *dignidad como persona*. Todo hombre tiene derecho —*ius*— al respeto por parte de cualquier otro hombre.

Es evidente que sólo el respeto de este derecho en el recíproco actuar de los hombres puede servir a la promoción del hombre como tal en la sociedad, es decir, favorecer el auténtico bien de cada hombre en particular y, al mismo tiempo, de todos los hombres en su conjunto. En otras palabras, sólo el respeto del derecho natural promueve el auténtico bien de la comunidad de los hombres, esto es, promueve su bien común, *bonum commune*. De aquí proviene el nombre romano: *res-publica*.

El garantizar y el promover este bien es la razón antropológica más profunda y el supremo imperativo ético de los hombres que se reúnan en un Estado. Éste, en efecto, es un instrumento indispensable para todos, para dar, de manera organizada, una efectiva expresión a la obligación de la solicitud de todos por el bien de todos. En este sentido el Estado es una estructura organizada del servicio solidario, es decir, *ministerium pro publico bono*, *ministerium* que tiene su fuente y su fundamento definitivos en reconocer que la tarea principal de la organización de la sociedad humana en el Estado es la solicitud de todos por este bien superior que es cada uno de los hombres en particular y de toda la comunidad en conjunto. Si *homo hominis res sacra*, entonces *salus rei publicae suprema lex!* (la salud de la cosa pública es la suprema ley). A. Mickiewicz expresará la esencia de esta cuestión con una fórmula poética: “El fin de todos es la felicidad de cada uno”.

La solicitud por el bien que es el hombre requiere, por parte de la ley y como condición *sine qua non*, la protección del bien fundamental que es su vida. No se puede, en efecto, decir “sí” al hombre como tal, sin decir “sí” a su vida. Por tanto, quien dice “no” a la vida del hombre a través de la ley, dice “no” al hombre como tal.⁷ El hombre, efectivamente, es *aquel que es*, en cuanto es (en las condiciones de este mundo: en cuanto vive). Por esto Santo Tomás dirá: *viventibus vivere est esse*, para los seres vivos vivir es ser. De aquí la importancia fundamental que tiene la

afirmación de la *existencia* del hombre (por el hecho de que *es*, que *vive*) por la afirmación de la *esencia* del hombre (de *lo* que él es).

Basta aplicar a nuestro caso la ley lógica de la contraposición: $(p \rightarrow q) \rightarrow (\neg q \rightarrow \neg p)$,⁸ para aclarar definitivamente la cuestión y de ese modo concluirla. Una ley contra la vida del hombre es una “anti-ley” reconocida como ley, es una ilegalidad identificada con la legalidad, lo que, en el lenguaje de la lógica, se define como una *contradicción* $(p \sim p)$, y en el lenguaje común se llama un *absurdo*. He aquí por qué debería ya sentirse turbado por el sonido mismo de las palabras: “leyes contra la vida” aquel que siente vibrar vivamente en los oídos las palabras de la clásica sentencia del *Corpus Iuris Iustiniani*, que señala el bien del hombre como raíz del ser ley de la ley: *Hominum causa omne ius constitutum sit*.⁹

¿Tiene, pues, sentido un ulterior análisis de la expresión “ley contra la vida”? Diríase que no. En realidad, la anti-verdad se aniquila a sí misma. Cualquier ayuda parece aquí superflua. Pero, sin embargo...

El absurdo de la “ley contra la vida” se ha vuelto un hecho... de la cultura!

¡Y sin embargo, tiene sentido! Puesto que, primeramente, están el objeto del análisis y el determinar su método; y, en segundo lugar —y tal vez esto es lo más importante— existe el objeto, “la ley contra la vida”, que tiene efectivamente las características de un absurdo lógico, ético y jurídico.

El absurdo se hace un hecho. Se vuelve —y es un hecho— como un *delito real*, es decir, una ilegalidad bajo la apariencia de una institución *real* de derecho, esto es, de la ley positiva, en muchos Estados democráticos del mundo. La legalización del aborto es una prueba elocuente de ello. Sobre ésta, en el ámbito de los parlamentos, ha decidido la voluntad de la mayoría de los ciudadanos, dueños de sus propios Estados, y así, mediante un sistema de vinculaciones internacionales, este absurdo ha logrado escalar la cima misma de la escena político-cultural del mundo, para continuar formando su paisaje cultural. De manera más clara esto se manifestó en el transcurso de la preparación de la Conferencia Internacional de la ONU en El Cairo (1994) sobre el tema “Población y desarrollo”, en cuyo proyecto de documento final apareció

el intento de hacer pasar el “derecho al aborto seguro”. Así también este absurdo, un hecho de anticultura, también logró hacerse como de casa en todo el mundo, como obra de los hombres y, por tanto, como fenómeno de su singular cultura. ¿Por qué motivo esta cultura es tan espantosamente *singular*, sino por el hecho de que los hombres expresan su consenso en relación con algo que realiza un absurdo?

Nada manifiesta con tanta agudeza las potencias destructivas de la revolución operada con un acto de consenso de los hombres, como el hecho de que tal consenso concierne a una institución de la cultura humana tan respetable como es la institución de la ley. He aquí, en efecto, que una institución que durante miles de años constituyó el fundamento y la expresión principal de la cultura ético-política de los hombres, se transforma de repente —en un cierto momento de su historia— y con un acto de su libre voluntad, en su contrario. ¿Qué diría Séneca, el autor de la frase: *Homo hominis res sacra*, (el hombre es una cosa sagrada para el hombre), si pudiera presentarse hoy entre nosotros?

Un especialista en ética —profundamente preocupado por este acto perturbador— hace, antes que nada, el diagnóstico ético-cultural del mismo.

La cultura del absurdo es la cultura de la muerte. La cultura de la muerte es la muerte de la cultura

He aquí los tres componentes esenciales de este diagnóstico singular.

Excluyendo de toda protección, con un acto legislativo, a aquellos a los que, siendo inocentes, se les da muerte para proteger —e incluso apoyar—, *con el mismo acto legislativo (!)* a aquellos que les dan muerte, *el sujeto de esa ley es el Estado como legislador*, que no sólo comete una grave injusticia a los hombres, sino que, al mismo tiempo, *falsifica profundamente el sentido esencial de la ley como institución y la transforma en una ilegalidad tirana bajo el ilusorio nombre de ley*. El delito se convierte en derecho.¹⁰

Y no sólo esto. En ese mismo acto el Estado, como sujeto legislativo, *se falsifica también a sí mismo*, dando *un golpe de Estado suicida*. Transforma su propio papel de Estado como institución de *ministerium* de todos y para el bien de todos, en una *opresión* totalitaria, ejercida por la

mayoría de los fuertes sobre una minoría de impotentes. Con tal acto se elimina definitivamente el principio de igualdad de todos frente a la ley, dando lugar a una división discriminatoria de los hombres entre hombres y “subhombres”. Con esto se viola de raíz el principio de justicia, el fundamento intocable del orden de un Estado de derecho.¹¹

El apelar a la libertad de elección de los ciudadanos —para la realización de una obra tan infame— y el aprovechar a tal fin el principio de mayoría como estructura formal de la democracia, significa en último análisis la “escalada” de la fuerza destructiva de este absurdo. Llega al fondo mismo del *sujeto humano*. Se vuelve autodestrucción del hombre como tal. De hecho, la primera y más trágica víctima de la violencia infligida en nombre de la ley y del Estado no es quien la padece, sino quien la ejerce: el hombre-ciudadano. De este modo, cualquier forma de participación en el acto de un Estado de privar de la protección de la ley, con una ley, la vida de seres humanos inocentes, significa para todo aquel que participa en ello, un acto de muerte moral suicida. Significa introducir una laceración en lo más íntimo de la estructura del sujeto humano, que llega a la raíz de un “yo” racionalmente libre.¹² El participar en la realización de un absurdo semejante para el hombre es la autoaniquilación moral, es decir, introducir en la estructura del propio “yo” la negación del mismo, del *non-ego* en el *ego*.¹³

Este diagnóstico significa, pues, una triple muerte: 1) de la ley (del derecho); 2) del Estado como legislador (un Estado de derecho); 3) de los ciudadanos del Estado como sujetos particulares legislativos (electores, parlamentarios) y, finalmente, de ellos mismos simplemente como hombres: de los “yo” racionalmente libres.

Por esta razón Juan Pablo II no vaciló, en su encíclica *Evangelium Vitae*, en llamar a este fenómeno “cultura de la muerte”, y ve en él una amenaza real de la muerte de la cultura.¹⁴

En este estado de cosas, un análisis ético-cultural de las “leyes contra la vida” se reduce a desenmascarar de manera efectiva tales leyes como un caso de *actuación de la “cultura de la muerte”*, con el fin de oponerse con ello al proceso de *muerte de la cultura*. Así, el imperativo moral del momento consiste en la sensibilización de los hombres en relación con las fuerzas del absurdo de la “cultura de la muerte”, invisibles a simple vista, que aniquilan la subjetividad del hombre. Se trata del *ser o del no*

ser de la salvación de la identidad del hombre, en un giro de la historia sumamente peligroso para él.

Entre la validez y la aceptación de las normas éticas

Podría parecer que el especialista en ética lograría el objetivo de su análisis ético-cultural si diera, de modo intersubjetivamente controlable, dos pasos, a saber: 1) si demostrara la validez universal de la afirmación: toda acción que actúa un absurdo es para el hombre, como ser racionalmente libre, absolutamente inadmisible y moralmente fatal, aunque siga manejando su libertad; 2) si demostrara la validez objetiva de la afirmación: un absurdo semejante se produce siempre que el hombre, como ciudadano de su Estado, participa en una “conjura contra la vida”, actuando juntamente con el Estado al privar de la protección jurídico-legal a seres humanos inocentes.¹⁵

Para dar el primer paso, basta hacerse —a uno mismo y a cualquier otro hombre— una pregunta trivial, dada su evidencia: ¿Me (te) es lícito negar una verdad que yo (tú) mismo compruebo (compruebas), mientras puedo (no estoy obligado a) hacerlo? ¿Me es lícito, expresando lo mismo con el lenguaje de la lógica: $(p \sim p)$? De veras. ¿Por que los lógicos exigen que la afirmación: $(p \sim p)$, llamada en lógica “contradicción”, esté precedida por el signo de negación: “ \sim ”, traducido en el lenguaje común por: “no es verdad que”, en cuyo efecto obtenemos la afirmación: $\sim (p \sim p)$, cuyo contenido excluye absolutamente la posibilidad de su negación racional, nunca y por nadie?¹⁶

Pienso que precisamente a este intento de dar un paso tan absurdo, respondía ya indirectamente Duns Scoto, formulando la afirmación, conocida en el registro de las afirmaciones del cálculo lógico de las proposiciones bajo su nombre: $(p \sim p) \rightarrow q$. *Ex contradicto quodlibet*.¹⁷

B. Blanshard—siguiendo a M.E. McTaggart—en cierto sentido pone en guardia a cualquier temerario que pretendiera osar, o más bien intentar, un paso semejante: “Nadie ha logrado infringir las leyes de la lógica, pero éstas han infringido a muchos”. Blanshard concluye: “la originalidad a ultranza sería en este caso no heroísmo sino suicidio”. He aquí cómo los especialistas contemporáneos en lógica enseñan... la ética.¹⁸

El segundo paso hemos tratado de darlo antes de una manera que hace esencialmente posible a cualquiera un control racional con base en el análisis lógico del acto de la legalización del aborto. Efectivamente, ¿qué otra cosa es, en esencia, un acto de instituir una ley que se reduce a privar de la protección de la ley a aquellos a los que —siendo evidentemente inocentes e indefensos— se les da muerte, a fin de que con el mismo acto legislativo sean aquellos que les dan muerte no sólo protegidos contra toda sanción (más aún, incluso apoyados), sino un caso de actuación de una contradicción lógica?

La ética, no obstante, es un campo en el que, a diferencia de la matemática, se comprueba la discordancia entre las afirmaciones *universalmente válidas* y las *afirmaciones universalmente reconocidas*. En ética, demostrar la validez universal de una afirmación no quiere decir, *ipso facto*, convencer a cualquiera de su validez, es decir, inducir a aceptarla, sin antes haberla observado. En la matemática lo que universalmente vale es reconocido; en ética, no. ¿Y entonces?

Aquí está la dificultad del especialista en ética y de su método. Y tal vez también su vocación...

¿Qué debe hacer, al comprobar que una prohibición absoluta del aborto, es decir una tesis *universalmente válida* —como *de iure* intersubjetivamente controlable— es *de facto* no aceptada e incluso rechazada en amplios ámbitos del panorama cultural del mundo?

Un caso sintomático de esto se advierte al desvelar la “conjura contra la vida”, organizada en el areópago político-cultural del mundo en el período precedente a la Conferencia de la ONU de El Cairo, en el umbral mismo del 50 aniversario de la fundación de esta Organización. ¿Se puede imaginar un contraste más estridente: por una parte, conmemorar la fundación de la ONU y, por la otra, la llamada opción a favor del “aborto seguro”,¹⁹ es decir, la promoción de una forma excepcionalmente brutal de la “ley contra la vida”? La ONU, en efecto, nació del grito de las conciencias del mundo entero: “¡Nunca jamás!”, como reacción a la sacudida provocada por la publicación de los trágicos efectos del primer caso de este género en toda la historia humana: de una “ley contra la vida”. El símbolo de tales efectos fue Auschwitz con su *Homo homini...* sobre el Bloque de la Muerte, y Nuremberg con su perplejidad de los jueces, sin precedentes en la historia de los procesos: cada uno de los imputados de los crímenes contra la humanidad insistía en que había

actuado de conformidad con la ley del Estado, emanada por medio de votaciones democráticas. Una singular memoria, una singular conciencia de la propia identidad, y un singular regalo para la cultura mundial con ocasión del 50 aniversario de la ONU, y también de Auschwitz y de Nuremberg.

Al especialista en ética no le es lícito recordar y no ver, mediante el contraste, la vinculación de estos eventos, dado que tal relación no fue advertida ni siquiera por la ONU.

¿Cómo puede afrontar el especialista en ética la gravedad de este problema, sin quitar nada al descubrimiento de Sócrates: el hombre es un ser *capax v(Veri)*, el hombre es un ser capaz de la v(V)erdad, pero también sin equivocarse respecto del número de los pacientes que acudirán hoy a él, pacientes con frecuencia totalmente desinteresados de la necesidad de curarse?

Por tanto, hay que plantearse la cuestión de los diversos *diagnósticos* del caso. A primera vista, surgen tres posibilidades y consiguientemente tres especies diversas de *terapias*. He aquí los diagnósticos: 1) *no han aceptado porque no han entendido*, lo cual les permite vivir en “santa paz”: *nocentes sed innocentes quia insipientes*, diríamos con Abelardo: peligroso, pero no culpables, porque son incapaces de comprender; 2) *han entendido, pero no han aceptado*, evitando cargar el pesado fardo de la verdad acerca de la grandeza del hombre: *bonum arduum*, un lenguaje duro; 3) *no han querido comprender*: reconociendo *a priori* como falsa la premisa de que la verdad sobre el hombre es algo que hay que descubrir con un acto de conocimiento y que hay que aceptar con un acto de la libre voluntad, no es en cambio algo que hay que decidir y que actuar con un acto de su libertad, que se sirve de la invención creativa de la razón.²⁰

Al primer diagnóstico corresponde la terapia de despertar mediante la instrucción: es el recurrir a la función *informativa* del lenguaje ético.

Al segundo diagnóstico corresponde la terapia de la *movilización*: el recurso a la función *parenética* del lenguaje ético.

Al tercer diagnóstico corresponde una terapia, la más simple de todas y al mismo tiempo la más difícil, que consiste en la propuesta de *recurrir humildemente una vez más a las fuentes de la antropología y de la ética, y revisar a la luz de éstas, la visión propia de la libertad...*

A los primeros, el especialista en ética sugerirá la pregunta de si han tomado en consideración a todos los destinatarios posibles de la fórmula “aborto seguro”, y si han querido dejarse sacudir por la pregunta: “seguro... para quién?”²¹ Él aguarda pacientemente, cuenta con el despertar. Recuerda, en efecto, que todo hombre es *capax v(V)eri*, es capaz, por lo menos “en embrión” de la v(V)erdad. Por esto el especialista en ética-obstetra espera el momento del nacimiento. No renuncia jamás. Quiere ayudar.

Respecto de los segundos, de aquellos que aun habiendo entendido no han aceptado, el especialista en ética —siguiendo las huellas de Sócrates— plantea la otra dimensión de la ética: a la información agrega el momento de la parénesis. Insiste. No se avergüenza de solicitar. Y aunque siga diciendo lo mismo, pone siempre un nuevo acento que moviliza. Recordará: “La víctima del homicidio es más feliz que aquel que le da muerte”, pero también añadirá: “No se trata sólo de vivir, sino de vivir bien”, y recurrirá a la advertencia: “¡Salva a la víctima para salvarte a ti mismo!”. “Tú eres la víctima principal de la violencia infligida...”

Finalmente, al representante del tercer grupo²² el especialista en ética le sugerirá revisar una vez más su propia libertad en la perspectiva de cada uno de sus actos, y juntamente de cada hecho (!) del conocimiento de confrontar —hasta las últimas consecuencias— su propia visión de la libertad con la que se le revela cómo poder negar lo que él mismo ha comprobado; por ejemplo, la suma de 2 más 2: “¿Puedo negar lo que yo mismo he comprobado?” — “Sí”. “¿Me es lícito?” — “¿Aunque se trate del resultado del 2 más 2?” — “¿Por qué no?”²³

El especialista en ética tiene confianza en que el *coloquio* se pueda transformar en un saludable *soliloquio*.²⁴ No espera que a nadie le resulte fácil reconocer como suyo propio el credo: *verum quia consentio*, y no: *consentio quia verum*, “es verdad porque así lo quiero”, en lugar de “así lo quiero porque es verdad”.

Sin embargo, no desistirá de recordar al término de la conversación: qué visión de la libertad ha estado en la base de la ley, en cuyo nombre los hombres han llevado a cabo aquello contra lo cual la sentencia advierte: “*Homo hominis...*”.

Pero, ¿y si el especialista en ética, queriendo solamente ayudar a los pacientes de los grupos citados, lo único que consigue es exasperarlos?²⁵ ¿Y si no quieren ya soportarlo, y hasta intentan —democráticamente—

quitárselo de enfrente? ¿No sería mejor, entonces, desaparecer de su vista, huir? ¿Pero huir no significa privarlos de su última oportunidad de salvación? ¿Y, por tanto, traicionarlos?²⁶

Si es cristiano, el especialista en ética ve ya con los ojos de la imaginación al Dios-Hombre a los pies del hombre, lo mismo que en el Cenáculo. Antes de la Pasión...

Pero el especialista en ética —que sigue las huellas de Sócrates— advierte que no ha agotado todavía enteramente sus posibilidades, cuando ha agotado hasta el fondo las del lenguaje de la ética. Ha agotado, por tanto, solamente la posibilidad de la palabra. Pero falta *el acto: el testimonio, la palabra ética por excelencia*.

Por esto Karol Wojtyła dice por boca de Estanislao, obispo de Cracovia: “La Palabra no ha convertido, es la Sangre la que convertirá”.²⁷

Sócrates es el símbolo de este argumento. La ocasión para dar su testimonio se la proporcionaron sus mismos conciudadanos, condenándolo a muerte por una mayoría democrática de votos, porque con su doctrina moral ponía en entredicho la paz de “su” Estado. Pero en prisión, además de la muerte, le espera una prueba más difícil: la tentación de poner en duda todo el sentido de su misión desempeñada hasta ese momento. ¿Pero no era también la más grande ocasión para dar testimonio?

Y he aquí que, durante la noche, el más genial de sus discípulos, Platón, le visita para proponerle escapar hacia la libertad...

¿”La libertad”? ¡Luego éste tampoco ha entendido nada si me propone el suicidio moral! ¡Traicionar la verdad! ¿Puedo abrirle los ojos ahora? Es la última oportunidad, para mí como maestro, y para él como discípulo mío. Y Sócrates le dice a Platón: “A casa, hacia la libertad, te irás tú solo. Sin mí”.

Sócrates no pierde definitivamente, dado que pierde contra todos en un plebiscito, como más tarde en Jerusalén parecía perder contra todos el Dios-Hombre aquel viernes en que, sin embargo, de la boca de un escéptico salieron, inesperadas, las palabras: *Ecce Homo!*, ¡He aquí al Hombre!..., antes que lograra hacer resonar su credo “ético-cultural”: *Quid est veritas?*, ¿Qué es la verdad?... ¿No sabes que tengo el poder de ponerte en libertad y el poder de hacerte crucificar?”

Sócrates no conoció los sucesivos avatares de la vida del alumno. Desde la puerta de la prisión, abierta inútilmente ante el Maestro, Platón había sido conducido ya aquella misma noche hacia otra puerta. Entre

una y otra —no sin ayuda del Obstetra ausente junto a él— Platón engendra al hombre en Platón.²⁸ Engendra también otra cosa: su Academia, sobre cuya puerta pondrá la leyenda con la que saludará a sus discípulos: *Diligere veritatem, omnem, et in omnibus*, amar a la verdad, a toda la verdad, y en todos.²⁹

“No he ayudado a la palabra. He ayudado al testimonio”.

Cien años después de su muerte..., Sócrates despierta a los atenienses: le están levantando un monumento para lavar la vergüenza que pesa como una densa sombra sobre el prestigio de la democracia de la *polis*; mataron por cuenta de la ley y del Estado al Testigo de la humanidad en el hombre. Diecisiete siglos más tarde, Abelardo titulará una de sus obras como: *Scito te ipsum*, conócete a ti mismo, ¡proponiendo completar las Letanías de los Santos con la invocación: *San Sócrates!*

Y he aquí mi modesta conclusión a este personal análisis ético-cultural: *ha llegado la hora de los testigos*. Solamente los que den testimonio lograrán salvar a la humanidad en el presente giro de la historia. Espero que no falten en torno a la figura de Juan Pablo II, testigo de Jesucristo.³⁰

Hoy son numerosos en muchos rincones de la tierra. La Academia *Pro vida*, de reciente fundación, está llamada a ofrecerles una “red hipocrática” de solidaridad con el hombre más débil condenado a muerte por los poderosos de este mundo, para salvar a todos. Se trata de la supervivencia de la cultura. Puesto que la medida de ésta es su relación para con “el más Pequeño”: “Entonces Jesús puso en medio de ellos a un Niño...”.

Para finalizar, permítanme, pues, dedicarles a estos Testigos Desconocidos las palabras del poeta polaco C.K. Norwid:

“Estoy convencido de que nada hay más bello que un hombre
que convoca a la lucha al mundo entero.

Son éstos tal vez los hombres, tal vez sólo éstos
(quienes) han hecho algo.

El viejo Sócrates (...), Cristóbal Colón (...)

Sólo éstos hicieron algo y son hombres.

Todo el misterio del Gólgota es ya sólo esto.

Un hombre los derrotará y vencerá. (...)

¡Vencerá a menudo pasados los siglos, pero vencerá! (...)

No importa —ésta, la Misa-eterna— por lo que todo ha sido vencido.

Se nos ha anunciado en el Gólgota la victoria de la verdad y nosotros entramos en la heredad de esa verdad completa”.
Consummatum est!, ¡Todo está consumado! (Jn 19, 30).

Referencias bibliográficas

¹ «Quienquiera que anuncie algo contrario a su propia actitud, o bromea, o reduce al absurdo su propia posición”. Véase LEWIS CLARENCE IRVING, *An analysis of knowledge and valuation*, La Salle: Clarendon Press, 1946.

² JUAN PABLO II, *Discurso al mundo de la cultura durante la visita a la Universidad Católica de Lublín* (9.6.1987), en *Insegnamenti di GIOVANNI PAOLO II*, X, 2, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1987: 2064-2072.

³ ID., *Address to the General Assembly of the United Nations Organization*, en *The visit of His Holiness Pope John Paul II to the United Nations*, New York: The Path to Peace Foundations, 1996: 39-58.

⁴ Cfr. *Corpus Iuris Civilis*, vol. 1, Digesta 1.5.2. (coord. por P. Krueger - Th. Mommsen, Berolini (apud Weidmanos) MCMXI: 35. Cfr. WALDSTEIN, W., *Ist das suum quique eine Leerformel?*, *Studia et Documenta Historiae et iuris* 1995, LXI.

⁵ Véase la nota precedente.

⁶ Cfr. S. Tomás de Aquino: *lex est quaedam ordinatio rationis ad bonum commune ab eo qui communitatis curam habet promulgata*, la ley es una cierta ordenación de la razón al bien común promulgada por quien cuida de la comunidad (*Summa Theologiae II*, p. 90, a. 1-4).

⁷ Y puesto que la existencia del hombre es “un don del Creador” por excelencia, por esto es imposible afirmar al Dador del hombre sin afirmar la vida del hombre (cfr. *IJn* 5, 1), don divino por excelencia (*imago Dei*, imagen de Dios). De aquí: *Gloria Dei - homo vivens*, la gloria de Dios es el hombre viviente, de S. Ireneo. Cfr. STYCZEN, T., *Il non ancora nato*, *Dolentium hominum. Chiesa e salute del mondo* 1987, 2(3): 43-48.

⁸ Una mirada sobre el vínculo necesario entre el respeto del hombre y el respeto de su vida («Si alguien respeta al hombre, respeta su vida») a la luz de la ley lógica de la contraposición revela -con toda claridad- que si no se respeta la vida de todo hombre sin excepción, entonces no se respeta a ningún hombre como hombre. Se hace esto por alguna otra oscura razón (porque, por ejemplo, pertenece a un grupo definido: raza o clase, o bien porque es útil a alguien por cualquier razón), en todo caso no porque sea un hombre. He aquí por qué privando a alguien del derecho a existir, se pierde todo fundamento y cualquier título para defender los otros derechos, tanto los propios (sin excluir el derecho a la defensa de la propia vida contra un agresor) como los de los demás, como derechos que competen a cada hombre en razón de su ser hombre. Cfr. STYCZEN, T., *Solidarnosc wyzwala* (La solidaridad hace libres), Lublín: TN KUL 1993: 162-163.

⁹ Por esto vale la pena recordar siempre de nuevo las palabras de la definición de Tomás de la ley como *ordinatio rationis ad bonum commune ab eo qui curam communitatis habet promulgata*, ordenación de la razón promulgada por aquel que cuida del bien común de la comunidad. La solicitud por el bien común de todos en una determinada sociedad, antepone a todo la garantía para cada uno de ellos, *ab eo qui curam communitatis habet*, de la tutela jurídica

de su vida. Un Estado, como legislador, que por lo demás ya protege con ayuda de la ley (*lex*) cualquier otro bien de sus miembros (el bien para la persona) no puede -sin caer en contradicción con un principio por él aceptado- privar, mediante la ley, de una protección semejante, la vida (bien fundamental para la persona), y esto respecto de aquellos de sus miembros que constituyen una categoría de hombres completamente indefensos (incapaces de agresión) e inocentes. Cfr. JUAN PABLO II, Carta encíclica «*Evangelium Vitae*» (25.3.1995), n. 72 (que en adelante citaremos como EV). El principio de justicia impone aquí al legislador una particular obligación, derivada de la regla de la opción preferencial por los pobres: *Iustitia est quae maxime prodest ei qui minime potest*, la justicia beneficia máximamente a aquel que mínimamente puede (KADLUBEK, W., en BIELOWSKI, A. (ed.), *Monumenta Poloniae Historica*, vol. 1, Lwow 1872: 255); cfr. también RAWLS, J., *A Theory of justice*, Oxford: Oxford University Press, 1972.

¹⁰ Cfr. EV nn. 4, 19-20, 68-72,

¹¹ "...el 'derecho' deja de ser tal, porque no está ya sólidamente fundamentado en la inviolable dignidad de la persona, sino que queda sometido a la voluntad del más fuerte. De esta manera la democracia, a pesar de sus reglas, va por un camino de *totalitarismo sustancial*. El Estado no es ya la 'casa común' donde todos pueden vivir según los principios de igualdad fundamental, sino que se transforma en *Estado tirano*, que presume de poder disponer de la vida de los más débiles e indefensos, desde el niño aún no nacido hasta el anciano, en nombre de una utilidad pública que no es otra cosa, en realidad, que el interés de algunos" (EV n. 20). *Broda hat vor Jahren in einem anderen Fall einem österreichischen Höchstgericht, dem VwGH, «Staatsstreichtheorie» vorgeworfen, und «Anklage» gegen dessen Richter erhoben, weil dieses Gericht damals, gegen den Willen der jetzigen Parlamentsmehrheit erklärte: «Es steht im Rechtsstaat kein Mensch über dem Recht und keiner ausserhalb des Rechtes» und daraus die Konsequenzen zog. Seit dem Fristenlösungserkenntnis steht nun in Österreich eine der Zahl nach unübersehbare Gruppe von menschlichen Wesen aus keinem anderen Grunde als wegen ihres Alters «ausserhalb des Rechtes». Hier kann man nun sicherlich von einem «Staatsstreich gegen Österreich» sprechen. Spaemann hat treffend bemerkt: «Wo Minderheiten rechtlos gemacht werden, kann auch die Mehrheit nicht legitimieren». Auf die Verhältnisse der BRD bezogen sagt er weiter: «Die Fristenlösung würde erstmals seit 1949 in den Augen vieler Bürger ... die Legitimität des Staates in ihren Grundlagen antasten* (Das Menschenrecht zum Leben, Berlín 1982, p. 63ss). Cfr. RATZINGER, J., *Kirche, Oekumene und Politik*. Einsiedeln: Johannes Verlag, 1988, especialmente las pp. 183-198 y 198-211.

¹² Nos encontramos aquí en el umbral del misterio de la libertad de un ser racional como de la libertad «en la trampa» de la verdad desconocida. El hombre se revela aquí a sí mismo que dispone del poder de negar aquello mismo que no le es lícito absolutamente negar. No debe elegir la verdad, que debería elegir. La puede negar con un acto de su libre voluntad. Pero la verdad seguirá siendo la misma. ¿Pero con ese efecto por sí como por alguien que consiente en un absurdo, es decir, por alguien que habiéndola comprobado personalmente y habiéndola reconocido como verdad, con un acto propio de conocimiento, *al mismo* tiempo la niega con un acto propio de su libre voluntad? Es una cuestión que concierne al dramático grito de S. Pablo: «¡Desventurado de mí!» (*Rom* 7,24)..., ¡hago lo que desapruébo! Una frase semejante la encontramos en el "Hipólito" de Eurípides: *Sabemos y reconocemos lo que es bueno, pero no lo hacemos*, pero también en Ovidio: *Video meliora proboque deteriora sequor*, veo las cosas mejores y las apruebo, pero sigo lo peor.

¹³ «Hay un aspecto más profundo que acentuar: la libertad reniega de sí misma, se autodestruye y se dispone a la eliminación del otro cuando no reconoce ni respeta su *vínculo constitutivo con la verdad*» (EV, n. 19).

En ese mismo espíritu escribe el autor de "Persona y acto": "Quien se deja gobernar por la verdad

sobre sí mismo, se autodetermina, se guía a sí mismo y se autogobierna. Quien tiene en poco a la verdad, poco se toma en cuenta a sí mismo, renuncia a la subjetividad como persona". Cfr. WOJTYŁA, K., *Persona e atto*, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1982, especialmente el capítulo IV, *Autodeterminazione e realizzazione*, pp. 175-209. Cfr. STYCZEN, T., *Das Gewissell und Europa*, Ethos 1993, 1: 147-164.

¹⁴ EV, n. 4.

¹⁵ La demostración de que en el caso de la legalización del aborto se hace realidad de un modo incluso ejemplar precisamente este absurdo, puede servir aquí como la llamada *prueba del ejemplo* (CEZOWSKI, T., *Logika*, Torun 1958). Su "conclusividad" se extiende en efecto, *mutatis mutandis*, a los demás casos de las «leyes contra la vida».

Sólo el principio de una completa tutela jurídico-penal de la vida del ser naciente es adecuado a la exigencia del bien común del Estado, entendido en sentido personalizado (distributivamente, individualmente y no colectivamente).

Quienes afirman oponerse decididamente al aborto siendo que se oponen, sin embargo, también a la penalización del mismo, no advierten o no quieren advertir, que están a favor de la *introducción de una ley que privará de toda protección a la víctima del homicidio, para proteger contra cualquier consecuencia, por un acto de homicidio, al homicida: lo cual significa precisamente un atentado por parte del legislador contra la existencia misma del derecho, la protección de la ilegalidad en nombre de la ley, es decir, su corrupción radical*. ¿Saben ellos lo que dicen y lo que hacen al afirmar que son contrarios al aborto, si lo hacen de una forma tal que condenan -con la fuerza del acto de pronunciarse a favor de la promulgación de una ley permisiva, o bien de su mantenimiento- al exterminio, decidido por la ley, a la víctima, favoreciendo, mediante la ley, a quien atenta, añadiendo para él la ayuda garantizada por la ley al dar muerte?

¹⁶ Véase a a este propósito MARCISZEWSKI, W., *Sztuka dyskusowania* (Arte de discutir), Warsawia: Aleph, 1994: 251-252.

¹⁷ Cfr. BLANSHARD, B., *Czy ludzie mogą być rozumni?* (¿Pueden los hombres ser racionales?) en KRZYWICKI, J. (ed.), *Filozofia amerykańska. Wybór rozpraw i szkiców historycznych*, Boston: East European Institute - Boston University Press, 1958: 120.

¹⁸ Vale la pena tal vez observar aquí que, ahí donde la lógica de las proposiciones dice: «non es verdad que: (p ~p)», la lógica deóntica dice: «está prohibido: (p ~p)».

¹⁹ *Safe motherhood for example, a typical case of the «politics of meaning» so abused in these UN sessions, and ostensibly a concept towards which all could agree to work, was demonstrated to be defined in other UN languages to include access to legal abortion. The bracketing of this term by Latin Americans, backed by the Holy See, caused tremendous anger in April of 1994 at Prepcom III. Cfr. VOLLMER, C., A clash of two civilisations, en *Twenty Years of Family Sciences*, Varsovia, Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej, 1995: 287. *These delegates... then proceeded... to do battle with the greatest and richest powers on earth and to fight against the worst parts of the document, which stated that children all over the world were to have the right to abortion, sterilisation and so on, without parental notification. Abortion was included in the document scores of times under a number of euphemistic phrases. Such terms as health, have official definitions clearly indicating their true meanings, at World Health Organization, for example, but these definitions were not easily available to the delegates.* (Ibid, p. 289).*

²⁰ A esta sola cuestión se dedica enteramente la encíclica de Juan Pablo II *Veritatis Splendor* (cfr. n. 1 y n. 32). Véase también STYCZEN, T., *La libertad vive di veritá. Intorno all'Enciclica «Veritatis Splendor»*, Anthropotes 1995, 2: 235-255 y 1996, 1: 177-195.

²¹ Un método semejante de preguntar podría ser aplicado al caso de los autores de la sentencia del Tribunal Constitucional de Karlsruhe: *Rechtswidrig/straffrei*: ¿el Niño, principal destinatario

de su sentencia, habría expresado su propia alegría complacida por la prisa (*curam*) con un «¡Gracias!»? Cfr. STYCZEN, T., *Discurso pronunciado en la investidura del grado de doctor «honoris causa»*, Pamplona: Universidad de Navarra, 1995: 43-48; véase también del mismo autor: *For European Solidarity*, Ethos 1996, special edition n. 2: 49-50.

²² Esta visión de la libertad es considerada como un producto llamado moderno; sin embargo, una idea justamente idéntica de la libertad como poder de decidir sobre el bien y el mal fue la que propuso -según el relato del Libro del Génesis- ya a los primeros hombres la «serpiente en el paraíso terrenal».

²³ Y así nos adelantamos por el sendero en el cual operamos elementales verificaciones antropológicas y éticas, de las que hemos sugerido un pequeño ejemplo en la nota 15. Y si ya comprobamos que en las bases del «derecho al aborto seguro» y del «derecho» al cual se remitían los acusados de Nuremberg, está una visión idéntica de la libertad, ¿no deberían todos aquellos que la aceptan, por lo menos en nombre de la coherencia, pedir perdón a A. Eichmann y a todos sus compañeros por los ultrajes y errores por ellos padecidos mientras tanto, a causa de la falta de un «conocimiento maduro» acerca de la esencia del ser hombre? Cfr. ARENDT, H., *Eichmann in Jerusalem. A report on the banality of evil*, Harmondsworth: Penguin Books, 1983. Véase también SCHOYANS, M., *La dérive totalitaire du libéralisme*, París: Editions Universitaires, 1991.

²⁴ Recordemos que el especialista en ética, una vez hecho el “descubrimiento” del hombre como *capax v(V)eri* -como fiduciario de la v(V)erdad- sabe que se encuentra ante alguien que habría traicionado, sin darle la posibilidad de autodescubrirse y -por efecto de esto- de «renacer» para sí mismo, es decir, de ser libre en la verdad. Sabe que un hombre se reencuentra y se identifica consigo mismo -hablando en sentido figurado- sólo «en sus brazos y abrazándola». Cfr. la elocuente frase de Pascal: «No me habrías buscado sin haberme encontrado» (*Pensamientos*). No basta con conocer la verdad sobre uno mismo para optar por ella, pero no es posible elegirla sin haberla antes conocido. De aquí la frase de S. Agustín: *Noverim me, noverim Te!*, comocerme es conocerTe.

²⁵ I.F. Stone (*The Trial of Socrates*, Londres: Jonathan Cape, 1988) propone hacer hoy un nuevo proceso (con la misma sentencia) a Sócrates por parte de la libertad contemporánea.

²⁶ Al hombre curado en Gerasa Cristo ordena que permanezca entre los suyos. ¿Por qué? «Como testimonio». Los habitantes de Gerasa deben reflejarse en él. Deben recordar siempre que -y el porqué- echaron de su ciudad al hombre que había curado de una grave enfermedad a uno de sus conciudadanos. ¿Con qué efecto? Dependerá de ellos, pero no es lícito privarlos de aquel drama, que para ellos constituye la única oportunidad. Véase también VON DÜRENMATT, FR., *Das Besuch der alten Dame*, Kobenharn: Haase, 1972 en la versión de una puesta en escena cinematográfica.

²⁷ WOJTYLA, K., *Poesie*, Roma: Newton Compton, 1994: 209.

²⁸ Véase PLATÓN, *Politeia* (488 E). Cfr. JAEGER, W., *Paideia*, vol. II, Varsovia: Pax, 1964, especialmente todo el último capítulo: “El Estado como un ‘espacio vital’ para el filósofo”, pp. 306-326. Véase también RARTZINGER, *Kirche...*, pp. 208-209.

²⁹ Cfr. SEIFFERT, J., *Diligere veritatem omnem et in omnibus*, Ethos 1996, Special edition n. 2: 53-69. El autor del texto comenta la frase de Platón desde la perspectiva de Rector Magnífico de la Academia Internacional de Filosofía de Liechtstein, la cual adoptó como lema la frase del creador de la Academia de Atenas.

³⁰ Vale la pena, para una comprensión más profunda del modo de ver esto por parte de Juan Pablo II, releer lo que dijo con ocasión del “Angelus” -al aproximarse la Conferencia de El Cairo- en la solemnidad de la Santísima Trinidad, el 29 de mayo de 1994 en Roma, inmediatamente después de salir, dado ya de alta, del Policlínico “A. Gemelli” (cfr. *El don del sufrimiento*, L’Osservatore Romano, 30.5.94).

La formación en bioética: modelos y contenidos

*Laura Palazzani**

Resumen

El problema de la formación en bioética es sumamente delicado y complejo y presenta dos tipos de dificultades, una de hecho, la otra de principio. La dificultad de hecho está ligada a la juventud de esta disciplina y, consecuentemente, a la falta de modelos consolidados de enseñanza. Mientras que las dificultades teóricas están, en cambio, estrechamente vinculadas con el carácter interdisciplinario (confrontación y diálogo entre diversas disciplinas) y al pluralismo teórico y práctico (pluralidad de concepciones morales y jurídicas) que constituyen la peculiaridad de la bioética. La pregunta que la autora se hace es: ¿qué formación dar en bioética? Luego, ¿a quién, cómo, cuándo formar en bioética?, y también, ¿quién formará en bioética? Ante todo, hay que individualizar a los alumnos y distinguir entre una formación que tiende a lo general (y se dirige, por tanto, a toda la sociedad) y una formación que tiende a lo específico (dirigida a quien opera en el sector socio-sanitario y a quien no actúa directa o indirectamente en el sector de la sanidad). El cómo formar en bioética concierne, en cambio, a tres sectores: el saber (conocimiento detallado de la investigación científica y de la tecnología, aplicada a la biología

* Doctor en investigación en bioética en la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Roma; Investigadora de Filosofía del Derecho en la Universidad de los Estudios de Roma "Tor Vergata".

y a la medicina, de la estructura socio-sanitaria, de la teología y de la filosofía), el saber hacer y el saber ser (es importante saber bajar del plano teórico-cognoscitivo al de la aplicación y la experiencia, tanto del hacer, como del ser). La cuestión del cuándo formar en bioética no se ha resuelto todavía. También la del quién forma en bioética está aún en fase de experimentación: sería de desear un equipo de alumnos de materias diversas que interactúan.

Los problemas para una formación en bioética

La cuestión de la formación en bioética es sumamente relevante, y al mismo tiempo, compleja: importante, en cuanto que se asiste a un incremento de la demanda de formación en bioética en el plano de la práctica (siendo prueba de ello la proliferación de iniciativas en ese sentido, tanto a nivel nacional como internacional),¹ además del interés sobre la formación misma en el plano teórico (lo atestigua el hecho de que el Comité Nacional para la Bioética en Italia haya dedicado un documento precisamente a este tema);² compleja, en cuanto que presenta dos órdenes de dificultades, una dificultad “de hecho” y ciertas dificultades “de principio”.³

La *dificultad de hecho* se debe principalmente al poco tiempo que tiene la disciplina, a la cual, incluso, hay quienes no le reconocen un estatuto epistemológicamente definido, o que, por lo menos, se considera abierto todavía el debate sobre el tema.⁴ Siendo reciente el nacimiento de la bioética (que se remonta, en líneas generales, a principios de los años setenta en Estados Unidos y en torno a mediados de los años ochenta en Italia), no existen modelos consolidados de enseñanza: tal vez se podría decir que todavía hoy los modelos formativos viven una fase de experimentación.

Las *dificultades teóricas* vinculadas principalmente con la metodología interdisciplinaria por un lado, y con el pluralismo teórico y práctico por el otro, son aún más relevantes.

La interdisciplinariedad (que no se puede reducir a una mera multidisciplinariedad, o sea, a una yuxtaposición de disciplinas comunicadas entre sí) supone previamente la confrontación y el diálogo entre disciplinas diversas, como la ciencia, la tecnología, la medicina, la biología, la religión, la moral, el derecho, la psicología, la sociología y la antropología.⁵ Para el bioeticista esto implica, inevitablemente, la necesidad de adquirir, mediante un proceso acumulativo cada vez más articulado y complejo por la aceleración del progreso técnico-científico, competencias heterogéneas, aunque buscadas y profundizadas desde un ángulo muy preciso.⁶ El pluralismo, tanto a nivel especulativo como a nivel de aplicación, implica la referencia a una pluralidad de concepciones morales, además de jurídicas (consideradas por algunos, los bioeticistas “laicos”, como fragmentarias y atomísticamente irreconciliables e irreducibles a la unidad; por otros, los bioeticistas personalistas, consideradas, por lo menos en principio, confrontables y reducibles a una comprensión dialéctica común y unívoca).⁷

Ambos factores (esto es, interdisciplinariedad y pluralismo) condicionan en cierta forma la elección de modelos y la determinación de los contenidos en el contexto de la formación bioética. Se trata, en este punto, de hacerse la pregunta: ¿qué formación dar en bioética? O más concretamente: ¿qué contenidos y qué modelos deben inspirar la formación en bioética?

Para poder elaborar algunos lineamientos que respondan a tales preguntas, se hace necesario aclarar los siguientes puntos: “a quién” formar, “cómo” formar, “cuándo” formar y “quién” forma en bioética.

¿“A quién” formar en bioética?

Antes de indagar sobre los modelos y sobre los contenidos formativos, es necesario individualizar a los alumnos, esto es, a los destinatarios de la formación, o mejor, a los que se van a formar en bioética. En primer lugar hay que distinguir entre la formación “general” en la bioética y la formación “específica”.

En *general*, toda la sociedad puede ser considerada destinataria de la formación en bioética, entendida en sentido amplio como formación en la “cultura de la salud”⁹ y, se podría agregar, en la “cultura de la vida”.

En este sentido se hace indispensable formar a la sociedad entera en la adquisición de una conciencia crítica del significado y de la importancia de las cuestiones suscitadas por el progreso técnico-científico concernientes a las “ciencias de la vida y el cuidado de la salud”, por lo menos en términos generales, además de formar en la promoción de comportamientos sociales (que puedan ser advertidos como obligatorios) encaminados a la prevención además de al cuidado de las enfermedades.

En sentido *más específico*, la formación en bioética se debe dirigir a aquellos que pretenden actuar en el sector, o sea, en el sistema socio-sanitario, sean *operadores sanitarios* o *no sanitarios*, además de a aquellos que no operan (directa o indirectamente) en la sanidad.

La formación *en el sistema sanitario* se dirige a los médicos y a las enfermeras, que están en contacto directo con el enfermo, pero también a figuras profesionales que operan en estrecha vinculación con los operadores sanitarios (por tanto, al personal no sanitario o paramédico, a los asistentes sociales y educadores profesionales, a quienes desempeñan funciones administrativas, de organización y burocráticas).¹⁰ Por lo que se refiere a la formación específica para quien *no opera en el sistema sanitario*, nos referimos a los expertos en diversas disciplinas que estudian los mismos problemas desde diferentes perspectivas, como la teología, la filosofía (en los aspectos morales, jurídicos y antropológicos), la jurisprudencia, las ciencias políticas y económicas, las ciencias humanas (la psicología, la sociología y la antropología cultural).

A este nivel se capta la metodología interdisciplinaria que debe fundamentar los modelos y contenidos de la formación bioética: sea que la formación bioética se dirija a la sociedad en general, o que se dirija en sentido más específico a quien opera y a quien no opera en el sistema sanitario, la enseñanza de la bioética debe tener en cuenta el nivel de preparación de los educandos, además de su competencia especializada (tanto homogénea, como heterogénea) para poder integrarla y completarla.

¿“Cómo” formar en bioética?

Se trata de una cuestión sumamente delicada, que requiere de un cuidadoso análisis y profundización. Para abordar este punto se hacen necesarias algunas consideraciones de orden general, para luego introducir consideraciones más específicas.

En un primer nivel *general* se advierte un aspecto indispensable para cada modelo formativo en bioética: ésta, en cuanto ética aplicada a los problemas suscitados por los logros en el progreso de la ciencia y de la tecnología en biomedicina, exige una formación en tres planos, concretamente: el plano del *saber*, del *saber hacer* y del *saber ser*.¹¹ El primer plano se refiere a la esfera teórico-cognoscitiva del conocer; el segundo y el tercer plano se refieren a la esfera práctica y de aplicación del actuar (dimensión psicomotora) y del ser (dimensión psicoafectiva).¹²

La primera esfera, o sea *la esfera del saber*, es la que está más directamente vinculada con la interdisciplinariedad y con el pluralismo en la acepción teórica.

Una formación en el conocimiento de la bioética no puede dejar de ser metodológicamente interdisciplinaria. En ese sentido, el punto de partida indispensable es una información objetiva y lo más actualizada posible sobre el estado actual de la investigación científica y de la aplicación tecnológica en biología y en medicina (para poder conocer de cuáles y cuántas técnicas se dispone y cómo son aplicadas, etcétera), además de una información sobre los datos más relevantes de otros aspectos socio-sanitarios (aspectos de organización, sociales, políticos, económicos, etcétera). Pero, ciertamente, la información tecno-científica y socio-sanitaria sería insuficiente si no mostrara la necesidad imprescindible de una referencia a la esfera axiológico-normativa (sea teológica o filosófica, moral o jurídica): en este sentido se revela el estado estructural de la bioética, que es epistemológico e interdisciplinario.

La ciencia y la técnica, como disciplinas empíricas, se limitan metodológicamente a observar y a poner de relieve “cómo” es un cierto fenómeno, estudiándolo en su dimensión particular, cuantificable y mensurable. Por otro lado, (y es comúnmente aceptado por los bioeticistas) la tematización de los problemas vinculados con ciertos fenómenos —más concretamente, la pregunta sobre el sentido y sobre el valor de ciertos hechos reales o eventos concretos— implica la reflexión teológica y/o filosófica, que se ocupa propiamente de investigar y de argumentar (mediante la razón complementariamente con la fe, o mediante la razón secularizada que prescinde de la hipótesis sobre la existencia o inexistencia de Dios) el significado, entendido tanto en sentido débil o analítico, como en sentido fuerte u ontológico. Se trata de una reflexión inevitablemente práctica (para

algunos autofundamentada, para otros implica la dimensión teórico-especulativa), o sea, orientada a la práctica, a la concreción normativa de los comportamientos para realizar el bien del agente en el plano moral o para reglamentar las acciones sociales en el plano jurídico.

Si el modelo formativo teórico-cognoscitivo en bioética debe, a partir de la información sobre el estado actual de los conocimientos tecnocientíficos, mostrar la necesidad de una referencia normativa, la selección de los contenidos para proponer puede estar condicionada por la adhesión a una cierta perspectiva moral o jurídica. Se podría intentar concretar una alternativa en tal sentido: para algunos, la presentación de los contenidos morales se debe limitar a una descripción, lo más neutral posible, de las teorías éticas existentes en bioética; para otros, la presentación de los contenidos morales, incluso a través de una confrontación crítica con perspectivas diversas, debe proponer una línea prescriptiva o directiva muy precisa.

La primera es la opción formativa, que comparten en líneas generales los relativistas. En efecto, quien considera que el pluralismo moral es en principio (aparte que de hecho) irreconciliable, o sea que la pluralidad de concepciones morales diacrónicas y sincrónicas, no son comparables ni menos aún enjuiciables o criticables (siendo cada una digna, igual que cualquier otra, de respeto y tolerancia), considera también, coherentemente, que se debe dejar a la conciencia de cada sujeto en particular la opción axiológica y normativa: en otras palabras, se debe dejar solo al educando en su libre decisión individual.

La segunda es la opción formativa, sostenida por quien, en oposición al relativismo, considera que de la confrontación de las diversas teorías éticas debe surgir una propuesta muy precisa, la cual necesita de una rigurosa argumentación y justificación; en ese sentido, el alumno es guiado en cierta medida hacia la adquisición de una conciencia crítica que permita expresar un juicio sobre las teorías éticas y adherirse a un enfoque muy preciso.

Hay que señalar un ulterior elemento en este ámbito del razonamiento. El modelo formativo teórico-cognoscitivo en bioética podría ser dividido en los tres siguientes niveles: la teoría (o las teorías), los principios y las normas. Se puede decir que el saber progresivamente se hace práctico.

Para algunos es imprescindible la referencia preliminar a la teoría, entendida como horizonte especulativo de referencia, indispensable

para la justificación de los principios y de las normas. En general, ésta es la posición de quien considera que la ética no puede autofundamentarse, sino que debe remitir preliminarmente a la teórica, o sea, a una cierta concepción de la naturaleza y del hombre; en ese sentido el deber ser, sean principios o normas, hay que inferirlo del ser —entendido en sentido sustancial— de la naturaleza y del hombre.¹³ Para otros, la referencia a la teoría puede y debe ser eliminada en cuanto que, adhiriéndose a la “ley de Hume”, consideran que el deber ser no puede derivarse del ser, y por tanto, en cierta medida, se autopone o se autocrea (sin necesidad de ulteriores justificaciones): en esa perspectiva se deja espacio sólo a los principios y de manera eventual y posterior a las normas.¹⁴ Para otros más, podría eliminarse incluso la referencia a los principios, en cuanto que son demasiado rígidos respecto del carácter cambiante de las situaciones concretas, y considera, por tanto, que sólo se pueden individualizar, caso por caso, normas aisladas (y entonces las normas no se pueden generalizar).¹⁵

De todo lo que llevamos dicho resulta que el enfoque del modelo formativo teórico-cognoscitivo se hará eco de la concepción general del papel de la ética en la bioética (entendido por algunos en sentido neutral-descriptivo, y por otros, en sentido normativo; entendido por unos en sentido fundativo, por otros autofundante, y por otros más en sentido clínico-casuístico), además de la concepción moral particular. Un modelo formativo en el contexto de la bioética “laica”, o sea de una concepción pluralista en sentido fuerte, educará en el subjetivismo de las opciones individuales; un modelo formativo que considera posible la elaboración de una bioética común fundada en la naturaleza misma del hombre, educará en el reconocimiento de la centralidad y del valor objetivo de la vida humana en cada una de sus manifestaciones.

Después de haber profundizado en el primer nivel del proceso formativo en bioética, el nivel del saber, es indispensable resaltar el carácter imprescindible de los dos niveles sucesivos, el *saber hacer* y el *saber ser*, como integración del primero. En bioética, la formación no puede limitarse al aspecto teórico-cognoscitivo en el contexto interdisciplinario y pluralista: no basta la formación cognoscitiva si no se completa con una formación que, desde el plano teórico, especulativo y práctico, baje al plano de la aplicación y la experiencia del actuar y del ser.

Si por un lado la formación bioética necesita referentes generales sistemáticos y conceptuales (entendiéndose éstos tanto en sentido descriptivo-informativo como normativo-directivo), por el otro lado es importante que la enseñanza teórica no se reduzca a un formalismo abstracto, sino que *implique la experiencia de vida del educando*, estimulándolo a la ejecución de lo que se ha aprendido en el plano cognoscitivo, o sea, a traducirlo en comportamientos conformes con los principios y las normas, con tal que esa aplicación no sea repetición estéril u obediencia pasiva y extrínseca, sino que esté inspirada por una motivación personal y por un convencimiento interior. El saber sería estéril si no va acompañado del hacer y del ser; al mismo tiempo, el hacer y el ser serían ciegos si no se refiriesen a un saber.¹⁶

Tal modelo formativo triádico (saber, saber hacer, saber ser) en bioética ha sido revaluado de manera particular por algunas corrientes de pensamiento, como la “ética del cuidado”¹⁷ y la “ética de las virtudes”¹⁸ que han tenido una notable difusión en bioética. Se trata de orientaciones de pensamiento que han puesto de manifiesto la infecundidad de un enfoque bioético centrado en la teoría y sobre los principios, muestran la necesidad de que la teoría y los principios vayan acompañados de la disposición de ánimo a actuar en un cierto modo mediante el ejercicio de las virtudes, esto es, la adquisición de una actitud interior. Sólo en este sentido la formación permite, además del aprendizaje, también la adhesión personal y la maduración interior que surge (o puede surgir) en un compromiso activo. En bioética no basta con hacerse la pregunta “¿cómo me debo comportar?”, sino que es necesario preguntarse sobre “cómo debo volverme para poder comportarme bien”. La bioética no puede y no debe reducirse a un saber “frío”, objetivo y riguroso, culminando en una especie de recetario de principios y normas: la bioética debe formar el ánimo a fin de que la comprensión se traduzca en acción, y para que la acción esté motivada interiormente.

Para poder hacer realidad estos objetivos educativos, es importante que la formación en bioética esté constituida, además de por las lecciones tradicionales, también por discusiones de casos, ficticios o reales, por trabajos en grupos grandes o pequeños (encabezados por un tutor o bien por un estudiante), por simulaciones o “juegos de roles”, que permitan representar una situación real y verificar las dinámicas interiores: se trata de métodos didácticos problemáticos y asistemáticos que favorecen el

diálogo y la participación, la atención a la complejidad y particularidad de las exigencias de los demás, la empatía y la racionalidad intersubjetiva.

De cuanto llevamos dicho se pueden sacar *indicaciones específicas* y operativas sobre los modelos de enseñanza en bioética. Se podría configurar un modelo “combinado” que dialectiza e integra el modelo basado en la teoría (*theory-based*)¹⁹ y el modelo basado en casos (*case-based*).²⁰ Un modelo basado sólo en la teoría corre el riesgo de ser deductivo y abstracto y no estimula el aprendizaje activo y la maduración interior; un modelo basado sólo en la discusión de casos corre el riesgo de ser inductivo, demasiado fragmentario y disperso;²¹ pero el modelo combinado permite verificar en la práctica y aplicar en concreto lo que se ha explicado en teoría, así como lograr que, del análisis de eventos reales, surjan los problemas que se han de discutir a nivel especulativo. El modelo combinado permite articular los tres niveles de la formación bioética: saber, saber hacer y saber ser.

De todos modos, hemos de hacer una ulterior consideración. En el contexto del modelo combinado puede prevalecer la dimensión deductiva sobre la inductiva, o viceversa, según el nivel al que se desarrolla el programa formativo, el tipo de preparación de los alumnos (o sea, de la mayor o menor diversificación de las competencias disciplinarias) y según los objetivos educativos, que pueden ser generales, intermedios o específicos: generales, si tienen como finalidad el aprendizaje; intermedios, si están dirigidos a competencias disciplinarias precisas; y específicos, si son para una actividad concreta, como la investigación, la enseñanza o una actividad práctica.

Más concretamente: los objetivos educativos deberán ser más generales cuando las características de los alumnos sean más heterogéneas y las actividades que van a desempeñar sean más diversificadas. En ese contexto es indispensable buscar homogeneizar la preparación, uniformar el lenguaje. Los objetivos educativos, en cambio, deberán ser más específicos cuanto más homogéneas sean las características de los alumnos, y cuanto más unívocas sean las actividades que desarrollarán: en ese ámbito prevalecería la dimensión deductiva y cognoscitiva en el caso en que los alumnos fueran filósofos, teólogos o juristas y su formación tuviera como finalidad la enseñanza o la investigación; prevalecería la dimensión inductiva, psicomotora y afectiva en el caso en que los alumnos fueran operadores sanitarios orientados a la práctica clínica.²²

¿“Cuándo” formar y “quién” forma en bioética?

Quedan por hacerse dos preguntas más.

¿“Cuándo” formar en bioética?²³ Se trata de una pregunta a la cual no se le ha dado todavía una respuesta cierta. Son muchas las opiniones al respecto: algunos consideran que la bioética debería enseñarse en las escuelas secundarias (en ese sentido expresa su deseo incluso el documento del Comité Nacional de Bioética italiano) para facilitar, aunque sea en términos generales todavía, una comprensión y una sensibilización a los problemas bioéticos: en este ámbito, algunos consideran que la bioética debería formar parte de la enseñanza de la biología, otros de la filosofía o la religión. Para otros, la bioética debería ser enseñada en los cursos universitarios de medicina, además de farmacología, de biología y veterinaria, de filosofía, de teología y de jurisprudencia.²⁴ Según otros, la bioética debería enseñarse también en los cursos profesionales para enfermeras, operadores sanitarios y no sanitarios. Por otra parte, se habla cada vez más de la necesidad de cursos permanentes de actualización en los Comités Éticos de las estructuras hospitalarias o de cursos dirigidos incluso a quien trabaja en el contexto de la comunicación social, pues tiene que referir al público en general contenidos que, a menudo, requieren competencias especializadas.

Para concluir: ¿“quién” forma en bioética?²⁵ El carácter interdisciplinario parece que debería excluir la presencia de un profesor de bioética, o por lo menos, parece hacer emerger la necesidad de “formar a los formadores” en bioética: la bioética puede ser enseñada por un docente con una competencia específica que busca adquirir, por lo menos, las informaciones indispensables de las otras disciplinas; mejor sería crear un equipo mixto de docentes que integren las respectivas competencias disciplinarias. En ese sentido, es evidente que la elección del modelo y de los contenidos de la formación bioética, estarán en cierta medida determinados por la específica competencia disciplinaria del docente, además del nivel, del tipo de preparación y de las expectativas de los alumnos.

De estas observaciones emerge un dato relevante: son muchos los pasos que la bioética debe dar aún para adquirir una configuración más estable del programa formativo. Las diversas experiencias permitirán avanzar en ese sentido. Los estudiosos de la bioética tienen, pues, una tarea aún más

pesada: la de operar en el contexto de una discusión de contornos aún difuminados: esto requiere un notable empeño, además de una gran responsabilidad.

Referencias bibliográficas

¹ SGRECCIA, E., *Problemi dell'insegnamento della bioetica*, Giornale Italiano per la Formazione Permanente del Medico 1987, 2: 104-107.

² COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, 1991. Para enmarcar el debate actual internacional sobre el tema, véase: MCCULLOUGH, L.B., JONSEN, A.R.(eds.), *Bioethics education: diversity and critique*, Journal of Medicine and Philosophy 1991, 16 (1): 1-130; CARRINGTON COUTTS, M., *Teaching ethics in the health care setting. Survey of the literature*, Kennedy Institute of Ethics Journal 1991, 1 (2): 171-185; cfr. *Bioethics education*, en REICH, W.T.(ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York: Mc Millan-Schuster, 1995: 256 ss.

³ Sobre este punto véase ARNAUD, J.S., *La bioéthique: définitions et perspectives didactiques*, en PARIZEAU, M.H. (ed.), *Bioéthique. Méthodes et fondements*, ACFAS (Association Canadienne.Française pour l'avancement des sciences) 1989: 183 ss.

⁴ Se podría señalar como definición comúnmente reconocida la de W.T. Reich en la segunda edición de la *Encyclopedia of bioethics*: "estudio sistemático de las dimensiones morales -comprensivas de los conceptos, de las decisiones, de la conducta, de las políticas sociales- de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud mediante una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario", REICH, *Encyclopedia...*

⁵ Si la bioética se puede definir como la disciplina que investiga y elabora las razones y las justificaciones para delimitar los confines entre lícito e ilícito en el contexto de las nuevas e inéditas posibilidades de intervención artificial (hechas posibles por la aceleración imparable e irreversible del progreso científico y tecnológico en biomedicina) sobre la vida (humana y no humana), es inevitable la necesidad de un diálogo interdisciplinario y transdisciplinario.

⁶ D'AGOSTINO, F., *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Turín: Giappichelli, 1996: 4 ss.

⁷ Sobre la distinción entre bioética "laica" y bioética personalista, véase PALAZZANI, L., *Il concetto di persona tra bioetica e diritto*, Turín: Giappichelli, 1996. Sobre el "pluralismo", en particular PALAZZANI, L., *Pluralismo*, en LEONE S., PRIVITERA, S (coord.), *Dizionario di bioetica*, Bologna: Dehoniane, 1994: 721-724.

⁸ WAITHE, M.E., OZAR, D.T., *The ethics of teaching ethics*, Hastings Center Report 1990, July/August: 17-21.

⁹ Como hace notar eficazmente el documento del CNB.

¹⁰ Es lo que advierte el CNB: "el problema de la formación en el sistema sanitario no puede reducirse a la incluso elevadísima y preeminente dimensión de la formación del personal sanitario", *Bioética e formazione...*, p. 10.

¹¹ Sobre este punto vuelve varias veces el documento del CNB. Véase también SELF, D., *The pedagogy of two different approaches to humanistic medical education: cognitive vs. affective*, *Theoretical Medicine* 1988, 9: 227-236; DANNER CLOUSER, K., *Teaching bioethics: strategies, problems and resources*, Nueva York: The Hastings Center, 1980; PELLEGRINO, E.D., *Teaching medical ethics: some persistent questions and some responses*, *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 1989, 64 (12): 701-703; SINGLETON, R., *Teaching bioethics from interdisciplinary perspective*, *The American Biology Teacher* 1982, 44 (5): 280-313; REX MEYER, G. (ed.), *Bioethics in education*, Sydney y Hamburgo: International Union of Biological Sciences Commission for Biological Education, 1990.

¹² MELE, V., PALAZZANI, L., *Metodologia didattica in bioetica. Riflessioni e proposte in margine al documento del Comitato Nazionale per la Bioetica*, *Medicina e Morale* 1992, 3: 447-468.

¹³ Esta es la posición de quien considera que la "ley de Hume" es superable mediante el reconocimiento de fines intrínsecos a la naturaleza misma (es la posición del finalismo o del personalismo ontológico) o bien mediante sucesivas integraciones de experiencia que permitan intuir una dimensión suprafáctica (es la posición de quien no considera indispensable el finalismo, sino que basta con un conocimiento metaempírico de la realidad para intuir su esencia, capaz de reconocer una normatividad intrínseca al ser). Véase, para la primera posición, SGRECCIA, E., *Manual de bioética. I. Fundamentos y ética biomédica*, Diana/Universidad Anáhuac, 1994; para la segunda posición, D'AGOSTINO, F., *Filosofía del diritto*, Turin: Giappichelli, 1996; ID., *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto...*

¹⁴ Esta es la posición del "principlismo" de BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., *Principles of biomedical ethics*, Oxford: Oxford University Press, 1989, donde los autores individualizan tres principios en bioética: el principio de autonomía, el de beneficencia y el de justicia. Para una crítica a esta posición véase un anterior trabajo de PALAZZANI, L., *Bioética de los principios y bioética de las virtudes: el debate actual en Estados Unidos*, *Medicina y Ética* 1992/4.

¹⁵ Esta es la posición de quien considera que la bioética es casuística.

¹⁶ También sobre este punto se ha pronunciado el documento del CNB: "el carácter aplicativo típico de la bioética exige que se vaya más allá de una abstracta presentación manualística de teorías éticas y que se muestre, en cambio, su relevancia actual en orden a la solución de problemas específicos", *Bioetica e formazione...*, p. 23.

¹⁷ Es amplia ya la literatura sobre el tema: véase en particular REICH, W.T., *Il nuovo paradigma bioetico basato sull'esperienza*, en VIAFORA, C. (coord.), *Bioetica, virtù e femminile*, Rende: Brutium Editore, 1996. Para los problemas educativos, véase CARSE, A.L., *The "voice of care": implications for bioethical education*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 1991, 16: 5.-28.

¹⁸ SHELP, E.E., *Virtue and medicine*, Boston: Reidel, 1985; PELLEGRINO, F., THOMASMA, D., *Per il bene del paziente*, Cinisello Balsamo: Paoline, 1992. Véase también EISELE, T.D., *Must virtue be taught?*, *Journal of Legal Education* 1989, 7 (37): 495-508.

¹⁹ BARMAN, C.R., *Bioethics: a rationale and a model*, *American Biology Teacher* 1978, 40 (2): 85 ss.

²⁰ ARRAS, J.D., *Getting down to cases. The revival of casuistry in bioethics*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 1991, 16: 29-51.

²¹ WEAR, S., *The irreducibly clinical character of bioethics*, *The Journal of Medicine and Philosophy* 1991, 16: 53-60.

²² Para una profundización en los objetivos educativos, véase CATTORINI, P., *Insegnare bioetica*, *Kos* 1990, 53: 50-53; BOMPIANI, A., *Gli obiettivi formativi nell'insegnamento della bioetica. L'informazione sui problemi bioetici*, en ID., *Bioetica in Italia. Lineamenti e tendenze*, Bolonia: Dehoniane 1992: 42 ss.

²³ FOTION, N., *Teaching medical ethics in the future*, *Yonsei Medical Journal* 1985, 26 (2): 129 ss; BURY, J.A., *Quelques pièges de l'enseignement de l'éthique dans une faculté de médecine*, *La Vie Médical au Canada Français* 1978, 7: 299 ss.

²⁴ La experiencia italiana se limita a la presencia de cursos de bioética en facultades de medicina, filosofía y teología.

²⁵ FLETCHER, J.C., *Who should teach medical ethics?*, *Hastings Center Report* 1973; 12.

El trasplante de gónadas: historia y actualidad

*Maurizio P. Faggioni**

Resumen

El artículo aborda el tema del trasplante de gónadas, desde los primeros intentos a finales del siglo pasado, hasta los logros alcanzados actualmente, teniendo en cuenta tanto el aspecto biomédico como el ético. Se analizan dos situaciones posibles: el trasplante destinado a restaurar una hormonogénesis deficitaria y el trasplante para restablecer la fertilidad, buscando siempre remitir los problemas a su raíz antropológica. El primer tipo de trasplante, lícito en líneas generales, plantea delicados problemas en relación con las posibles repercusiones sobre la personalidad del trasplantado; el segundo no sólo se configura como una variante sofisticada de la fecundación heteróloga, sino que determina además una violación del espacio personal mediante la inserción de información genética ajena transmisible a la prole. En la misma perspectiva se analizan, finalmente, las discutidas cuestiones del trasplante de tejidos gonádicos provenientes de fetos abortados y de cadáveres, mostrando su imposibilidad psicológica y ética de practicarlo.

El trasplante de gónadas, después de ocupar el centro de una cerrada discusión científica y ética en las primeras décadas de este siglo, vuelve a estar de actualidad con aspectos inéditos y decididamente inquietantes. Presentaremos en este estudio una sín-

* Profesor de Bioética en la Academia Alfonsiana y el Pontificio Ateneo Antonianum, Roma.

tesis sobre un tema que nos resulta cercano por las delicadas implicaciones antropológicas además de poder documentar la evolución de la moral católica en este campo.

Voronoff, hormonas y juventud

Las gónadas humanas—el testículo del hombre y el ovario de la mujer—tienen, como se sabe, una doble función: gametogénica y hormonogénica.

La *gametogénesis* consiste en la producción de las células especializadas para la reproducción llamadas *gametos*, el espermatozoide en el varón y el óvulo en la mujer, las cuales contienen cada una la mitad de la información genética característica del individuo que las ha producido, y que están destinadas, mediante los complejos mecanismos de la fecundación, a dar origen a nuevos individuos cuyo patrimonio genético resulta de la unión de la mitad paterna aportada por el espermatozoide y de la mitad materna aportada por el óvulo.

La *hormonogénesis* en el varón pospúber se caracteriza por la producción casi constante de *testosterona*, la hormona virilizante, responsable del mantenimiento de los caracteres somáticos y de algunos rasgos psíquicos propios del varón e importante en la maduración de los gametos. En la mujer pospúber en edad fértil la hormonogénesis se caracteriza por la producción cíclica de estradiol y progesterona, hormonas indispensables para la feminización del sujeto, para completar la gametogénesis y para la preparación de los órganos reproductores para acoger la nueva vida.

En cuanto a la técnica del trasplante, podemos distinguir trasplantes *totales* de gónadas y trasplantes o injertos de tejido gonádico. Esta última modalidad resulta más fácil porque no prevé la realización de anastomosis vasculares, sino una revascularización espontánea.¹ En cambio, por lo que respecta a la finalidad de la intervención, podemos distinguir entre trasplantes encaminados a restaurar la sola función hormonogénica y trasplantes para restaurar y aprovechar también la gametogénesis. Y es evidente que estas diversas finalidades configuran situaciones un tanto diferentes desde el punto de vista ético.²

Los trasplantes para restaurar la hormonogénesis estuvieron muy en boga desde finales del siglo XIX hasta las primeras décadas del XX, cuando se intentaron en el varón trasplantes de tejidos testiculares o de testículos íntegros, tanto de animales como de humanos, e injertos de ovario en la mujer con el objeto de sustituir la producción endocrina deficitaria por la edad o por una enfermedad de las gónadas.

Los primeros intentos de trasplante de ovario, tanto en animales como en la especie humana, se remontan a finales del siglo XIX con los experimentos del estadounidense Morris (1885), de los alemanes Chrobak (1896) y Knauer (1900) y de los italianos Marchese (1898) y Foà (1900). En la mujer, el primer intento logrado habría de ser el descrito por R.T. Morris en 1895 el cual, en una mujer amenorreica, con anexos rudimentarios y el complejo sintomatológico típico de la *insuficiencia ovárica*, injertó por vía abdominal en el fondo del útero un fragmento ovárico proveniente de una donadora viva; después de dos meses describió la aparición de una primera menstruación de ocho días de duración.³

Remotamente preparados por los experimentos pioneros de J. Hunter (1728-1793) y A.A. Berthold (1803-1861),⁴ los primeros trasplantes homoplásticos de tejido testicular coronados por el éxito parece que fueron los efectuados en Estados Unidos por V.C. Lespinasse: en 1913 obtuvo de un donador anestesiado tres secciones transversales de la glándula y las transfirió a un paciente anorquídeo.⁵ El homotrasplante total de la glándula fue aplicado a gran escala y sin demasiados escrúpulos por L.L. Stanley, médico de la cárcel de San Quintín (California): en 1918, tuvo la idea de extraer los testículos de los condenados recién ajusticiados y de trasplantarlos a detenidos de diversas edades afectados de patologías varias, desde la impotencia hasta el asma y la diabetes, reportando —según él— notables resultados terapéuticos.⁶

Este tipo de intervenciones está, sin embargo, indisolublemente ligado al nombre del doctor S. Voronoff (1896-1951), audaz biólogo y cirujano de origen ruso que trabajó primeramente en el *Collège de France* y luego en una clínica privada en Grimaldi, cerca de Ventimiglia, en Italia. Tras una prolongada experimentación en animales, desarrolló una técnica bastante segura para injertar, en el testículo de un receptor, fragmentos de tejido extraídos de un testículo de donador vivo, en general en el curso de intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo por

otros motivos. La técnica operatoria propuesta por Voronoff tuvo una brillante confirmación en un caso publicado en Italia en 1923: se trataba de dos hospitalizados en el manicomio de Collegno (Turín), afectados de patologías especulares, presentando el primero un *hipogenitalismo eunucoide* y el otro un preocupante *hipergenitalismo*; la terapia consistió en la resección de parte del tejido testicular del paciente con hipergenitalismo y en transferir ese mismo tejido al paciente con hipogenitalismo.⁷

Una aplicación de esta *organoterapia gonádica* (ovárica y testicular), que fue aclamada por los defensores de Voronoff como todo un hito en la historia de la medicina,⁸ se tuvo en el campo gerontológico. Con base en una teoría sostenida por Ch. E. Brown-Séquard en la segunda mitad de 1800 y relanzada por Steinach en las primeras décadas de 1900, el *motor* del envejecimiento consistiría en un agotamiento funcional de las gónadas, por lo que el injerto de tejido gonádico joven en organismos envejecidos, debería detener o retrasar el proceso de envejecimiento. Hábil propagador de sus ideas, Voronoff refirió, en numerosas conferencias y publicaciones, los efectos —portentosos, según él— obtenidos por el injerto gonádico, que habría tenido incluso el poder de restaurar el vigor de la juventud, la *energía vital*, en ancianos achacosos.⁹ La recuperación de la actividad sexual de sujetos ancianos y la posibilidad de prolongar más allá de los límites de la edad una vida libertina y desordenada, atraía sobre los trasplantes de gónadas la curiosidad morbosa de la gente y las flechas de los moralistas, mientras se multiplicaban los métodos —más o menos empíricos— para obtener el tan debatido *rejuvenecimiento* al actuar sobre la función gonádica.

En Italia, la difusión de los trasplantes gonádicos provocó, pocos años después de su introducción, una compleja cuestión judicial.¹¹ Un rico brasileño, decaído en su eficiencia sexual y generativa, pensó que podría reconquistar la deseada *vis*, la fuerza sexual mediante un trasplante “al modo de Voronoff”. Finalmente se encontró un estudiante de El Cairo, ingresado en el Hospital de Incurables de Nápoles, dispuesto a ceder un testículo a cambio de 10 mil liras (de las de entonces). La intervención se llevó a cabo en una clínica privada de Nápoles el 27 de agosto de 1930, pero la picante noticia, difundida como mancha de aceite, llegó al edificio de los tribunales de Nápoles el 30 de abril de 1931 y dio lugar a la apertura de un proceso penal contra los médicos y el rico brasileño beneficiado con tan preciado don. El Tribunal de Nápoles absolvió, el 28 de

noviembre de 1931, a los imputados “porque el hecho no constituía delito alguno” y la sentencia fue confirmada por la Corte de Apelación de Nápoles el 30 de abril de 1932. El Fiscal General de la Corte de Nápoles recurrió entonces al Tribunal de Casación que, el 21 de enero de 1934 rechazó el recurso con una fórmula salomónica que evitaba declarar legal la intervención de trasplante, pero, con base en el artículo 50 del entonces vigente Código Penal, afirmaba que “los imputados no son condenables habiendo cometido el hecho con el consentimiento del derechohabiente”.

Voronoff, sin embargo, no temía provocar a la opinión pública y al *establishment* médico, de tal manera que, siempre persiguiendo el sueño de la reconquista de la juventud, había practicado y propagado desde los años veinte los aún más inquietantes *xenotrasplantes* de testículos y ovarios de mono al hombre y a la mujer.¹² Los resultados eran objetivamente inciertos, tal vez ligados a la sugestión y siempre transitorios, porque la glándula trasplantada pronto se encontraba atrofiada, pero estos experimentos desconcertaron al mundo médico, en el que unos los denigraban y otros los imitaban, y fueron acogidos con gran interés por el público, incluso por el halo de misterio que los rodeaba. Finalmente, suscitaron gran escándalo los trasplantes animales en niños y niñas de 8-10 años efectuados con la finalidad de crear una estirpe humana superior por su fuerza física e intelectual: estas intervenciones, carentes de verdaderas bases científicas e inspiradas en el peor de los eugenismos, fueron condenadas por la mayor parte del mundo académico.¹³

El clamor de los trasplantes al modo de Voronoff se apagó un tanto cuando, en la segunda mitad del siglo XX, la disponibilidad de hormonas para uso terapéutico (andrógenos, estrógenos, progestágenos, gonadotropinas hipofisarias y finalmente la relaxina hipotalámica específica) hizo prácticamente inútil recurrir a los trasplantes para restaurar una función hormonal defectuosa, aunque no hayan dejado de hacerse investigaciones y experimentos en este sector en particular. En Rusia, como continuación ideal de los experimentos de S. Voronoff, el prof. Kirpatowsky dirige desde 1967 un programa de estudio sobre la terapia del *hipogonadismo masculino secundario* (debido a displasia, orquitis o a otra patología testicular) mediante trasplante homólogo de testículo proveniente de cadáver o, más recientemente, incluso de fetos abortados.¹⁴ Un programa análogo está en curso desde 1984 en diversos centros universitarios chinos, con

la particularidad de que la técnica quirúrgica prevé no sólo la anastomosis entre los vasos espermáticos del órgano extirpado y los vasos epigástricos inferiores del receptor, sino incluso anastomosis del conducto deferente, con posible recuperación de la fecundidad.¹⁵ En el campo del trasplante ovárico, se ha proyectado la posibilidad de prevenir la osteoporosis posmenopáusia mediante el trasplante de ovario y se están haciendo pruebas e investigaciones para determinar la eventual superioridad del trasplante de ovario respecto de la sola administración substitutiva de estrógenos.¹⁶ De todos modos, la necesidad de recurrir por largos períodos o para siempre a la terapia inmunodepresora, con todos los riesgos y los efectos colaterales conocidos, nos parece que constituye un gran freno —por lo menos con los protocolos actuales— a la difusión del trasplante gonádico, tanto de testículo como de ovario, en la práctica clínica común.¹⁷

Moral y trasplantes hormonoterapéuticos

Los moralistas católicos inicialmente se pronunciaron contra las intervenciones del Dr. Voronoff, pero —además de la justificada perplejidad de índole científica respecto de la eficacia terapéutica, la duración de los resultados y las ventajas del trasplante respecto de una terapia hormonal substitutiva— las motivaciones de naturaleza ética adoptadas no parecen hoy muy convincentes.

El médico y teólogo G. Antonelli, en su autorizada *Medicina Pastoralis*, que fue la fuente de referencia de muchos tratadistas, dedica amplio espacio al tema. Este autor no sólo niega la licitud de la donación de testículo procedente de un vivo sano (al no ser el testículo un órgano regenerable), sino que afirma que la transferencia a un sujeto de tejidos gonádicos extirpados de otro sujeto, intercambio que parecería “a primera vista lícito”, “analizando luego más profundamente la cuestión, parece ir contra la naturaleza. La naturaleza, en efecto —explica Antonelli— no repara nunca las partes extirpadas de los testículos, como sucede ordinariamente en otras partes del cuerpo después de haber sido removidas, y si son extirpados, no puede proveer de otra manera sus funciones. Toda la naturaleza física y psíquica del varón depende en mucho y es conservada íntegra por el funcionamiento hormonal de sus testículos: injertar en órganos de tanta

importancia una parte del testículo de otro hombre no parece corresponder al finalismo y a los dinamismos de la naturaleza... En este caso, al injerto testicular debe preferirse la opoterapia con extractos testiculares que consigue buenos efectos incluso en casos difíciles”.¹⁸

En este juicio negativo se entrelazan dos órdenes de motivaciones que no hay que menospreciar. Se expresa ante todo la inicial desconfianza de los moralistas católicos contra el trasplante de tejidos no regenerables, que se configuraba a sus ojos como una mutilación irreparable e injustificada.¹⁹ Se insinúa luego una reflexión más general —sobre la cual volveremos más adelante— en torno a la protección de la integridad psicofísica del sujeto, contemplando que la transferencia de gónadas lesiona a los dinamismos previstos por la naturaleza y una especie de indebida intromisión del espacio personal.

En el caso particular del trasplante de tejidos gonádicos sobre el juicio negativo pesaba, sin duda también, el discutible objetivo generalmente buscado con el trasplante, es decir, el rejuvenecimiento y la recuperación de una vida sexual efervescente en edad avanzada. El mismo Voronoff, consciente de la mala fama que sus métodos tenían entre sus opositores, describió con énfasis el benéfico efecto revitalizante del injerto en tres sacerdotes, que fueron capaces con ello de reanudar con renovada energía su ministerio: “Estaba muy feliz de comprobar una vez más que el injerto, destinado a infundir nueva energía a un organismo debilitado, puede tener un alto alcance moral. Estos sacerdotes me permitieron dar un desmentido luminoso a aquellos que en el injerto no han visto sino la fuente renovada de ciertos goces a los cuales la edad ha puesto un término”.²⁰

Revisando la literatura se puede advertir que el juicio de los moralistas católicos sobre injertos y trasplantes llevados a cabo para restablecer la hormonogénesis sexual, excluidas otras finalidades inmorales, tiende con el tiempo a hacerse más benévolo, pero manteniéndose siempre muy cauto. Ya en 1927 Mons. Schiavini, en un equilibrado artículo con el iridiscente título de *Voronoffiana*, comentaba los cinco casos de homotrasplante practicados hasta entonces en Italia y tendía a pensar en la licitud de las intervenciones que no comportaran daños al donador por el trasplante (por ejemplo, porque se sometiera por motivos terapéuticos a una orquidectomía), excluyendo en cambio la licitud de la cesión por parte de un donador vivo sano.²¹ Scremin afirma que “es lícito al médico efectuar la operación para obtener así el llamado rejuvenecimiento, a menos que no

se presuma que deba servir a quien la padece para continuar o reanudar un tenor de vida incompatible con las normas morales”.²² En términos prudentes, pero substancialmente positivos, se expresaba Niedermeyer en el conocido *Compendio de Medicina Pastoral*: “La licitud moral (del trasplante de gónada) se hace tanto más sospechosa, en cuanto que se pone en primer plano la *reactivación* puramente se-xual... Esto no quiere decir que las operaciones de esta especie deban ser por necesidad moralmente ilícitas en todos los casos”.²³

El padre J. Paquin no pone en duda la licitud de la intervención de injerto gonádico, aunque discute sobre la licitud de la donación de tejido ovárico por parte de una mujer sana a otra con insuficiencia ovárica, en contraste con la donación *ciertamente lícita* de fragmentos tisulares provenientes de una intervención quirúrgica de naturaleza terapéutica (como podría ser —agregamos nosotros— la resección cuneiforme en caso de ovario poliquístico).²⁴ Así el Prof. Foà, a propósito del trasplante de tejido embrionario, afirmaba que se trataba de una intervención lícita “si la gónada trasplantada del embrión se coloca en una posición topográficamente tal que se excluya cualquier posibilidad de que intervenga en la reproducción. El injerto subcutáneo o intramuscular, por ejemplo, llevando la glándula a madurez, podría ejercer sólo la función endocrina benéfica para el paciente”.²⁵ A principios de los años sesenta, el padre Peeter defendía la intervención, criticando abiertamente la posición negativa del difundido Manual de Iorio, y concluía que, excluidas las finalidades eugenésicas, “si el trasplante, tanto tomado de un mono como de un hombre, fuera necesario y eficaz para la salud del cuerpo..., no se ve por qué no habría de ser lícito”.²⁶

Podríamos continuar por más tiempo, pero creo poder afirmar que, *en líneas generales*, no se tiene que considerar intrínsecamente ilícito el trasplante de gónada efectuado con una finalidad estrictamente terapéutica, esto es, para restablecer un nivel hormonal disminuido por causas fisiológicas (por ejemplo, ovario posmenopáusico) o patológicas (por ejemplo, procesos destructivos de los testículos y ablación terapéutica de los ovarios). Esto vale obviamente sólo en el caso en que el trasplante o el injerto se lleven a cabo de manera que no se tenga posibilidad de aprovechar la eventual gametogénesis (por ejemplo, colocando el tejido gonádico en posición anatómicamente incongruente para la fecundación,

pero compatible con la función hormonal, como ocurre a nivel subcutáneo).²⁷

A nuestro juicio, para satisfacer las condiciones de licitud del trasplante no sería ni siquiera necesario que la intervención estuviera destinada a salvar la vida del paciente —eventualidad verdaderamente rara—, sino que sería suficiente con que se tratara de una intervención verdaderamente terapéutica, esto es, adecuada para mejorar el equilibrio psicofísico del sujeto o para corregir los efectos psicosomáticos negativos de un déficit hormonal, sin excluir tampoco la búsqueda legítima de una vida sexual normal. Ciertamente, en el caso de un donador humano vivo se requerirán motivos proporcionados e, indudablemente, como afirmó lapidariamente el padre Gemelli en un lúcido artículo sobre el tema, “La mutilación para proporcionar a otros el rejuvenecimiento nunca es lícita”.²⁸ Nos deberemos preguntar también si, desde el punto de vista de la *relación costo/beneficio* y, por tanto, en un razonamiento de cuidadosa administración de los recursos sanitarios disponibles, el trasplante o el injerto de gónadas ofrecen ventajas reales respecto de la usual terapia hormonal substitutiva, pero la respuesta a esta pregunta es más de naturaleza clínica que ética.²⁹

Un problema un tanto delicado lo constituye el encontrar un donador y su protección. Con frecuencia se ha recurrido a fragmentos de tejidos procedentes de intervenciones quirúrgicas efectuadas por otros motivos, pero, al ser las gónadas órganos pares y no indispensables para la vida, y pudiendo una de ellas compensar funcionalmente la pérdida de la otra, se podría admitir, hablando en abstracto y por motivos proporcionados, la donación de gónadas o de tejido gonádico extraído de un donador vivo y, con mayor razón, de un cadáver o de un organismo fetal abortado, respetando los criterios de licitud que regulan las extracciones respectivamente de un ser vivo y de un cadáver, y la utilización de los tejidos fetales.

Todas estas reflexiones sobre la licitud del trasplante de gónadas son válidas pero a condición de que, desde el punto de vista de la producción hormonal, la gónada funcione como un simple órgano ejecutor, análogamente al corazón o al riñón, y que, por tanto, a diferencia del trasplante de cerebro, el trasplante de gónada no involucre a la personalidad del receptor.³⁰ La circunspección en este punto es, en todo caso, obligada.

Antonelli, en los albores de la endocrinología moderna y en sintonía con las teorías que N. Pende estaba elaborando por aquellos mismos años, ponía en guardia contra los efectos desconcertantes de la intervención de Voronoff sobre el carácter del trasplantado.³¹ Nuestros crecientes, aunque aún fragmentarios, conocimientos en torno a la influencia de las hormonas y de otras sustancias análogas producidas por las gónadas en el sistema nervioso central, en los sistemas de *retroalimentación*, en la modulación de los patrones de comportamiento y en la agresividad, ofrecen nuevos motivos de cautela. Cuando se habla de gónadas o de estructuras anatómicas de gran relieve para el equilibrio hormonal y biopsíquico del sujeto, como la hipófisis o el hipotálamo,³² habrá que proceder con mucha prudencia y probablemente preferir, hasta que no se aclaren todos los aspectos fisiológicos de la cuestión una terapia hormonal sustitutiva (más manejable, aunque menos refinada), a un trasplante que se tema que pueda alterar la identidad biopsíquica de la persona.³³

Una última cuestión se refiere a la *eticidad* de los *hetero* o *xenotrasplantes*, cuestión más que cualquier otra históricamente ligada al nombre de Voronoff. Excluida la posibilidad de xenotrasplantes fecundos, no siendo biológicamente practicable la fecundación entre especies diferentes, por lo menos en las condiciones actuales, queda el problema de la licitud de injertar en el hombre tejidos gonádicos o gónadas de procedencia animal, situación hecha cada vez más verosímil por el desarrollo de nuevos protocolos inmunosupresores y por la perspectiva de modificar genéticamente los tejidos animales para hacerlos más compatibles con el organismo humano y su cuidadoso sistema de inmunovigilancia.³⁴

El profesor Foà, aun considerando la práctica clínicamente inútil, dados los óptimos resultados de la terapia hormonal substitutiva, admitía su licitud en línea de principio tanto para los testículos como para los ovarios.³⁵ De igual manera el profesor Rizzo, en el varias veces reeditado *Dizionario* de Palazzini, afirmaba sin vacilar que “el uso de los injertos (o de los trasplantes) heteroplásticos es siempre lícito, siempre que no se tenga una finalidad mala (como sería la de reactivar una vida libertina mediante el trasplante de gónadas)”.³⁶

Debemos, sin embargo, recordar un discurso de Pío XII que parece proscribir los xenotrasplantes de gónadas. Cuando afirmaba que “el

trasplante de glándulas sexuales animales al hombre se ha de rechazar como inmoral”.³⁷

Las palabras del Pontífice se han entendido de diversa manera. Según Paquin, “la razón no mencionada por el Pontífice es que el trasplante parece poderse hacer sin graves modificaciones de orden físico y psíquico. Pero no parece —continúa este autor— que la condena pontificia se refiera al injerto parcial de glándulas sexuales animales siempre y cuando (y en la medida en que) el injerto no provoque perturbación alguna”.³⁸ En el mismo sentido se manifiesta B. Häring, quien justifica la prohibición papal con la posibilidad de una interferencia sobre la integridad de la vida individual y sobre la identidad moral de la persona.³⁹ Recientemente el padre Vidal ha reiterado esta interpretación escribiendo que “los trasplantes heteroplásticos (de un organismo animal al organismo humano) son enteramente lícitos con tal que no produzcan una alteración de la personalidad. Por este último motivo Pío XII se pronunció contra el trasplante de glándulas sexuales en un ser humano”.⁴⁰ Más verosímelmente el Papa pensaba, tal vez, en un trasplante que comportara una interferencia con la esfera generativa y que se introdujera por esto —como escribe Lino Ciccone— con una “radical intromisión de la sexualidad genital”.⁴¹ O’Donnell excluye explícitamente que el Papa se refiriese a la implantación de la glándula en cuanto productora de hormonas y afirma que “la condena papal parecería dirigida contra ese tipo de trasplante que podría, en cierto modo, dirigirse a un acto de procreación intencional”, por lo que, “si en el futuro la implantación ectópica de algún tejido animal en el hombre se demostrara practicable como medio para restaurar el equilibrio endocrino, no parece que se deba excluir en nombre de la anterior enseñanza magisterial”.⁴²

A nuestro juicio, el xenotrasplante de gónadas con una finalidad hormonogénica no es intrínsecamente inmoral, como no lo es el uso de extractos hormonales de glándulas animales en terapia endocrina, aun cuando las cautelas anteriormente expresadas con motivo de la interacción entre las gónadas y el organismo en el caso del trasplante homoplástico valgan con mayor razón en el caso del trasplante heteroplástico. Además de los temidos efectos directos del órgano trasplantado sobre el equilibrio psicofísico de la persona, hay que tomar finalmente en consideración las posibles y frecuentes repercusiones psicológicas que se advierten en los pacientes sometidos a trasplantes cardíacos, de gónadas o de elementos

ligados a la sexualidad, sobre todo —como es evidente— en el caso de los xenotrasplantes. “Delirios, psicosis, ansiedad —anota G. Russo— se pueden registrar casi siempre con mayor o menor intensidad, hasta el punto de requerir la presencia del psiquiatra y del psicólogo en las diversas fases de la intervención. El cambio de la imagen corporal tiene fuertes repercusiones en la identidad psicológica de la persona”.⁴⁴

En conclusión, en el estado actual de los conocimientos, sin caer en alarmismos infundados o pronunciar condenas absolutas, probablemente una actitud de espera y una profundización de las investigaciones representan el comportamiento más sabio y más aconsejable.

Trasplante de gónadas y procreación

La historia del trasplante de gónadas para restablecer la fertilidad es muy antigua.

Los primeros intentos de trasplante de ovario para remediar la infertilidad se llevaron a cabo a finales del siglo XIX, comenzando pronto a experimentar en la mujer antes que los procedimientos fueran previa y suficientemente experimentados en animales. Ya en este período se hicieron esporádicos señalamientos —no todos bien controlados— de embarazos iniciados o incluso llevados a término como consecuencia del injerto (sobre todo autoplástico) de tejido ovárico en mujeres.⁴⁵ Los estudios, continuados desde entonces hasta el día de hoy, se han centrado en tres tipos de problemas: el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, la inmunosupresión sin lesionar la gametogénesis y la conservación del tejido ovárico manteniendo sus capacidades ovogénicas. Superados al menos en parte los dos primeros problemas, el tercero parece encaminarse sólo ahora a una solución, gracias al desarrollo de las técnicas de *crioconservación*: el progreso en este campo ha sido verdaderamente notable. Sin embargo, aunque la congelación del semen y del embrión son efectuadas ahora siguiendo procedimientos estandarizados y con un cierto éxito, no se puede decir lo mismo todavía respecto de la congelación del tejido ovárico (sea de óvulos o de folículos primordiales aislados, o bien del órgano o de fragmentos del mismo). Los estudios sobre la *crioconservación* se han sucedido siguiendo tres corrientes.

Los más antiguos conciernen a la *crioconservación de todo el ovario* o de *fragmentos de tejido ovárico*: Tuffier publicó en 1921 una amplia

casuística de 230 trasplantes ováricos en la mujer, en 16 casos de los cuales el tejido trasplantado había sido conservado durante algunos días en refrigeración, pero sin éxito.⁴⁷ De los numerosos experimentos en animales, se habrán de recordar los de Parkes quien, en 1953, logró obtener en ratones la tolerancia de trasplantes subcutáneos de fragmentos ováricos en suspensión, después de una congelación lenta (*slow cooling*) a -79°C , demostrando, entre otras cosas, que los tejidos ováricos de animales inmaduros son tolerados mejor que los tejidos ováricos de animales adultos.⁴⁸ En 1957-58 el mismo Parkes pudo demostrar la recuperación de la funcionalidad del ovario trasplantado después de estar congelado, mediante el estudio de la impregnación estrogénica, aun cuando a la actividad de las células de la teca y de la granulosa no correspondía, en general, una actividad ovulatoria.⁴⁹ Los intentos de mejorar las técnicas de criopreservación y en particular la búsqueda de crioprotectores adecuados no han dado, hasta ahora, los resultados esperados.

Los años setenta y ochenta, en conexión con la explosión de las técnicas de fecundación *in vitro*, han desplazado la atención de los estudiosos a la obtención y congelación sólo de los *óvulos* para utilizarlos tanto en fecundaciones homólogas cuanto para donarlos en el ámbito de fecundaciones heterólogas. El primer embarazo humano con óvulo congelado lo obtuvo Chen en 1986,⁵⁰ pero sólo en estos últimos años las técnicas de criopreservación de los óvulos han permitido pensar en su empleo corriente y en la constitución de bancos de óvulos.⁵¹

Los últimos adelantos en materia de congelamiento ovárico se han de atribuir a la escuela inglesa y se refieren a la congelación de *folículos primordiales*. En 1990 Gosden obtuvo, con la técnica de la disgregación enzimática, folículos primordiales de ratones jóvenes; después de transferir los folículos primordiales a la cápsula ovárica de ratones castrados por radiación, se nota la regeneración de un tejido ovárico casi normal a partir de los trasplantes foliculares: la funcionalidad de estos *ovarios transgerminales* ha sido confirmada con el logro de algunos embarazos.⁵² La demostración que hizo Carroll de que resultados análogos se obtienen también con folículos congelados, ha abierto nuevos y prometedores caminos para el restablecimiento de la fertilidad en la mujer a través del injerto de folículos primordiales.⁵³ El perfeccionamiento de las técnicas de extracción, conservación y trasplante permitirá en el futuro igualarlas con el trasplante de gónadas, y la transferencia de folículos primordiales,

aislados o en sutiles laminillas de cortical ovárica, a las más aceptadas técnicas de procreación artificial, sobre todo en el caso de mujeres estériles por causas primordialmente ováricas y en el de mujeres menopáusicas, cuyos ovarios están agotados, incluso si los tiempos se están dilatando un tanto respecto de las previsiones optimistas manifestadas por el Prof. C. Wood a principios de los ochenta.⁵⁴

La dificultad de encontrar donadores vivos y la mayor facilidad de arraigamiento de los tejidos fetales han dado, recientemente, impulso al trasplante homoplástico de tejido ovárico proveniente de fetos abortados.⁵⁵ No se trata siquiera en este caso de una técnica enteramente nueva, pues los primeros experimentos científicamente controlados de trasplante homoplástico de ovario fetal se remontan a los años cuarenta, cuando Russel y Douglas anunciaron el nacimiento de ratoncitos de una madre cuyos ovarios provenían de un feto no nacido.⁵⁶ La grave perplejidad ética y psicológica suscitada por la aplicación de estos métodos en el hombre ha sugerido recurrir, como alternativa, a la obtención de ovocitos inmaduros (que hay que fecundar *in vitro*) o de folículos primordiales o, en perspectiva, de gónadas procedentes de cadáver.⁵⁷

En cuanto al trasplante de tejido testicular, además de los citados protocolos chinos que se centran en el homotrasplante con anastomosis del canal deferente, los estudios actuales se están orientando al perfeccionamiento de las técnicas de transferencia de células germinales masculinas inmaduras.⁵⁸ En modelos animales, Brinster y cols. han observado que el trasplante de células germinales (*espermatogonios*) en los túbulos seminíferos conduce a una recuperación de la actividad espermatogénica: esto es posible utilizando incluso células estaminales crioconservadas en nitrógeno líquido a -196 °C e incluso injertando espermatogonios de una especie en otra que presenta diferente duración del ciclo de maduración.⁵⁹ Los dos artículos de Brinster han sido tomados “como el inicio de un salto de paradigma en la biología reproductiva” y, en efecto, la versatilidad y maniobrabilidad de la técnica inducen a prever una amplia difusión en la llamada terapia de la esterilidad masculina.⁶⁰

Un nuevo campo de aplicación del trasplante de gónadas se ha abierto, finalmente, en el ámbito de las intervenciones de corrección del sexo, cuando se quiera llevar la reconstrucción de las apariencias del nuevo sexo hasta los límites extremos de la *mimesis*: las técnicas microquirúrgicas permiten, en efecto, imaginar que en un plazo breve se

podrán aplicar a la especie humana intervenciones ya realizadas desde hace tiempo en animales, como el trasplante en bloque vagino-útero-ovárico o el trasplante homoplástico de testículos o de pene, proveniente de cadáver o de intervenciones especulares de corrección del fenotipo.⁶¹

Juicio moral sobre los trasplantes que tienen por finalidad la procreación

Entre los trasplantes de gónadas con mantenimiento de la fecundidad, no comporta problema moral alguno el *autotrasplante de testículo* en el ámbito de la terapia del criptorquidismo, cuando el testículo retenido ocupa una posición *alta* (endoabdominal, abdominoinguinal) y se hace necesario proceder a la sección y anastomosis de los vasos espermáticos para poder devolver el testículo a su asiento definitivo.⁶² No presenta problema moral alguno ni siquiera el *autotrasplante de ovario o de testículo* incluso solamente de los folículos primordiales o espermatogonios, respectivamente, extirpados antes de proceder a terapias potencialmente lesivas para la gametogénesis, crioconservados y luego reimplantados o reintroducidos en el mismo sujeto al término de la terapia.⁶³ Esto podría resultar muy interesante en el curso de terapias de radiación para tumores a nivel de la pelvis o durante ciclos quimioterápicos, aun cuando, estudiando homotrasplantes en modelos animales, se ha visto que las células cancerosas, sobre todo si son linfomatosas, presentes en los tejidos ováricos extirpados, pueden originar que el proceso patológico se reproduzca.⁶⁴

La cuestión es, en cambio, muy delicada cuando se habla de homotrasplantes de toda la gónada o de injerto en una gónada receptora de fragmentos gonádicos o de folículos primordiales o de la donación de espermatozonios.

Los autores que hemos visto que son favorables al trasplante como substitutivo de una hormonogénesis defectuosa o ausente, muestran la tendencia a aceptar incluso el trasplante homólogo con conservación de la gametogénesis y posibilidad de procreación. Notemos que estos mismos autores son en general contrarios a las técnicas de procreación artificial y, sobre todo, a las técnicas heterólogas, por lo que se esfuerzan en distinguir entre éstas y el trasplante de gónadas. El elemento clave de su

argumentación es que un órgano trasplantado no debe ser visto en sí mismo, sino insertado e integrado en el organismo receptor del que entra a formar parte, por lo que el logro de la fertilidad mediante este procedimiento es juzgado en sentido positivo, a menos que —añade alguno— la eventual fecundación no se verifique inmediatamente después del trasplante, esto es, antes de que el ovario trasplantado pueda haberse desintegrado enteramente en el nuevo organismo.⁶⁵ Tal punto de vista, un poco extraño si se juzga en el contexto de los conocimientos actuales, era en cambio posible en el pasado, tanto por la lentitud con la que los moralistas de profesión actualizaban sus conocimientos biomédicos, cuanto por las objetivas incertidumbres de la ciencia de aquellos tiempos. Baste pensar que a principios de este siglo los seguidores de Lamarck buscaban un apoyo a la hipótesis de la influencia del *soma* sobre las células germinales precisamente en los controvertidos resultados de los primeros intentos de injerto o de trasplante ovárico fecundos,⁶⁶ y que en los años ochenta ciertas declinaciones extremas de la nueva teoría neodarwiniana de la *independencia del plasma germinal* llevaban a algunos a exagerar la distinción genética entre organismo parental y gametos;⁶⁷ o que, aún en los años cincuenta, arreciaba la controversia entre Parkes, que sostenía la realización de una *neo-ovocitogénesis* en las implantaciones ováricas, y Greencke, quien, con toda razón, la negaba.⁶⁸

Scremin, por ejemplo, consideraba lícito “el trasplante ovárico homoplástico practicado con la finalidad de poner a la mujer en condiciones de procrear o, en todo caso, efectuado con una técnica que permita la procreación por fecundación de óvulos del ovario mismo..., porque se vuelve órgano de la mujer que ha sufrido el injerto”. Apoyándose en un parecer del padre A. Gemelli, distinguía claramente la fecundación heteróloga con semen de donador, siempre ilícita, de la situación creada por el trasplante de ovario, diciendo que, mientras en la heteróloga con semen de donador, “el semen es totalmente independiente del cuerpo del marido”, en cambio, “en el trasplante de ovario de otra mujer no puede dudarse de que el ovario se hace órgano de la mujer que será luego madre”. Es cierto, en efecto, que “el cuerpo de la mujer que ha experimentado el trasplante no hace sentir su influencia en el huevo, en el patrimonio hereditario del ovario trasplantado”, pero también en condiciones naturales se mantiene una independencia del gameto respecto del *soma* materno, por lo que “la relativa independencia que se mantiene con el

trasplante respecto del cuerpo de la mujer que adquiere y nutre el ovario procedente de otra mujer no es razón suficiente para poner en duda la maternidad”.⁶⁹

También el padre Gemelli justifica el trasplante de ovario que tenga por finalidad la de procrear. Pensando en el caso de una mujer casada de 25 años, cuyos ovarios habían sido extirpados bastantes años antes, pero que se mostraba muy deseosa de tener hijos, responde que “un ovario obtenido de una persona anteriormente fallecida puede ser lícitamente trasplantado..., puesto que los órganos de esa persona han llevado a cabo ya plenamente su finalidad primaria de servir a aquellos que los poseían”.⁷⁰ Y concluye afirmando que lo que se ha dicho “de la moralidad del trasplante de gónadas en la mujer, puede ser aplicado al trasplante de un testículo en el varón”.⁷¹ En otro contexto, la condena del trasplante de ovario humano en un animal, en función de una hipotética fecundación interespecie, da pie al autor para reiterar la licitud de la intervención del trasplante homólogo.⁷²

El padre Marcozzi, aunque no sin ciertas vacilaciones, tiene la misma opinión, concentrando su atención sobre los efectos del trasplante en el sujeto receptor y bastante menos en su eventual descendencia: “Respecto del trasplante del ovario en la mujer, supuesto que tenga el mismo comportamiento observado en los animales, no parece ilícito. En realidad, no cambiaría substancialmente la personalidad de la receptora y se incorporaría funcionalmente al organismo. Sin embargo, puesto que el patrimonio genético de los óvulos se mantiene inalterado, habría complicaciones jurídicas a causa de la consanguinidad de los hijos con la donadora del óvulo.

La comparación con la fecundación *in vitro* que algunos hacen, a nuestro juicio, no vale porque en nuestro caso el proceso generativo se produce de forma natural y no existen peligros para la prole”.⁷³

En el mismo sentido se ha manifestado recientemente el especialista en bioética español Niceto Blázquez a propósito tanto de la donación de gametos como del trasplante gonádico, tanto *ex vivo* como *ex mortuo*: “Los gametos trasplantados, si son obtenidos biológicamente del sujeto receptor, quedan incorporados a la personalidad del mismo como propios, de la misma manera que ocurre con la transfusión de sangre y los trasplantes de órganos. Soy consciente de los abusos pavorosos a los que podría prestarse esta terapia germinal, pero esto no quita la validez ética

de estas delicadas intervenciones... Si es razonable usar órganos y tejidos procedentes de un cadáver para ayudar a vivir a personas vivas, no veo por qué se deba penalizar la extracción de gametos susceptibles de ser trasplantados o injertados en personas estériles”.⁷⁴

Una ulterior fuente de justificación moral estaría dada por la realización de una situación —por ahora al menos de ciencia ficción— de inminente peligro para la especie humana; porque, “en casos de extrema necesidad, en los cuales se encontrara en peligro la continuidad de la especie humana..., hay que decir que entonces los trasplantes de órganos sexuales y de gametos, siempre que fueran técnicamente posibles y eficientes, estarían éticamente legitimados”.⁷⁵

También E. Chiavacci sostiene la licitud del trasplante de testículo con fines de procreación, explicando que “la prole que eventualmente naciera de ello tendría un patrimonio genético incierto, pero esto no sería ni un daño para la prole, ni siquiera para el padre. En el caso análogo de trasplante de ovario —añade— ..., parece que la prole deba nacer con el patrimonio genético, en su parte femenina, de la donadora y no de la receptora. Esto podría crear en la madre problemas psicológicos, pero no vemos cómo de aquí se pueda concluir en pro de la total ilicitud de la operación”.⁷⁶

Conclusiones

Nosotros sentimos no compartir estas posiciones, que parecen no distinguir adecuadamente lo que es la integración del funcionamiento del ovario en el conjunto del nuevo organismo con la toma de control del órgano trasplantado por parte del sistema hipotálamo-hipofisario del receptor, respecto del mantenerse la gametogénesis propia de la donadora o del donador y, por tanto, con la posibilidad de que los rasgos genéticos característicos de un sujeto sean transmitidos a otro.⁷⁷ Un sujeto, en efecto, se prolonga y en cierta manera subsiste en sus gametos, los cuales aportan la mitad de la información necesaria para definir la base biológica del hijo, esto es, para estructurar su nivel ontológico fundamental, premisa de cualquier sucesivo desarrollo de su personalidad: en esta fundamental e intangible relación genética, denominada tradicionalmente *consanguinidad*, consiste la dimensión somática de la relación parental.

En los años treinta Antonelli manifestaba su desacuerdo con un lenguaje de sabor biólogo, pero con argumentos que conservan intacto su valor: “Todos estamos obligados a admitir que el trasplante de testículo comporta una situación gravemente inconveniente (*immoral*): efectivamente, va contra la naturaleza biológica insertar el componente generativo de un sujeto en órganos de tanta importancia de otro, desde el momento en que las gónadas tienen por naturaleza la función de mantener sobre la tierra la descendencia mediante una relación obligada con los propios padres y con los órganos generativos propios de cada quien. Estos (trasplantes) hacen desestimar la medicina, y no permiten mantener la relación física y natural de la prole con el padre”.⁷⁸

En los años cincuenta el Prof. Foà —aun estando de acuerdo con los injertos o trasplantes con una finalidad hormonal— se declaraba contrario al trasplante con posibilidades procreativas porque “si el trasplante arraiga, conserva íntegramente los caracteres genéticos del individuo cuyas gónadas han sido extraídas. Efectivamente, el ovario fetal, si es trasplantado a una mujer en la edad fecunda, madurará en el nuevo organismo, y si se le coloca en condiciones tales que los óvulos por él producidos puedan ser fecundados, producirá hijos de la mujer de la cual el ovario procede, no de aquella en la cual ha sido trasplantado”.⁷⁹

Basándonos en un conocimiento más preciso de las leyes de la genética y de los dinamismos fisiológicos de la fecundación, y estando más atentos que en el pasado a los complejos significados antropológicos del engendrar, actualmente los bioeticistas católicos se expresan en general en sentido negativo. La *Carta de los operadores sanitarios* promueve activamente esta corriente, según la cual, “no todos los órganos se pueden donar desde el punto de vista ético. Del trasplante hay que excluir al encéfalo y a las gónadas, que aseguran la identidad personal y procreativa de la persona, respectivamente. Se trata de órganos en los cuales toma cuerpo de manera específica la unicidad inconfundible de la persona, que la medicina está obligada a proteger”.⁸⁰

Salvatore Privitera afirma que no es lícito, ni puede serlo nunca, trasplantar órganos que interfieren en la identidad única e irrepetible de la persona, como sucede —por diversos motivos— con los órganos genitales y cerebrales, y explica: “Interferir en la identidad fisiológica del aparato genital con un trasplante de testículos, por ejemplo, plantea de inmediato el problema de la identidad genética de X y de sus

descendientes: ¿serían hijos de X, genéticamente hablando, o de Z, que fue quien donó los órganos genitales? Y este tipo de cruce genérico, ¿será totalmente inocuo para las generaciones futuras o resultará como una bomba activada que, andando el tiempo, provocará graves consecuencias, irreparables e incontrolables?”⁸¹

Por su parte, Mons. Elio Sgreccia afirma que el trasplante de gónada se habría de considerar “como una amenaza para la identidad biológica y psicológica del sujeto receptor y de sus descendientes. La prohibición es todavía más clara si el trasplante se hiciera sencillamente para curar al órgano y no a todo el individuo; es decir, simplemente para tener unos ovarios o unos testículos normales, y ya no enfermos, y garantizar así la fertilidad. En este caso no se trataría de un trasplante para salvar la vida del sujeto (como ocurre con el riñón, el corazón, etcétera), sino simplemente para curar la infertilidad, razón que no justifica un trasplante que comportaría luego el perturbar la identidad biológica de los descendientes”⁸²

A nuestro juicio, el problema fundamental para aceptar el trasplante de gónadas como terapia de la fertilidad “está constituido —como lo sintetiza muy bien S. Leone— por la presencia de los caracteres genéticos del *donador*... que de este modo se insertarían en otro individuo, creando una situación en cierto modo análoga a la de la inseminación heteróloga”⁸³

La procreación humana es auténticamente humana porque en ella están implicadas todas las dimensiones de la persona, físicas, psíquicas y espirituales. Se engendra con el cuerpo, pero también con el intelecto y con la voluntad, con el deseo y con la acogida. Engendrando una nueva vida en el contexto del amor conyugal y de los gestos que lo significan, los esposos dan el ser a una criatura libre, inscrita, a través de ellos, en una red de relaciones existenciales que son indispensables para un desarrollo armónico y equilibrado del hijo. En las técnicas de tipo heterólogo, bien se sirvan éstas de gametos para la fecundación extracorpórea o para maternidades de alquiler o incluso de injertos y de trasplantes gonádicos para lograr la producción de gametos maduros, la delicada articulación de las dimensiones físicas, psíquicas y en último término personales, queda fragmentada en una multiplicidad de aportaciones y de relaciones que oscurecen el sentido humano de la procreación y su vínculo original con el amor encarnado de los esposos,

cuyo fruto y signo es el hijo.⁸⁴ En el trasplante homoplástico de gónadas la escisión entre genitorialidad genética y genitorialidad gestacional y psicológica, aunque atenuada por la posibilidad de un desenvolvimiento normal de la concepción y del embarazo, sigue siendo una herida abierta en la vida matrimonial, con repercusiones incluso a nivel de las relaciones intrafamiliares.

Es cierto que —contrariamente a lo que ocurre con las más difundidas técnicas de procreación asistida y artificial— la transmisión de la vida se actúa en conexión con los gestos propios del amor conyugal acompañados de un gozo sexual de profundas resonancias personales; pero, mirándolo bien, se trata sólo de un artificio más sutil. Engendrando mediante los gametos de una donadora, la mujer busca apagar el legítimo deseo de maternidad con una maternidad virtual, simulada en sus raíces, en la que la libertad de la procreación se decolora en el artefacto y la riqueza simbólica del engendrar, como posibilidad de abrirse a la donación de sí en el otro, se hace realidad apropiándose de las fuerzas generativas de otra mujer, resolviéndose finalmente en una íntima y frustrante negación de la verdad del ser madre. Análogamente, el hombre que engendra mediante los gametos que aportan el vestigio genético de otro, se expone a los efectos desestabilizadores de una inquietante e ilegítima injerencia en su espacio personal y se engaña pensando recrear artificialmente una conexión imposible entre su deseo de paternidad, implícito en la unión sexual, y la generación del hijo, entendida como proyección concreta y autónoma del Yo en cierto modo garantizada y permitida por la continuidad genética.

En el caso del trasplante de gónadas fetales así como en el de empleo de gametos derivados de gónadas fetales y fertilizados *in vitro*, a la objeción de fondo contra la heteróloga, se deben añadir tanto la posibilidad de que para satisfacer la demanda de trasplantes se promuevan los abortos, cuanto el peligro no irreal de graves repercusiones psicológicas en los hijos, causadas por el descubrimiento de haber nacido de una criatura que no ha nacido nunca, repercusiones mucho más graves que las previstas en el caso de donador vivo que pueden ser en cierto modo comparables a los problemas psicológicos vinculados con la adopción tradicional.⁸⁵

Como alternativa al uso de ovarios fetales, que se enfrenta a tan grandes objeciones y que ha sido juzgada “tan grotesca que resulta increíble”,⁸⁶

Michelle M. Seibel ha abogado recientemente por el uso de ovarios de cadáver, sin hallar diferencia alguna entre la donación de ovarios para usar como fuente de gametos y la donación de cualquier otro órgano, y proponiendo, por esto, que las personas incluyan en el *living will* la manifestación de la voluntad de donar sus ovarios *posmortem*; según ella, esto permitiría, entre otros factores, conocer la salud de la donadora antes de fallecer y la presencia de cualquier anomalía genética.⁸⁷

Existe, sin embargo, una diferencia sustancial —como hace notar C.B. Cohen en el artículo *Reproductive Technologies* de la *Encyclopedia of Bioethics*— entre la donación de órganos y la de gametos, “porque la donación de gametos implica el hacer disponible un factor esencial para dar a luz un niño; no es un salva-vida sino un dona-vida”.⁸⁸

Al evaluar la posibilidad ética de practicar tales intervenciones, será necesario, por tanto, tomar debidamente en cuenta los intereses de la prole futura y considerar cómo ni siquiera el recurrir a ovarios de cadáver permite librar a los hijos de las consecuencias devastadoras derivadas de saber que han sido engendrados con la aportación de una persona que ya no está; y esto, además, sin olvidar que la perspectiva de usar las gónadas de cadáver para engendrar hijos contradice a la percepción común del respeto debido al cadáver y a la concepción de la procreación como realidad enraizada en la relación interpersonal entre dos sujetos vivos.⁸⁹

Las reacciones de alarma, por parte del público y de la prensa, ante la propuesta de emplear fetos y cadáveres como donadores, llevaron a la *British Human Authority* a promover un amplio debate entre las partes interesadas y a publicar, en 1994, un estudio titulado *Donated ovarian tissue in embryo research and assisted conception: public consultation document*. El documento se inspira en un equilibrado pragmatismo y es coherente con la legislación inglesa, que admite las técnicas heterólogas y que permite ampliamente investigaciones y experimentos de dudosa admisibilidad ética: se afirma que el uso de óvulos obtenidos de fetos abortados para hacer a una mujer capaz de concebir es incorrecto y que, por tanto, tales procedimientos deben ser proscritos; respecto de la extracción de óvulos o de tejido ovárico de cadáver, el procedimiento es considerado lícito en general, pero por el momento no debería ser permitido; la única fuente permitida de gametos y tejidos ováricos para restablecer la fertilidad de mujeres estériles la constituyen donadoras

vivas y capaces de dar su consentimiento. El documento permite, de todos modos, investigaciones en óvulos o tejidos ováricos sin distinguir si proceden de donadoras vivas, de cadáveres o de fetos.⁹⁰

Aun siendo apreciable el intento de disciplinar una materia tan fluida, la solución propuesta parece comprometedor y elude el punto ético central. Aun dejando a un lado, en efecto, las muchas y no por todos reconocidas consecuencias negativas a nivel psicológico y social vinculadas con tales técnicas, el trasplante de gónadas con una finalidad procreativa, de cualquier modo que sea practicado y utilizando cualesquier fuente para las extracciones, se configura siempre, desde su misma intención, como negación del vínculo inseparable entre la relación interpersonal conyugal y la generación humana en sus múltiples dimensiones. El hecho de que el donador esté vivo o sea un feto o un cadáver, no cambia substancialmente el juicio moral sobre la irrupción de una realidad extraña en el proceso generativo, esté vehiculada ésta a través de un gameto masculino o femenino. Es justamente el olvido de esta verdad antropológica esencial lo que a menudo hace que la legislación civil en materia de procreación sea incierta en sus fundamentos racionales y, por tanto, esté debilitada en su autoridad y en su fuerza moralmente obligatoria. La conexión entre el don de la vida y el amor humano encarnado nos parece, en efecto, tan evidente que se impone al *razonamiento ético* de todos como un bien irrenunciable y primario. Y por esta razón, en el contexto de una ética pública, se debería contar, a nuestro juicio, entre los valores comunes compartidos y socialmente protegidos, sobre cuya trama es posible tejer nuestra existencia cotidiana de personas y de ciudadanos.

Referencias bibliográficas

¹ Se llama *trasplante libre o injerto* a un tejido u órgano apartado de las relaciones naturales y transportado a un lugar diverso del mismo organismo o en otro organismo; en el *trasplante con anastomosis* se efectúa, en cambio, una reconstrucción de los canales naturales (vasos, bronquios, uréter, etcétera). Respecto de la relación genética entre donador y receptor se habla de *autotrasplante* (un tejido o un órgano es trasladado de un lugar a otro del mismo organismo, por ejemplo, el tejido óseo para volver a soldar una fractura); *isotrasplante* (entre individuos genéticamente iguales; en la práctica, entre gemelos homocigotos); *alotrasplante* u *homotrasplante* (entre individuos genéticamente diversos, pero de la misma especie), y *xenotrasplante* o *heterotrasplante* (entre individuos de especies diversas, sobre todo de chimpancé y de cerdo al hombre).

- ² Una síntesis histórica y otra actual del tema pueden encontrarse en sendos artículos recientes, el primero sobre el trasplante de ovarios y el segundo sobre el trasplante de testículo: AUBARD, Y., TEISSER, M.P., BAUDET, J.H., *Greffess et transplantations ovariennes chez la femme: le point*, Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1993, 88: 583-590; BARTEN, E.J., NEWLING, D.W., *Transplantation of the testis: from the past to the present*, Int. J. Androl. 1996, 19: 205-211.
- ³ MORRIS, R.T., *The ovarian graft*, N. Y. Med. J. 1985, 62: 436.
- ⁴ J. Hunter trasplantó un testículo de gallo a la cavidad peritoneal de una gallina, mientras A.A. Berthold ofreció en 1849 la primera descripción cuidadosa de un trasplante testicular homosplástico, intuyendo la función endocrina de las gónadas. Cfr. JÖRGENSEN, C.B., *John Hunter, A.A. Berthold and origins of endocrinology*, Acta Hist. Sc. Nat. Med. 1971, 24: 1-54.
- ⁵ LESPINASSE, V.D., *Transplantation of the testicle*, J. Am. Med. Ass. 1913, 61: 1869-1870. Sobre este genial urólogo, véase: GRANT, J.A., *Victor Darwin Lespinasse: a biographical sketch*, Neurosurgery 1996, 39: 1232-1233.
- ⁶ STANLEY, L.L., *Experiences in testicle transplantation*, Calif. State J. Med. 1920, 18: 251-253; STANLEY, L.L., KELKER, G.D., *Testicle transplantation*, J. Am. Med. Ass. 1920, 74: 1501-1503; STANLEY L.L., *An analysis of one thousand testicular substance implantations*, Endocrinol. 1923, 7: 787-794.
- ⁷ SACERDOTE, A., JACHIA, A., *Innesto di testicolo da uomo a uomo secondo il metodo Voronoff*, Minerva Med. 1924, 15: 89-91.
- ⁸ Pienso sobre todo en el estudio de DARTIGUES, L., *De l'opothérapie empirique à l'endocrinothérapie chirurgicale*, Bar-sur-Aube: Lebois, 1925.
- ⁹ Para una presentación de estas discutidas teorías véase VORONOFF S., *Étude sur la vieillesse et la rajeunissement par la greffe*, París: Doin, 1926; ID., *Les sources renouvelées de la vie*, Nueva York: Brentano, 1947; DARTIGUES, L., *La greffe de révilisation humaine. Sa portée, son avenir, ses résultats*, París: Doin, 1925.
- ¹⁰ Steinach proponía ligar los deferentes, Doppler propuso la fenolización de las fibras vasomotrices del cordón espermático y Leriche, una resección cuneiforme del testículo, siempre con la idea de que la vasodilatación consecuente a las intervenciones pudiera tener efectos benéficos sobre el trofismo testicular. Hoy la investigación de la eterna juventud se está dirigiendo a las presuntas dotes rejuvenecedoras de la DHEA (dehidroepiandrosterona), promocionadas por E.E. Beaulieu, o últimamente de la *melatonina*, hormona epifisaria implicada en la maduración sexual y en los biorritmos del organismo, propuesta como "hormona milagro" por W. Pierpaoli. Cfr. PIERPAOLI, W., REGELSON, W., *Melatonin miracle*, Nueva York: Simon & Schuster, 1995.
- ¹¹ La compleja vicisitud judicial la expone con una amplia documentación GEMELLI, A., *Sulla liceità di cedere un organo per trapianto omoplastico*, Scuola Catt. 1934, 62: 300-311.
- ¹² También las intervenciones de injerto heteroplástico se vinculan conceptualmente con los intentos terapéuticos de Ch. E. Brown-Séquard (1817-1894): en 1889 el ilustre fisiólogo propuso y experimentó en sí mismo la inyección subcutánea de extractos acuosos de testículo de conejillo de Indias y de perro, persuadido de que podrían generar una imprecisa *fuera nerviosa*, pero los resultados que reportaba se debían a la sugestión, incluso porque la testosterona no es hidrosoluble. Cfr. HOBBERMAN, J.M., YESALIS, C.E., *La storia del testosterone*, Le Scienze 1995, 54 (320): 72-79.
- ¹³ VORONOFF, S., *Quarante-trois greffes da singe à l'homme*, París: Doin, 1924; VORONOFF, S., ALEXANDRESCU, G., *Testicular grafting from ape to man*, Londres: Brentano, 1929; DARTIGUES, L., *Technique chirurgicale des greffes testiculaires de singe à l'homme (d'après la méthode de Voronoff)*, París: 1923.

Sobre toda esta cuestión véase el interesante estudio histórico de: HAMILTON, D., *The monkey gland affair*, Londres: Chatto and Windus, 1986.

¹⁴ KIRPATOWSKY, I.D., *Allotransplantation of the testicle and of the hypophysis*, en WAGENKNECHT, L.V. (ed.), *Microsurgery in urology*, Stuttgart: Georg Thieme, 1985: 207-214; KIRPATOWSKY, I.D., GORBATIUK, D.L., *Transplantation of immature allogenic testis*, Kirurgija 1990, 6: 103-106.

¹⁵ ZHAO, G.X., *Homotransplantation of testis. A report of 11 cases*, Chin. Med. J. Engl. 1993, 106: 907-910. De los 11 casos, ocho estaban afectados de displasia testicular y tres de orquiatrofia postorquítica; los testículos fueron extirpados de cadáveres (tres) y de vivos consanguíneos de los receptores (ocho). Los signos de hipogonadismo se atenuaron mucho, la testosterona sérica creció, la relación sexual fue posible y en tres casos se encontraron espermatozoides en el semen. Se está intentando incluso el trasplante de células de Leydig aisladas, con restablecimiento de la sola hormonogénesis: GAO, X. et al., *Allotransplantation of cryopreserved human Leydig cells*, Transplant. Proc. 1994, 26: 3490.

¹⁶ Cfr. GALLAGHER, A.C., CHAMBERS, T.J., TOBIAS, J.H., *Distinct effects of ovarian transplantation and exogenous 17 beta-oestradiol on cancellous bone of osteoponic ovariectomized rats*, Eur. J. Endocrinol. 1995, 133: 483-488; TOBIAS, J.H., CHAMBERS, T.J., GALLAGHER, A., *The effects of ovarian transplantation on bone loss in ovariectomized rats*, J. Endocrinol. 1994, 142: 187-192.

¹⁷ Véase sobre este punto: BARTEN, NEWLING, *Transplantation...*, pp. 207-209.

¹⁸ ANTONELLI, G., *Medicina Pastoralis*, III, Roma: Pustet. 1932: 93 (la traducción es nuestra).

¹⁹ La evolución del pensamiento católico en materia de trasplantes, hasta su justificación con base en el *principio de caridad*, está ilustrada con abundancia de referencias en la tesis publicada: BATAZZI, F., *Moralità del trapianto renale*, Roma: Pont. Un. Lateranense, 1969.

²⁰ VORONOFF, S., *Du crétin au génie*, París: Doin, 1946: 214. Análogas apologías en DARTIGUES, *La greffe...*, p. 200; ID., *Le renouvellement de l'organisme*, París: Doin, 1928: 303-304.

²¹ SCHIAVINI, G., *Voronoffiana*, Scuola Catt. 1927, 55: 276-280; En la p. 279 se lee: "El hombre que cede una glándula sexual a otro hombre experimenta en sí mismo una especie de mutilación: se produce en él una semi-esterilización. Por lo menos, todos concederán que este hombre está disminuido en su facultad generativa. Pues si es cierto, como enseñan los médicos, que estas glándulas tienen influencia incluso en lo que es el bienestar general del individuo, se habrá de admitir también que alguien que se ofrece a esta operación se expone a esos mismos peligros contra la salud, de los cuales él, con su acto, hace de tal manera que sea librada la parte receptora".

²² SCREMIN, L., *Dizionario di morale professionale per i medici*, Roma: Studium, 1954: 275.

²³ NIEDERMEYER, A., *Compendio di Medicina Pastorale*, Turín: Marietti, 1955: 363-364. La cuestión es ampliamente tratada por el autor en ID., *Handbuch der Speziellen Pastoralmedizin*, Viena: Herder, 1951: 104-115.

²⁴ PAQUIN, J., *Morale e Medicina*, Roma: Orizzonte Medico, 1958: 234.

²⁵ FOÀ, C., *I trapianti di organi e di tessuti*, en ROSSI, G. (coord.), *Cento problemi di coscienza*, Asís: Cittadella, 1960: 140. "La objeción (contra la licitud) no es válida cuando -como es obligado hacer- la glándula es colocada en una posición del cuerpo tal que se excluya cualquier posibilidad de secreción externa por su parte" (cfr. RIZZO, C., *Trapianti*, en ROBERTI, F., PALAZZINI, P. (coord.), *Dizionario di Teologia Morale*, I, Roma: Studium, 1968: 829).

²⁶ PEETERS, H., *Manuale Theologiae Moralis*, Turín-Roma: Marietti, 1962: 212, la traducción es nuestra. Iorio, refiriéndose explícitamente a Antonelli, condenaba con diversas razones cualquier trasplante al modo de Voronoff, tanto de hombre como de animal, operado por

cualquier finalidad (rejuvenecedora, eugenésica, hormonoterápica, etcétera). Cfr. IORIO, TH. A., *Theologia Moralis*, Nápoles: D'Auria, 1960: 112.

²⁷ La ley italiana excluye la donación de glándulas sexuales tanto de vivo como de cadáver. El Decreto presidencial 5.2.1970, n. 78 proporcionaba una lista de las partes de cadáver que se podían extirpar, incluidas las glándulas exocrinas y endocrinas, pero no las gónadas. La ley n. 644 del 2.12.1975 y el sucesivo reglamento del 16.6.1977 n. 409 excluía del trasplante sólo al encéfalo y las glándulas de la esfera genital y de la procreación (art. 1), pero los motivos de la exclusión no son fácilmente intuibles. Bompiani afirma que se trata *probablemente* de “razones de fondo, connaturales a los principios de nuestro ordenamiento, por las cuales el trasplante de aquellos órganos se ha de considerar contrastante con el principio constitucional de la dignidad humana”. Cfr. BOMPIANI, A., *La revisione della legge 644/1975 concernente la disciplina dei prelievi da cadavere ai fini di trapianto terapeutico*, en BOMPIANI, A., SGRECCIA, E. (coords.), *Trapianti d'organo*, Turín: Vita e Pensiero, 1989: 103.

²⁸ GEMELLI, *Sulla liceità...*, p. 311.

²⁹ Para muchos autores católicos la dudosa utilidad terapéutica de los trasplantes de gónadas es motivo de ilicitud (pero están pensando en la extirpación *ex vivo*, en la que la mutilación no está en proporción con los beneficios para el receptor). “*Idem dicendum de glandulis sexualibus: non enim ita inseri potest, ut homo facultate generandi privatus hanc recipiat, neque proprie vitam prolongat, sed solum secretio interna (hormona) per modicum tempus fortior evadit, quod etiam aliis mediis obtineri potest*”, “Lo mismo hay que decir de las glándulas sexuales: pues no se puede insertar de tal manera que el hombre, privado de su facultad de engendrar, la reciba, ni propiamente prolonga la vida, sino sólo hace que se fortalezca la secreción interna (hormona), lo cual fácilmente se puede obtener por otros medios” (cfr. NOLDIN, H., SCHMITT, A., *Summa Theologiae Moralis*, Innsbruck: Pustet, 1926: 315).

³⁰ Mons. Chiavacci subordina justamente el juicio de licitud al respeto de la integridad personal del receptor y considera lícitos estos trasplantes precisamente porque considera que no inciden en la integridad del receptor, como se evidencia por algunas afirmaciones de su conocido tratado: “Fuera de este caso (del trasplante de cerebro), no vemos cómo otros trasplantes podrían ser juzgados inmorales: los trasplantes que podrían influir en el equilibrio hormonal no parece que tengan que alterar la personalidad más que muchos fármacos hormonales”; “(el trasplante de testículo) no debería tener efectos profundamente alteradores sobre la personalidad del receptor” (cfr. CHIAVACCI, E., *Morale della vita fisica*, Bolonia: Dehoniane, 1979: 80-81).

³¹ Cfr. ANTONELLI, *Medicina pastoralis...*, p. 93. El italiano N. Pende (1880-1970) llevó a cabo importantes estudios en el campo de la endocrinología (entre otras cosas propuso, en 1912, la expresión *glándula endocrina*) y de la medicina constitucional, introduciendo la noción de *biotipo*, en el que, junto con el patrimonio hereditario y los componentes somáticos, psíquicos e intelectivos, se da un notable relieve a los *factores dinámico-humorales* o endocrinos en la configuración de las diversas personalidades humanas (cfr. PENDE, N., *La scienza moderna della persona umana*, Milán: Garzanti, 1949).

³² Estudios en torno a los efectos de xenotrasplantes de núcleo supraquiasmático del hipotálamo anterior en los *ritmos circadianos* específicos de la especie, demuestran que el receptor presentaba los ritmos típicos de la especie del donador. Cfr. LEHMAN, M.N. et al., *How do fetal grafts of the suprachiasmatic nucleus communicate with the host brain?*, Cell Transplant. 1995, 4: 75-81; SOLLARS, P.J., KIMBLE, D.P., PICKARD, G.D., *Restoration of circadian behavior by anterior hypothalamic heterografts*, J. Neurosci. 1995, 15 (2): 2109-2122. No resulta fácil extrapolar estos datos a la especie humana, pero se trata de resultados que hacen pensar.

³³ “El problema moral no se plantea en el trasplante de órganos no ejecutivos, sino estructuralmente vinculados con la identidad biológico-procreativa del sujeto. Tal el caso... de los órganos

genitales (ovarios, testículos) o incluso de glándulas de gran relevancia para el equilibrio hormonal y biopsicológico del sujeto, como la hipófisis... Por lo que concierne a las gónadas y los órganos ligados a la reproducción -aparte la necesidad clínica y la utilidad práctica del trasplante terapéutico (es decir, dirigido a salvar la vida de quien recibe el trasplante), necesidad y utilidad que de ningún modo son evidentes-, me parece que esta práctica se debería considerar como una amenaza para la identidad biológica y psicológica del sujeto receptor y de sus descendientes” (SGRECCIA, E., *Manual de bioética. I. Fundamentos y ética biomédica*, México: Diana/U. Anáhuac, 1996: 570-571).

³⁴ Sobre la cuestión ética de los xenotrasplantes, véase MCCORMICK, R., *Was there any real hope for baby Fae?*, *Hast. Cent. Rep.* 1985, 15 (1): 12-13; MONTINI, P., *Baby Fae: frammenti etici su un eterotrapianto*, *RTM* 1985, 17: 91-109; TALLACCHINI, M., *Etica e xenotrapianti. Un primo approccio*, *Vita e Pensiero* 1997, 80: 577-593.

³⁵ “En uno y otro caso no se podría buscar, si acaso, sino intentar practicar una opoterapia por injerto; esto es, valerse de la función endocrina de las gónadas” (FOÀ, I *trapianti...*, p. 136).

³⁶ RIZZO, *Trapianti...*, p. 828.

³⁷ Pío XII, *A los delegados de la Asociación italiana de donantes de córnea y de la Unión italiana de ciegos* (14 de mayo de 1956), *AAS* 1956, 48: 460. “*Licent transplantationes heterologae seu ab animalì ad hominem... nisi eis habeatur quid indecens et inmorale, ut habeatur in trasplantatione glandularum sexualium a bruto in rationale*”, “Son lícitos los trasplantes heterólogos, esto es, de animal a hombre..., a no ser que en el trasplante de las glándulas sexuales de un ser bruto a un ser racional se dé algo indecente o inmoral” (cfr. ZALBA, M., *Theologiae Moralis Compendium*, Madrid: BAC, 1958: 859).

³⁸ PAQUIN, *Morale...*, p. 236. El juicio sobre el xenotrasplante de primate a hombre sería ciertamente muy diverso si fuera posible la fecundación interespecífica y se pudiera dar, por tanto, la generación de horribles quimeras. Si entendemos bien, la exclusión absoluta de los xenotrasplantes por parte de Mons. Chiavacci y de otros está motivada precisamente por la hipótesis de que fuesen fecundos: “(El heterotrasplante de glándulas sexuales constituye en cambio —previsiblemente— un grave atentado contra la humanidad misma... de la prole eventual y, en el estado actual de la investigación, debe considerarse absolutamente ilícito” (CHIAVACCI, *Morale...*, p. 81).

³⁹ HÅRING, B., *Etica medica*, Roma: Paoline, 1972: 228. Cfr. ID., *La legge di Cristo*, Brescia: Morcelliana 1963: 275.

⁴⁰ VIDAL, M., *Manuale di etica teologica*, Asís: Cittadella, 1995: 843-844 (el texto dice *aloplásticos*, en lugar de heteroplásticos, pero es un *lapsus* evidente).

⁴¹ CICCONE, L., *Salute & mattia. Questioni di morale della vita fisica*. II, Milán: Ares, 1986: 221.

⁴² O'DONNELL, TH.J., *Medicine and Christian Morality*, Nueva York: Alba House, 1975: 106-107 (la traducción es nuestra).

⁴³ Si no entendemos mal, nuestra posición recalca *formalmente* la del cardenal Palazzini que niega la licitud de los xenotrasplantes gonádicos con base en motivaciones contingentes. “Aparte los fracasos, se ha de considerar el fin al que tiende la operación y no se puede justificar el riesgo” (cfr. PALAZZINI, P., *Il problema...*, p. 5).

⁴⁴ RUSSO, G., *Le nuove frontiere della bioetica clinica*, Leumann (Turín): Elle Di Ci, 1996: 31-32. Cfr. PUCA, A., *Modificazione della personalità nei trapiantati cardiaci. Esiti psicologici e implicazioni etiche e assistenziali*, *Medicina e Morale* 1992, 42: 87-97.

⁴⁵ Recordemos por ejemplo un caso de ovario-salpingitis adhesiva descrito por R.T. Morris en el que la transferencia intratubárica de un fragmento ovárico autoplástico permitió la concepción, seguida sin embargo de aborto en el tercer mes (cfr. MORRIS, *The ovarian...*); en otro caso

también de Morris, el embarazo siguió a un trasplante homoplástico con tejido ovárico obtenido de una paciente durante una operación por prolapso uterino (que no induzca a error la expresión *heteroplástico* del título). Cfr. ID., *A case of heteroplástico ovarian grafting, followed by pregnancy, and the delivery of a living child*, Med. Record 1906, 69: 697-698.

Al final de este último artículo, Morris reivindica la prioridad (1895) respecto de Chrobach y Knauer (1896) en lo referente al trasplante de ovario.

⁴⁶ ABAURD, Y., TEISSIER, M.P., BAUDET, J.H., *La cryoconservation d'ovaire et de tissu ovarien*, Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1994, 89: 192-197.

⁴⁷ TUFFIER, T., *Étude chirurgicale sur 230 greffes ovariennes*, Bull. Acad. Med. 1921, 86: 99-105.

⁴⁸ PARKES, A.S., SMITH, A.U., *Regeneration of a rat ovarian tissue grafted after exposure to low temperature*, Proc. Roy. Soc. 1953, 14: 455-470.

⁴⁹ PARKES, A.S., *Viability of ovarian tissue after freezing*, Proc. Roy. Soc. 1957, 147: 520-528; ID., *Factors affecting the viability of frozen ovarian tissue*, J. Endocrinol. 1958, 17: 337-340.

⁵⁰ CHEN, C., *Pregnancy after human oocyte cryoconservation*, Lancet 1986, 1: 884-886.

⁵¹ CARROL, J., *Development of oocyte banks and systems for the in vitro development of oocytes: future directions for the treatment of infertility*, Hum. Reprod. 1996, 11 Supp. I: S156-S168 (discussion: S169-S171).

⁵² GOSDEN, R.C., *Restitution of fertility in sterilized mice by transferring primordial ovarian follicles*, Hum. Reprod. 1990, 5: 117-122; GOSDEN, R.G., BOULTON, M.I. GRANT, K. et al., *Follicular development from ovarian xenografts in SCID mice*, J. Reprod. Fertil. 1994, 101: 619-623.

⁵³ CARROLL, J. et al., *Extra-ovarian production of mature viable mouse oocytes from frozen primary follicles*, J. Reprod. Fertil. 1990, 90: 321-327.

⁵⁴ Los éxitos obtenidos en términos de embarazos usando técnicas de microanastomosis en el trasplante de ovarios en conejos por el grupo de R. Dejean y por el de C.J. Green, llevaron al Prof. Wood, en un editorial que acompañaba a los trabajos, a imaginar una amplia utilización del trasplante ovárico en el tratamiento de la esterilidad, concluyendo que "a pesar de las dificultades vinculadas con el trasplante ovárico y tubárico, los artículos presentes en la revista han dado una aportación positiva. Se puede garantizar un cauto optimismo en la esperanza de que el próximo decenio encontrará algunas aplicaciones prácticas de estas técnicas en el hombre" (cfr. WOOD, C., *Ovarian transplantation*, Br. J. Obstet. Gynaecol. 1982, 89: 597; la traducción es nuestra).

⁵⁵ CARROLL, J., GOSDEN, R.G., *Transplantation of frozen-thawed mouse primordial follicles*, Hum. Reprod. 1993, 8: 1163-1167; COX, S.L., SHAW, J., KENKIN, G., *Transplantation of cryopreserved fetal ovarian tissue to adult recipients in mice*, J. Reprod. Fertil. 1996, 107: 315-322.

⁵⁶ RUSSELL, W.I., PATRICIA, M., DOUGLASS, P.M., *Offspring from Unborn Mother*, Proc. Nat. Acad. Sci. 1945, 31: 402-404. Cfr. ID., *Transplantation of ovaries*, J. Ame. Med. Ass. 1948, 137: 756.

⁵⁷ SEIBEL, M.M., *Cadaveric ovary donation*, en SEIBEL, M.M., CRICKIN, S.L., *Family building through egg and sperm donation. Medical, legal, and ethical issues*, Sudbury (Mass.): Jones and Bartlett, 1996: 30 (publicado originalmente en N. Engl. J. Med. 1994, 330: 796).

⁵⁸ En los túbulos seminíferos del varón postpúber una población de células estaminales diploides, llamadas *espermatogonios*, experimenta un incesante recambio y produce células hijas que inician un complicado proceso de diferenciación, a cuya realización concurren las *células de Sertoli* y que lleva hasta el espermatozoide maduro. Por esto, una vez repoblados los túbulos

seminíferos del receptor con los espermatogonios de un donador, se pone en marcha una actividad espermatogénica continua.

⁵⁹ AVARBOCK, M.R., BRINSTER, C.J., BRINSTER, R.L., *Reconstitution of spermatogenesis from frozen spermatogonial stem cells*, Nat. med. 1996, 2: 693-696; RUSSELL, L.D., BRINSTER, R.L., *Ultrastructural observations of spermatogenesis following transplantation of rat testis cells into mouse seminiferous tubules*, J. Androl. 1996, 17: 615-627; BRINSTER, R.L., ZIMMERMANN, J.W., *Spermatogenesis following male germ-cell transplantation*, Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1994, 91: 11298-11302.

⁶⁰ La expresión “*the start of a paradigm shift in reproductive biology*” se encuentra en SDER, O., *Male germ cell transplantation*, Eur. J. Endocrinol. 1997, 136: 41-42. Véanse las potenciales consecuencias del descubrimiento en DYM, M., *Spermatogonial stem cells of the testis*, Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1994, 91: 11287-11289.

⁶¹ HAGE, J.J., *Cross-sexual transplantation of human gonads in transsexuals*, Plast. Reconstr. Surg. 1994, 94: 564-565; LEE, et al., *Transplantation of reproductive organs*, Microsurgery 1995, 16: 191-198; XIA, Z.J. et al., *The application of human ovaries and testes cross-sex transplantation in sex reassignment of transsexuals* (letter), Plast. Reconstr. Surg. 1995, 95: 201-207; ZHAN, B.Y. et al., *Advances of homotransplantation of testes in China*, Chin. Med. Jour. 1993, 106: 486-488.

⁶² Sobre las nuevas técnicas microquirúrgicas, con atención al restablecimiento de la fertilidad, véase ROSLEIN, R., *Experimental approaches towards testicular autotransplantation*, Eur. J. Pediatr. 1993, 152, Supp. 2: S47-49.

⁶³ BAHADUR, G., STEELE, S.J., *Ovarian tissue cryopreservation for patients*, Hum. Reprod. 1996, 11: 2251-2216; NEWTON, H. et al., *Low temperature storage and grafting of human ovarian tissue*, Hum. Reprod. 1996, 11: 1487-1491.

En el varón que se encuentre en las mismas condiciones, con veinte años de edad por lo menos, se procede a la recolección y criopreservación del semen antes de la intervención potencialmente citotóxica: STEEL, S.J. et al., *Sperm banking*, Ass. Reprod. Rev. 1995, 5: 115-119.

⁶⁴ SHAW, J.M. et al., *Fresh and cryopreserved ovarian tissue samples from donors with lymphoma transmit the cancer to graft recipients*, Hum. Reprod. 1996, 11: 1668-1673.

⁶⁵ Incluso el padre Peeters -en la perspectiva de una fisiología un poco arcaica- se preguntaba “*utrum consaguinitas physiologica oriatur ex testiculo an non potius ex toto corpore et sanguine*”, “Si la consanguinidad fisiológica se origine del testículo y no más bien de todo el cuerpo y la sangre” (PEETERS, *Manuale...*, p. 212).

⁶⁶ Según las tesis neolamarckianas, los caracteres adquiridos son hereditarios porque existe la posibilidad de que el *soma* genitorial, modificado por la interacción con el ambiente, influya en las *células germinales*. La independencia de las células germinales del *soma* fue elegantemente probada por Castle y Phillips recurriendo, entre otras cosas, a homotrasplantes de ovario en conejillos de Indias con piel de diverso color y verificando que el color de la progenie dependía del color de la madre genética y no de la *portadora*. Cfr. CUNOT, L., *Le transformisme*, París: Vrin, 1928.

⁶⁷ La teoría de la *continuidad del plasma germinal* fue emitida por M. Nussbaum (1880) al polemizar con el renaciente lamarckismo, para reivindicar la continuidad y la relativa independencia de las células de la línea germinal (conteniendo la totalidad del *idioplasma*) respecto de las de la línea somática (conteniendo sólo los *determinantes* propios de cada tipo celular). Véase: BOUNOURE, L., *L'origine des cellules reproductrices et le problème de la lignée germinale*, París: Gauthier-Villars, 1939. La teoría, debidamente actualizada, mantiene todavía hoy una validez interpretativa (cfr. MONTALENTI, G., *Introduzione alla genetica*, Turín: UTET, 1971: 8-13).

⁶⁸ GREEN, S.H., SMITH, A.U., ZUCKERMAN, S., *The number of oocytes in ovarian autografts after freezing and thawing*, J. Endocrinol. 1956, 13: 330-345; PARKES, SMITH, *Regeneration...*

⁶⁹ SCREMIN, *Dizionario...*, p. 277; cfr. PAQUIN, *Morale...*, p. 234, nota 2. Se alude a la teoría de la *continuidad del plasma germinal* (véase arriba, nota 43).

⁷⁰ HEALY, E.F., *Medicina e morale*, Roma: Paoline, 1958: 184-185.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² *Ibid.*, pp. 340-341.

⁷³ MARCOZZI, V., *Trapianti d'organo*, Civiltà Cattolica 1971, 122(1): 341. Tiene razón el autor al distinguir la fecundación intracorpórea de ovocitos pertenecientes a un ovario donado, y la fecundación *in vitro*, pero se mantiene la objeción mucho más grave de la forma heteróloga de la concepción.

⁷⁴ BLÁZQUEZ, N., *Bioética fundamental*, Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1996: 415.

⁷⁵ *Ibid.*, pp. 509-510.

⁷⁶ CHIAVACCI, *Morale...*, pp. 80-81. Parece que Mons. Chiavacci entiende aquí la expresión “daño” en sentido estrictamente biológico y, bajo este punto de vista, un trasplante fecundo no provoca “daño” ni a la prole ni al progenitor aparente; pero el procrear humano tiene muchos otros aspectos además del biológico y el eventual “daño” debe ser valorado considerando el *bonum humanum* de la procreación de manera global.

⁷⁷ En relación con el mensaje genético en cuanto tal, no deberían subsistir dudas sobre la imposibilidad de que el ambiente del receptor pueda influir (por lo menos de forma significativa) en el patrimonio genético contenido en los gametos trasplantados. No se pueden excluir futuros avances en este sentido, facilitados por un más detallado conocimiento de la genética, pero las hibridaciones que se han observado en otros trasplantes homoplásticos no se deberían a alteraciones de las células parenquimatosas, sino más bien a la invasión del trasplante por parte de los linfocitos del huésped. (Cfr. STARZL, T.E. et al., *Chimerism and donor specific nonreactivity 27 to 29 years after kidney allotransplantation*, Transplant. 1993, 55: 1272-1277.

⁷⁸ ANTONELLI, *Medicina pastoralis...*, p. 93 (la traducción es nuestra).

⁷⁹ FOÀ, C., *I trapianti di organi e di tessuti*, en ROSSI, G. (coord.), *Cento problemi di coscienza*, Asís: Cittadella, 1960: 139-140.

⁸⁰ PONTIFICIO CONSEJO DE LA PASTORAL PARA LOS OPERADORES SANITARIOS, *Carta de los operadores sanitarios*, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1994, n. 88. La *Carta* distingue entre identidad personal, vinculada con la funcionalidad del encéfalo, e identidad procreativa, vinculada con la gametogénesis. Existe indudablemente una relación entre trasplante de cerebro y trasplante de gónadas, pero suenan un poco apresuradas algunas afirmaciones de Zago, según el cual, “las gónadas son el lugar efectivo de la identidad personal”, por lo que una discusión sobre el trasplante de gónadas se resolvería filosóficamente en la discusión sobre el trasplante de cerebro: ZAGO, G., *La riflessione filosofica*, Bioetica e Cultura 1996, 5: 32.

⁸¹ PRIVITERA, S., *Azione moralmente obbligatoria?*, Bioetica e Cultura 1996, 5: 47.

⁸² SGRECCIA, *Manual...*, p. 571. La opinión de Mons. Sgreccia es citada como representativa de la posición católica por P. Picozza, según el cual, “la defensa de la identidad personal, por lo menos en los descendientes, hace ilícito este tipo de trasplantes”: PICOZZA, P., *Trapianti e trasfusioni. II. Diritto canonico*, en PARADISI, B. (coord.), *Enciclopedia giuridica*, Roma: Poligrafico dello Stato, 1994: 10; cfr. BOMPIANI, A., *Bioetica dalla parte degli ultimi*, Bologna: Dehoniane, 1995: 472, nota 25.

⁸³ LEONE, S., *Etica*, Milán: McGraw Hill Italia, 1993: 193; cfr. ID., *Lineamenti di Bioetica*, Palermo: Medical Books, 1987: 182-183.

⁸⁴ Véase CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción "Donum Vitae"* (2.2.1987) Acta Apostolicae Sedis 1988, 80: 87-89.

⁸⁵ El Prof. Berkowitz, favorable en general a este procedimiento, responde puntualmente a todas las posibles objeciones (anomalías genéticas de los óvulos, sustracción de los mismos a los mecanismos de selección naturales, repercusiones emotivas), excluida obviamente -para nosotros esencial- la de la *heterología*: BERKOWITZ, J.M., *Mummy was a fetus: motherhood and fetal ovarian transplantation*, J. Med. Ethics 1995, 21: 298-304.

⁸⁶ KOLATA, G., *Fetal ovary transplant is envisioned*, The New York Times 1994, 6 de enero: A 16.

⁸⁷ Sibel parece no ver objeción moral alguna a su propuesta y concluye escribiendo: "*In my opinion, using ovaries from a person who has given her consent to egg donation before her death would accomplish the objective of making additional eggs available without stretching existing boundaries of acceptable and standard medical practice*" (SEIBEL, *Cadaveric ovary donation...*, p. 30).

⁸⁸ COHEN, C.B., *Reproductive technologies: ethical issues*, en REICH, W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York: Mc Millan-Schuster, 1995: 2238.

⁸⁹ "*Children develop their identity and self-understanding, in part, through their relationships with their biological parents. Consequently, they might face serious psychological and social harm if one of their biological parents were a cadaver. Indeed, this concern amounts to a central social concern as well, in that the prospect of using gametes derived from the newly dead in order to create children endangers our perception of the respect due to the dead human body and our view of procreation as ideally grounded in an interpersonal relationship between living persons*" (*Ibid.*).

⁹⁰ BRITISH HUMAN FERTILISATION AUTHORITY, *Donated ovarian tissue in embryo research and assisted conception: public consultation document*, Londres 1994: 4. Documento que suscitó no pocas reacciones: FLETCHER, D., *Aborted fetuses cannot be used to help childless*, Daily Telegraph, 21 July 1994, 7; HOLT, E., MADDISON, J., SIDEBOTHAM, M., *Views on donated ovarian tissue*, Lancet 1994, 344: 824-825; LAURANCE, J., *Ban on using foetal ovaries to treat childless*, The Times, 21 July 1994, 6; MILLER, W., *British debate: does fertility science break "natural law"?*, Boston Globe, 9 January 1994, 2; SMITH, D., *Life and morality. Contemporary medico-moral issues*, Dublin: Gill & MacMillan, 1996: 68-70.

La asesoría genética antes del diagnóstico prenatal: una obligación deontológica*

Angelo Serra**

Resumen

El diagnóstico prenatal ha acabado por imponerse en la práctica médica como un análisis indispensable para comprobar la presencia de malformaciones embrio-fetales más o menos graves, y la existencia en el feto —o en el embrión incluso antes de la implantación— de condiciones genéticas a las que están asociadas graves enfermedades o síndromes. Hoy está claramente reconocido por documentos oficiales que la ejecución del diagnóstico prenatal debe ir precedida siempre de una asesoría genética, y que ésta tiene las características y el valor de un verdadero acto médico. En realidad, la asesoría pre-diagnóstico sirve para que el médico tenga la oportunidad de: 1. establecer si existe o no una “indicación” para el diagnóstico prenatal; 2. decidir sobre la efectiva “factibilidad” del diagnóstico prenatal; 3. proporcionar a la mujer y, mejor aún, a la pareja, de modo comprensible, toda la información necesaria para que la decisión de ejecutar o no el diagnóstico prenatal, decisión estrictamente personal, sea plenamente “informada” y “libre”; 4. preparar y acompañar a los solicitantes en el inquietante interrogatorio sobre las circuns-

* Intervención en el III Curso Residencial de Genética, Universidad de los Estudios “G. D’Annunzio”, Chieti (Italia), del 30 de mayo al 1º de junio de 1996.

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

tancias que se podrán presentar después de tener el resultado, y para tomar eventuales decisiones una vez que se conozca éste. Como cualquier acto médico, la asesoría genética exige preparación, una continua actualización y una seria responsabilidad, la cual impone prestar atención a todos los aspectos deontológicos y éticos, particularmente los implicados en el diagnóstico prenatal.

El diagnóstico prenatal, incluido también el de preimplantación, tanto por procedimientos invasivos como no invasivos, se ha impuesto en la práctica médica como un análisis indispensable para comprobar la presencia o no de graves malformaciones em-brio-fetales, y la existencia de condiciones genéticas en el embrión o en el feto a las que seguiría, tarde o temprano, la manifestación de serias y graves enfermedades o síndromes.

Ciertamente la medicina ha dado un gran paso en los últimos veinticinco años, favorecido, por una parte, por los avances científicos, sobre todo en los campos de la patología por factores ambientales, de la citogenética y de la genética molecular; y, por otra, por el desarrollo tecnológico, particularmente en las áreas de la ultrasonografía y de las técnicas diagnósticas. Sin embargo, es un logro que, por su misma naturaleza, implica responsabilidades particulares por parte del médico y por parte de los que recurren a él.

La información

Una exigencia esencial para responder a tales responsabilidades —exigencia pasada por alto con bastante frecuencia— es la información que hay que proporcionar a quienes solicitan —espontáneamente o por indicación— un diagnóstico prenatal, para que sus decisiones sean tomadas con conocimiento de causa y vayan precedidas por un consentimiento informado. Esta información constituye la parte fundamental de la llamada asesoría genética.

La obligatoriedad de esta asesoría ya se había reconocido en la Primera Reunión Internacional sobre el Diagnóstico Prenatal celebrada en Val David (Quebec) en 1979. En la Sección 8, *Recommendaciones y conclusiones*, se afirmaba claramente: “*Las mujeres sometidas al proceso de amniocentésis deben ser advertidas durante la sesión de consejo genético (la cual es obligatoria para el procedimiento de amniocentésis), de los errores de diagnóstico que ocurren ocasionalmente*”.¹

También en el documento “Diagnósticos prenatales”, publicado por el Comité Nacional para la Bioética (italiano, CNB) el 18 de julio de 1992, se subrayaba su “importancia y carácter deontológico”, y ponía de relieve que “las implicaciones personales y la importancia socio-sanitaria de la plática con el consultante... confieren a la asesoría genética los caracteres propios del acto médico, incluso aunque se prescindiera de la sucesiva indicación diagnóstica”.²

La exigencia de una asesoría semejante, y de la preparación del médico para la misma, se hace hoy todavía más urgente. C. Thomas Caskey, presidente de la *American Society of Human Genetics* (ASHG) y del Comité Genoma Humano de la misma Sociedad, lo subrayaba en una carta del 28 de diciembre de 1990 que escribió a J. Watson, a la sazón director del Centro Nacional para la Investigación sobre el Genoma Humano en el *National Institute of Health* (NIH): “La adquisición de nuevas informaciones no garantiza su uso a favor de la humanidad, en el respeto de las concepciones predominantes de la sociedad y de la dignidad del individuo. Los miembros de la ASHG manejan día tras día tales temas en su papel de médicos, asesores genéticos y directores de laboratorio; ofrecen información delicada y altamente personal sobre la futura salud del individuo y de la familia... Se necesitan *cuidadasas investigaciones* para definir anticipadamente la naturaleza exacta de los problemas, y programas formativos para preparar a expertos en la toma de decisiones éticas y legales en el campo de la genética médica. Estas exigencias nacen no sólo del Proyecto Genoma Humano en sí, sino como resultado de la clonación de los genes de algunas de las más importantes enfermedades. El Proyecto Genoma Humano, sin embargo, agudizará el problema por el hecho de que, al disponer de reactivos diagnósticos para las enfermedades multifactoriales más comunes, así como de programas de investigación epidemiológica para los trastornos genéticos más

frecuentes, pone la tecnología y los conocimientos genéticos al alcance de segmentos de la población cada vez más amplios”.³

Las finalidades

Son múltiples los objetivos de la asesoría genética.

1. *La asesoría pre-diagnóstico debe ofrecer al médico la posibilidad de establecer la existencia de una “indicación” para el diagnóstico prenatal.*

La presión social para recurrir al diagnóstico prenatal ha aumentado de tal manera que parecería hoy un acto casi obligatorio, sin limitación alguna, para cualquier mujer embarazada que lo desee. Por parte del médico, la solicitud de una intervención semejante podría parecer a veces un acto exculpatario ante cualquier eventual complicación. Pero es, en cambio, un acto que implica serias responsabilidades: la primera de todas, para el médico, el establecer si, en el caso específico, existe la *indicación* para dicho análisis.

Y no estamos hablando ahora del examen ecográfico, requerido ya comúnmente varias veces durante el embarazo y que es de la competencia específica del ginecólogo. Se sabe, sin embargo, que en el 4-6 por ciento de los casos se documenta la existencia de anomalías fetales más o menos graves, entre las cuales están los defectos de cierre del sistema nervioso central, deficiencias cardíacas, defectos de cierre de la línea ventral u otras malformaciones que pueden requerir también una asesoría genética.

Se ha alcanzado ya un notable consenso sobre algunas *indicaciones* que deberían ser conocidas por el médico, tanto para responder a las cada vez más frecuentes solicitudes (al aumentar los descubrimientos de genes mutantes patógenos), como para sugerir su posibilidad: la omisión de esta información podría dar origen incluso a generar una culpabilidad por un “nacimiento erróneo”.⁴

Tales indicaciones se reducen esencialmente a: 1) situaciones en las cuales aumenta sensiblemente el riesgo de una embriopatía por alteración cromosómica; y 2) situaciones en las cuales los padres son portadores de genes mutantes fenotípicamente dominantes o recesivos autosómicos o heterosómicos, que implican riesgos elevados —hasta del 25-50 por ciento por cada embarazo— de que el concebido manifieste, más o

menos pronto, una enfermedad en general muy seria: estas últimas situaciones van aumentando al ir avanzando el Proyecto Genoma Humano.⁵

Por lo que concierne al primer grupo de situaciones, hay que subrayar la tendencia a *ampliar* para edades inferiores a los 35 años, o de *dimensionar* para edades superiores a los 35 años, las *indicaciones*, mediante la aplicación de *pruebas predictivas*,⁶ como la *mono-bi- o triple-prueba*; esto es, pruebas que deberían proporcionar a toda mujer embarazada una estimación del riesgo de que el embrión o el feto que lleva en su seno tenga una alteración cromosómica asociada con una determinada patología —en particular el síndrome de Down—: las estimaciones son calculadas con base en algunas variables cuantitativas que la observación indica como asociadas a ella. En este punto, se llama sólo la atención sobre las nuevas responsabilidades que le sobrevienen al médico asesor en su uso si pretende establecer, mediante tales pruebas, la existencia de una indicación para el diagnóstico prenatal. La seriedad del problema y la gravedad de la responsabilidad la subrayan los comportamientos adoptados, en materia de tales pruebas, en otros países.

En Francia, el Ministro de Salud le pidió su parecer al Comité Consultivo Nacional de Ética, en 1993,⁷ a fin de elaborar una ley sobre el uso de marcadores séricos para evaluar el nivel de riesgo en toda mujer embarazada. La respuesta del Comité fue: *a)* que no se debía organizar sistemáticamente ningún cribado genético, dados los aspectos controvertidos de tales pruebas (impacto psicosocial negativo de falsos negativos y falsos positivos, y complicaciones de la amniocentesis); pero *b)* que podía hacerse disponible bajo la responsabilidad de los médicos, los cuales, cuando consideraran la oportunidad de proponer la prueba, deberían discutir también sus ventajas y limitaciones *de forma exhaustiva* con quienes los consultaran. El mismo Comité limitaba la ejecución de tales pruebas sólo a Centros con niveles de calidad muy altos.

Desde Estados Unidos se reportaron dos conclusiones de análisis amplios y rigurosos sobre los resultados de estas pruebas. Cheng y cols. (1993) afirmaban: “La práctica común en Estados Unidos es la de proponer la amniocentesis a las mujeres de 35 o más años de edad. El uso de la prueba triple podría dar como resultado, potencialmente, un ahorro económico, al disminuir el número de amniocentesis efectuadas. Sin embargo, debe ofrecerse juntamente con la petición de un consentimiento

informado y una asesoría que subraye los límites de la prueba sérica (es decir, el potencial de casos no reconocidos) y que señale que sólo la prueba de diagnóstico (amniocentesis o biopsia corial) puede identificar todos los casos de trastornos cromosómicos”.⁸ Por su parte, Haddow y cols. (1994) terminaban la presentación de su muy cuidadosa investigación con la siguiente observación: “Con base en este estudio pueden ofrecerse tres posibles opciones a la consideración de las mujeres embarazadas con 35 años de edad y más: *a*) continuar la orientación actual de efectuar la amniocentesis para todas; *b*) sustituir esta orientación por la del análisis de los marcadores bioquímicos; o *c*) dejar la elección entre estas dos orientaciones a las solicitantes. Decidir entre estas dos opciones requiere sopesar las ventajas de la aplicación de la prueba (más cuidadosa información sobre el riesgo individual para un sujeto con síndrome de Down, menor número de pérdidas fetales y costo menor en su conjunto) contra las desventajas (imposibilidad de evidenciar el 10 por ciento de los casos de síndrome de Down, imposibilidad de evidenciar una parte de otros trastornos cromosómicos, y el costo de mantener a los niños afectados que escaparan a la investigación)”.⁹

Lo delicado de esta situación a la que se han dejado llevar muchos médicos, debido a la presión comercial y a la falta de conocimientos sobre la prueba, podría ser atestiguado por cuantos han tenido ya ocasión de ver y de escuchar a madres, tanto jóvenes como de edad madura, las cuales daban a luz un hijo con síndrome de Down después de que la prueba las había “excluido” categóricamente del diagnóstico prenatal.

Por lo que al segundo grupo de situaciones se refiere, hay que llamar la atención sobre la perplejidad que acompaña y sigue acompañando a las decisiones relativas a las indicaciones de diagnóstico prenatal para las enfermedades que se manifestarían o se podrían manifestar en edad más bien avanzada como, por ejemplo, la corea de Huntington, la enfermedad de Alzheimer familiar, algunas formas de tumores hereditarios determinados por oncógenos o defecto de genes oncosupresores ya presentes en la línea germinal. Para éstas debería valer, con mayor razón, una de las Recomendaciones relativas a los cribados genéticos promulgadas por el Comité del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias en Estados Unidos en 1992, a saber: “Gran cautela en el uso de pruebas genéticas para determinar la susceptibilidad o predisposición a trastornos genéticos que pueden manifestarse tardíamente en la vida”.¹⁰

El mismo CNB, en el texto elaborado sobre los “Diagnósticos prenatales”, recuerda que “parecen más complejos los problemas del diagnóstico prenatal mediante el análisis del DNA de enfermedades genéticas de aparición tardía, esto es, cuya manifestación clínica se da en la edad adulta”, y afirma, de manera explícita, que parece “insosteniblemente extensiva” la interpretación de que “una alteración del DNA que comporta un creciente riesgo de enfermedad en la edad adulta, corresponde realmente a una anomalía que hay que clasificar como relevante” a fin de poder aplicar el art. 6 de la ley 194/1978 en la letra b), que prevé la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo en casos de “grave peligro para la salud física y psíquica de la madre en relación con anomalías o malformaciones relevantes del ser naciente”.¹¹

La amenaza de que pudiera entrar en estas circunstancias una visión *eugenésica*, apoyada por una fuerte presión social, capaz de llevar al *aborto selectivo*, se ha convertido ahora ya en realidad. Esto aumenta, obviamente, la responsabilidad del médico, al momento de definir la existencia o no de una indicación para el diagnóstico prenatal.

2. La asesoría genética debe ofrecer al médico la posibilidad de decidir sobre la efectiva “factibilidad” de un determinado diagnóstico prenatal

La segunda finalidad de la asesoría genética es decidir sobre la “factibilidad” como condición necesaria para que la *indicación* pueda llegar a hacerse realidad. Va creciendo el número de familias para las cuales es imposible limitarse a definir y a indicar sólo el “riesgo” de que de un embarazo nazca un sujeto afectado por una determinada enfermedad: si esto aconteciera, representaría hoy una grave omisión en el acto médico de la asesoría genética. En realidad aumenta cada día, y continuará aumentando por varios años, el número de enfermedades tanto monogénicas como polifactoriales, para las cuales se obtienen y se deberán seguir obteniendo diagnósticos precisos por los diversos métodos cada vez más perfeccionados que la genética molecular ofrece.¹² Piénsese sólo en la anemia mediterránea, en la fibrosis quística, en las varias formas de distrofia muscular progresiva, en la distrofia miotónica, en la atrofia espino-muscular, en la corea de Huntington, en el síndrome por Fra-X, y muchas formas más de tumor.

Con el objeto de satisfacer esta exigencia, que se ha vuelto hoy imprescindible, se necesita: *a)* una *actualización continua*, que se hace posible por un más fácil y rápido acceso a las grandes bases de datos (*databases*), con el fin de lograr una correcta información sobre la posibilidad de diagnóstico genético prenatal; *b)* el conocimiento de los centros en los que se han llevado a cabo —a nivel nacional o internacional, y tal vez aún con fines exclusivamente de investigación— análisis específicos apropiados para el caso particular; conocimiento que se debería hacer posible por informaciones continuamente actualizadas por parte de las diversas Sociedades científicas interesadas;¹³ y *c)* la ejecución, cuando y cuanto sea posible, de las *comprobaciones indispensables* para que pueda asegurarse la indicación del diagnóstico prenatal.

Esta última responsabilidad de ahondar en las investigaciones se impone hoy en numerosas situaciones en las que hasta ahora ello no era posible. Baste pensar solamente, por ejemplo, en el caso de las portadoras del gen de la distrofia muscular Duchenne: hasta hace apenas ocho años sólo se podía lograr la determinación de la probabilidad —como máximo del 75 por ciento— de que se fuera portadora basándose en análisis enzimáticos. Hoy, en cambio, mediante el análisis del DNA, con el empleo de métodos diversos,¹⁴ es posible lograr la certeza en sentido positivo o negativo. En este caso se trataría, evidentemente, de una grave falta de responsabilidad no indicar a la familia en que esté presente un sujeto en el que la enfermedad se ha comprobado clínicamente y hay hermanas del paciente, por lo menos la posibilidad y la conveniencia de que éstas se sometan a tales análisis a fin de comprobar en ellas la presencia o no del gen alterado; y esto tanto más cuanto que es bien conocida la posibilidad de un mosaicismo germinal en la madre de estos pacientes.

Con el cumplimiento de esta responsabilidad, sin embargo, interfieren varias dificultades, derivadas sobre todo del continuo flujo de nuevas informaciones, que se suceden casi ininterrumpidamente en el campo de la genética molecular. En este momento son dos las dificultades principales: *a)* la *heterogeneidad genética* de una determinada enfermedad que, aun caracterizada por un fenotipo clínico bastante bien definido, puede estar asociada a diversos genes alterados; y *b)* la *heterogeneidad de las mutaciones* al interior de un mismo gen, que puede limitar —in-

cluso notable-mente mientras no se conozcan todas— la identificación de los sujetos “*portadores sanos*”.

Un ejemplo, sacado de una experiencia personal, puede quizás hacer más concreta y evidente la situación que debe enfrentar hoy el médico en una asesoría genética, sobre todo con el objeto de un eventual diagnóstico prenatal. Dos hermanos afectados por una grave retinitis pigmentaria (RP), conociendo su situación de ceguera casi completa, estaban preocupados por sus hijos. Ya se conocían las diversas formas genéticas de la enfermedad: autosómicas, recesiva y dominante, y heterosómica. En 1990, el locus *RP3* localizado en la región p21.1 del cromosoma X parecía el responsable de la enfermedad en la mayoría de las familias en las que la RP se segregaba con el cromosoma X. Puesto que la gravedad de la patología en este caso hacía sospechar este tipo, no obstante que sólo el 16-30 por ciento de los pacientes está afectado por ello, se recurrió a un primer análisis del *linkage* de la enfermedad con marcadores que se sabía estaban muy cerca del locus *RP3*: ello representaba sólo una prueba de exclusión. En realidad, únicamente permitió establecer que los dos hermanos habían recibido el mismo cromosoma X de la madre: cobraba así una cierta consistencia la hipótesis de una forma ligada a este cromosoma.

La presencia de las dos hijas exigía, evidentemente, que se profundizara en ello, siendo éstas, en ese caso, portadoras obligadas. De aquí la responsabilidad de proceder a la determinación de la *factibilidad* de una comprobación diagnóstica en el caso de una eventual investigación de diagnóstico prenatal por su parte. La información de las bases de datos permitió establecer contacto con el *Departamento de oftalmología* de la *Escuela de Medicina de Harvard* donde se había desarrollado la investigación sobre el mapeo de los genes de la retinitis pigmentosa, y por consejo suyo se envió una muestra de sangre de uno de los dos hermanos afectados. Sin embargo, habiéndose ellos dedicado exclusivamente a las formas autosómicas, enviaron el material al grupo de la *MRC Genetics Unit del Western General* en Edimburgo, donde se estaba estudiando precisamente el gen *RP3*. Hubo con este nuevo grupo algún intercambio de información y finalmente, pocos días después de que en *Nature Genetics*¹⁵ apareciera la conclusión de su estudio sobre las diversas mutaciones definidas por ellos en dicho gen, nos llegaba de parte del responsable del grupo la noticia de mutación encontrada en

nuestro caso: la situación de la arginina en posición 250 por una cisteína, y se ofrecía a continuar el análisis para el hermano y las dos hijas.

Es claro que habríamos faltado a nuestra responsabilidad y al deber de dar toda la ayuda posible a la familia que se había dirigido a nosotros para ser asesorada, si no hubiéramos hecho todo esto. Sólo esta información permitió, además de confirmar decididamente la hipótesis inicial, definir la “factibilidad” del diagnóstico prenatal, cuando se requiriera, para las dos hijas portadoras obligadas.

3. La asesoría genética debe ofrecer al médico la posibilidad de cumplir con su obligación de aclarar a los solicitantes todos los particulares del curso diagnóstico, a fin de hacer “plenamente informada” y libre su “decisión” de efectuar o no el diagnóstico prenatal.

Este es el tercer objetivo de la asesoría genética. Una “Recomendación” del Consejo de Europa (1991)¹⁶ declara expresamente: “El consentimiento informado es obligatorio incluso si las pruebas genéticas se aplican sistemáticamente.

El carácter sistemático no debe considerarse en ningún caso vinculado con el de obligatorio, sino que quiere indicar que las pruebas pueden ser propuestas a la mujer embarazada en caso de que exista una razón válida en el plano científico para efectuarlas... La información proporcionada a la mujer en el curso de la asesoría genética debe ser adecuada a su nivel de instrucción y a su estado psicológico, a fin de que pueda comprender bien la información y tomar una decisión con conocimiento de causa”.

Indudablemente, esta es la fase más comprometida de la asesoría genética para el diagnóstico prenatal, después de que, con todo sentido de responsabilidad personal, el médico haya aclarado la existencia de una *indicación* y definido la *factibilidad* del proceso diagnóstico prenatal. Se trata “no” de imponer los pasos que hay que dar, “sino” de ayudar a la mujer —y sería mucho mejor a la pareja e incluso a los hijos ya maduros, si existen— a tomar la decisión de si se ha de ejecutar o no el diagnóstico prenatal.

Sería conveniente —como es el deseo también del CNB— una preparación del médico asesor en la comunicación y relaciones interpersonales. “La realidad, dice el documento, de la difusión del conocimiento de los diagnósticos prenatales, como por lo demás de muchos otros procedimientos derivados del progreso técnico-científico, hace reiterar la necesidad

de una cultura del médico que no se limite a los aspectos biológicos y epidemiológicos, sino que sea adecuada para interactuar con las necesidades y los problemas de cada individuo en particular y de la población”.¹⁷

Aparte de esta preparación, útil ciertamente, el convencimiento del médico mismo —por lo menos después de un poco de experiencia— de que la asesoría genética implica a su persona más profundamente que una “visita médica” —aun cuando esta última no pueda ser sólo técnica— puede y debe ayudarlo, después de que ha culminado sus acciones más esencialmente cognoscitivas del caso y decisivas desde el punto de vista técnico-científico, para acompañar a los solicitantes en hacer su propia opción, que debe ser lo más madura posible.

Los solicitantes, sobre todo la mujer —como se ve no sólo por la experiencia personal sino por las ya numerosas encuestas psicológicas efectuadas—¹⁸ están en un estado de particular tensión: sentimientos contrapuestos de deseo, temor, angustia incluso; preocupación por la criatura que se está formando y que lleva en sí, por su presente y por su futuro, pero que, por otra parte, querría casi negar que lo lleva; angustia previendo decisiones que deberá tomar al respecto si el diagnóstico revelara alguna situación desagradable. Todo esto, aunque se sienta de diferente manera, crea obviamente la situación menos apropiada para facilitar una plática al mismo tiempo instructiva y adecuada para responder a las verdaderas exigencias de claridad sobre el conjunto y sobre los particulares de todo el proceso. En esta conversación deben aparecer claras las dificultades que se pueden encontrar, los riesgos —sobre todo para el feto— inherentes a los métodos utilizados: el riesgo de una temida patología que hay para el feto en ese caso específico; la naturaleza y la entidad de la patología de riesgo; las incertidumbres que pueden subsistir al definir los resultados, las probabilidades, o por lo menos las posibilidades, de error. Teniendo presente todo esto, el médico deberá tratar de proporcionar aquellas indicaciones que, en el curso de la conversación, sienta que son necesarias para que toda la información esencial sea entendida; mostrándose, finalmente, en disposición de cualquier otra aclaración que los solicitantes sientan que podrían necesitar en lo sucesivo.

4. La asesoría genética debe proporcionar al médico la posibilidad de acompañar a los solicitantes en el inquietante interrogatorio sobre lo que ocurrirá después de saber el resultado.

Es el cuarto y muy importante objetivo de la asesoría genética pre-diagnóstico. Tal interrogatorio toca siempre a lo más profundo, sobre todo en la gestante. Aun cuando el sentimiento que predomina —cuando en la conversación ha podido darse cuenta de la entidad real de los riesgos— es el de la esperanza y de la confianza en que se va a oír que el niño no tiene nada que temer, sigue pensando que podría hacerse realidad precisamente en ella un determinado riesgo, aunque sea pequeño. Y con el temor surge el interrogante que pone a la mujer frente a dos opciones dramáticas: conservar al niño, aunque vaya a sufrir y haga sufrir a la familia, o bien, no aceptarlo. Es un gran conflicto que lleva consigo, y que la desconcierta, sobre todo por la fuerte presión y la escasa o nula ayuda que siente que le presta el ambiente.

Una breve carta, que me parece muy instructiva, publicada en el *New England Journal of Medicine* en enero de 1989¹⁹ expresa particularmente bien esta situación general. Se escribió en dos tiempos: después de la amniocentesis, a la espera de los resultados, y después de comunicarse los resultados del análisis diagnóstico. El título dado por el editor es: “A la espera de la amniocentesis”. “Escribí —se lee en ella— la siguiente carta una semana antes de tener el resultado de mi amniocentesis. Tengo cuarenta años y estoy en la 19ª semana de embarazo de aquello que será supuestamente mi tercer hijo. Pertenezco a la Facultad de Ciencias básicas de una Escuela de Medicina (la UCLA de Los Angeles). Cuando hablo a los estudiantes de medicina de la amniocentesis recuerdo eventualmente la dificultad que para la mujer significa el tener que esperar los resultados hasta avanzado el segundo trimestre. Ahora me encuentro yo en esta situación, esperando los resultados. Antes de tener experiencia de ello yo no estaba preparada para enfrentar dos hechos: el primero, lo difícil que es, precisamente, la espera. El embarazo es siempre un tiempo de espera; pero ahora el tiempo se ha alargado como jamás habría pensado. El otro hecho, mucho más desconcertante todavía, es cómo ha influido la espera en mi actitud respecto del embarazo. A muchos niveles yo niego estar realmente embarazada hasta que no tenga los resultados. Ignoro sus movimientos y los golpes que siento; hablo de “si viene”, en vez de “cuando venga” el niño: me resisto a admitir ante los demás que estoy embarazada. Sueño frecuentemente y con angustia sobre los abortos del segundo trimestre. En cierto sentido me abstengo de sentirme comprometida con este futuro niño. Esto representa un dato negativo de la amniocentesis diagnóstica que había anticipado. Y todo

esto, aunque mi riesgo de ser portadora de una anomalía cromosómica es menor al 2 por ciento.

Supongo que no soy la única que tengo tales reacciones; sin embargo, no he visto este problema mencionado en la literatura (estoy seguro que ahora ya habrá visto abundante literatura al respecto, *N. del A.*), y no discutiré esto ni con mi médico ni con mi asesor genetista. Escribo ahora para llamar la atención de los especialistas sobre este problema, los cuales tratan con pacientes embarazadas que hacen un diagnóstico prenatal. Yo sugiero, tanto a los médicos como a sus pacientes, cuando sopesan los correlativos riesgos y beneficios de un diagnóstico prenatal ejecutado más tarde (amniocentesis) o antes (biopsia corial), que no subestimen los efectos negativos de una espera de cuatro meses y medio antes de que una mujer pueda saber si está “realmente” embarazada.

Al día siguiente, antes de enviar esta carta, he recibido los resultados, y, desafortunadamente, fueron los temidos: trisomía 21. Me sometí luego a un aborto en el segundo trimestre. Desde mi perspectiva actual de angustia y *shock*, animo a los médicos a ayudar a sus pacientes a evitar la negación que he descrito en mi carta. Mi esposo y yo no hemos escatimado nada para restablecernos emocionalmente. Es de esperar que, en la cultura actual, la mujer mantenga en secreto su embarazo hasta que “todo” se aclare por la amniocentesis. Se razona: ‘si tenemos un resultado infausto, no se lo tendremos que decir a nadie’. Pero ahora creo que este razonamiento es equivocado. Después de nuestro resultado infausto mi esposo y yo se lo dijimos a todos. La simpatía y el apoyo de los amigos, de la familia y de los colegas nos han ayudado a sobrevivir a la terrible prueba de abortar un embarazo deseado. Manteniendo la pérdida en secreto nos hubiéramos privado solos de esta ayuda cuando el temido evento ocurrió”.

No se puede dejar de subrayar la expresión: “Yo no he visto mencionado este problema” ni por el médico ni por el asesor genetista. Es precisamente en este momento, el cual se presenta a menudo con la pregunta explícita o velada: “¿Y si así fuera?”, cuando el médico no puede —como persona humana, pero que posee la particular autoridad del médico— abandonar ni a la mujer en su desorientación inquietante, sobre todo porque vive la contradicción de una presión social bastante fuerte hacia una opción de la que siente todo el peso, ni a la pareja misma que tal vez vive ya en un estado de oculta contradicción. Sin duda es la fase más delicada y difícil de la

asesoría y cuya delicadeza y dificultad hay que vincular con los muchos factores que concurren para crear una sensación de desorientación y que no se pueden pasar por alto: el temor de un niño con graves dificultades; el temor de no ser capaz de sostener el peso que necesariamente su presencia crearía para sí y sobre todo para la familia; la angustia de pensar que a una cierta edad el hijo podría quedar sin el apoyo de los padres; la conciencia de la muy escasa ayuda que podría provenir de la sociedad; la certeza, por parte de la misma, de una marginación no sólo del actual hijo enfermo, sino de toda la familia; un sentido de culpa de ser la causa o la *con-causa* de la eventual enfermedad que surgiera; finalmente, la angustia de tener que llegar a una decisión que, no raramente, contrasta con el deseo del hijo, a menudo querido y esperado.

El médico asesor puede ciertamente hacer mucho para contribuir a devolver una cierta tranquilidad a estas personas: dando una *información completa* y exacta sobre la malformación o enfermedad temida, por ejemplo, sobre las *posibilidades reales* que hay hoy día para un niño con síndrome de Down, o para un Fra-X o para un Klinefelter o un Turner; o, también, sobre la *escasa probabilidad de supervivencia* de sujetos con síndrome de Patau o incluso de Edwards.

Sin embargo, es sobre todo el pensamiento ineludiblemente subyacente de una *eventual interrupción voluntaria del embarazo*, lo que crea las mayores dificultades. Dificultades incrementadas por el hecho de que el modo de pensar y de juzgar el aborto puede ser diverso, tanto entre los solicitantes como entre los médicos en general, y entre los solicitantes y el médico asesor, en el caso particular. Y es obvio que en una sociedad pluralista no podemos dejar de tener en cuenta las diferentes opiniones éticas. Que, por lo que a nuestro problema se refiere, se pueden resumir en cuatro.

La primera: “Hay que reconocerles el derecho a los padres de aceptar la carga de cuidar a un hijo que no tiene la capacidad de gozar de una vida humana... Pero, cuando estos cuidados perjudiquen gravemente al bienestar de los demás, este derecho habrá de ceder ante otras exigencias más fuertes. En las circunstancias en que no existe la posibilidad de una verdadera vida humana, el derecho a la supervivencia biológica o física pierde su razón de ser y, por tanto, la piadosa interrupción de esta vida es aceptable o incluso obligatoria”.²⁰

La segunda: “A fin de prevenir el nacimiento de un niño terriblemente defectuoso y la destrucción emotiva y económica de la familia, el aborto es la mejor entre dos opciones desafortunadas”.²¹

La tercera: “La decisión de un diagnóstico prenatal y aborto es una decisión seria; depende de la condición de que los daños resultantes del nacimiento superen a los beneficios”.²²

La cuarta: “El aborto nunca puede ser considerado como un bien: “Merece atención particular la valoración moral de las *técnicas de diagnóstico prenatal*... Sucede no pocas veces que estas técnicas se ponen al servicio de una mentalidad eugenésica, que acepta el aborto selectivo para impedir el nacimiento de niños afectados por varios tipos de anomalías. Semejante mentalidad es ignominiosa y totalmente reprobable, porque pretende medir el valor de una vida humana siguiendo sólo los parámetros de ‘normalidad’ y de bienestar físico, abriendo así el camino a la legitimación incluso del infanticidio y de la eutanasia”.²³

Son diversas opiniones que, obviamente, subyacen a comportamientos diversos. Cualesquiera que sean las opiniones personales, el médico asesor no puede olvidar que los solicitantes le han manifestado que esperan de él una ayuda, incluso y precisamente porque en el trasfondo está ya la imagen del aborto. La manera de ofrecer esta ayuda variará según las diversas circunstancias. Pero una condición es indispensable a fin de que se pueda dar y percibir esa ayuda: la comprensión y el respeto del pensamiento de los solicitantes que, tal vez, forma parte ya de su conciencia y de las decisiones consiguientes que se sienten inclinados a tomar, aunque sientan su peso. Esto hará que no llegue a romperse esa relación acogedora y confiada, necesaria en esta circunstancia particularmente delicada, para que se pueda establecer ese coloquio abierto sobre todos los aspectos que implica la interrupción del embarazo, y que dará al médico la ocasión de ofrecer una verdadera ayuda: no para tomar o inducir a tomar una decisión correspondiente a su convicción personal, sino para hacer menos penoso el período de espera del diagnóstico y hacer madurar, si fuera necesario, una decisión —cualquiera que sea— más consciente y menos traumatizante por parte de la pareja.

Conclusión

Se han mencionado algunos aspectos fundamentales de la asesoría genética con vistas al diagnóstico prenatal, sobre todo de enfermedades ge-

néticas. Esta asesoría requiere: 1) *competencia*, la cual exige una actualización continua; 2) un gran *sentido de responsabilidad* para responder, hasta donde sea posible, a la solicitud, la cual debe ser satisfecha agotando todas las posibilidades que ofrece hoy la ciencia; 3) una *prudencia* atenta en la elección, entre las numerosas posibilidades técnicas, de aquellas que mejor compaginen las exigencias de la mujer con el respeto de la vida del hijo que se está desarrollando; 4) un profundo *sentido humano*, para comprender la preocupación inevitablemente subyacente —a veces oculta pero en general manifiesta— al proceso diagnóstico en sí, a la larga espera de una respuesta, y al temor de que no sea la deseada: preocupación que, para gran parte de la gente, se transforma en malestar y desconcierto a nivel psicológico.

No podemos concluir, sin embargo, sin subrayar por lo menos que la importante presencia del médico genetista no puede limitarse al tiempo de *antes del diagnóstico*. Su presencia se hace *indispensable* también después, en los casos en que los resultados indiquen la presencia de una patología temida. Es el momento de la tragedia y del derrumbe psicológico en el ánimo de la mujer y, a menudo, de la pareja, aunque la comunicación se haya hecho de la manera más delicada y humana posible, y la mujer esté ya preparada, por una decisión precedente, a acoger a su criatura cualquiera que fuere el resultado.

Será necesario, en esa circunstancia, aceptar toda la manifestación de su dolor; pero, luego, tratar de aliviarla de su propia sensación de fracaso, recordándole, cuando sea posible, todo lo que quizás le fue sugerido en la asesoría pre-diagnóstico sobre las esperanzas que se mantienen abiertas; tratar de ayudarla, cuanto y como sea posible, en el difícil trance de tomar una decisión sobre el destino de su criatura, sabiendo comprender también toda la tensión del rechazo; tratar de no abandonarla, sino más bien de estar aún más cerca de ella, si es posible, cuando pase a través de un período más o menos largo de depresión más o menos grave por todo lo que pueda ocurrir. Tal vez esto podría parecer exagerado; pero es lo que indican claramente algunas investigaciones hechas con rigor.

Sean suficientes las conclusiones a las que llega a esta respecto la *School of Social Work* de la *Columbia University*. Al presentar los resultados se subrayaban algunos aspectos: “Está bien documentada la angustia ligada a la interrupción del embarazo en el segundo trimestre después de que se ha comprobado por la amniocentesis la existencia de un defecto...

Se esperaba que la CVS (toma de muestras de las vellosidades coriales, *N. del A.*) con la posibilidad de ofrecer un diagnóstico más precoz, habría ofrecido ventajas psicológicas y médicas, dada la posibilidad de una intervención más temprana...; pero la diferencia encontrada fue pequeña... Las recientes investigaciones confirman que la pérdida de un niño deseado, sea por aborto selectivo o espontáneo, provoca en la mayoría de las mujeres una reacción inicialmente penosa con trastornos emocionales, en el trabajo y en las relaciones sociales, capaces de persistir, por lo menos, en una minoría durante varios meses... Las pruebas prenatales y los programas diagnósticos implican la responsabilidad de proceder con cautela, y establecer los posibles riesgos asociados con todo lo que la tecnología ofrece. Uno de estos riesgos para las pacientes que efectúan el diagnóstico prenatal y pierden el embarazo es un serio estrés psicosocial". Y se ponía de relieve que: "la responsabilidad de los programas de cribado prenatales acaban por comunicar esencialmente resultados normales. Sin embargo, la responsabilidad profesional no termina tan fácilmente respecto de las mujeres que no tienen tales".²⁴

Continuar ofreciendo el diagnóstico prenatal cuando hay una *indicación* es una obligación deontológica. Es un deber, sin embargo, que hoy no está desprovisto de implicaciones sociales y morales. Si es cierto que el hombre puede y debe tomar las riendas de su propia evolución y, por tanto, también del bienestar de las generaciones futuras, es igualmente obvio —para quien reflexiona con una visión correcta de la persona humana— que lo debe hacer con métodos adecuados a ésta, es decir, que respeten su particular dignidad: respeto que implica unos derechos inalienables. La medicina debe aceptar el desafío de lograr vencer también a las enfermedades genéticas, manteniéndose alejada no obstante de una evidente forma de eugenismo más o menos enmascarado.

Es de desear que, sostenidos por un gran sentido de responsabilidad, los científicos y los tecnólogos logren recorrer con rapidez los caminos abiertos por los nuevos y enormes avances que está teniendo la genética humana y médica apoyada por las nuevas tecnologías, y encuentren el mejor medio para prevenir, hasta donde sea posible, y cuidar las enfermedades en el respeto de las verdaderas exigencias del hombre integral.

Referencias bibliográficas

- ¹ HAMERTON, J.L., SIMPSON, N.E., *Prenatal diagnosis: past, present and future. Report of an international workshop*, Prenatal Diagnosis 1980, 1 (Special issue): 51.
- ² COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Diagnosi prenatali* (18.7.1992), Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, 1992: 38-39.
- ³ AMERICAN SOCIETY OF HUMAN GENETICS (ASHG), HUMAN GENOME COMMITTEE REPORT, *The Human Genome Project: Implications for Human Genetics*, Am. J. Hum. Genet. 1991, 49: 689.
- ⁴ SHAW, M.W., *To be or not to be? That is the question*, Am. J. Hum. Genet. 1984, 36: 1-9; PELIAS, M.Z., *Torts of wrongful birth and wrong life: a review*, Am. J. Med. Genet. 1986, 25: 71-80; SHAW, M.W., *Avoiding wrongful birth and wrongful life suits*, Am. J. Med. Genet. 1986, 25: 81-84.
- ⁵ SERRA, A., *La nuova genetica: per l'Uomo e contro l'Uomo?*, en MAZZONI, A. (coord.), *A sua immagine e somiglianza? Il volto dell'Uomo alle soglie del 2000: un approccio bioetico*, Roma: Città Nuova, 1997: 93-123.
- ⁶ ID., *Accertamento prenatale di rischio di patologia cromosomica fetale: aspetti scientifici, etici e deontologici*, Medicina e Morale 1971, 1: 15-35.
- ⁷ COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, *Dépistage du risk de la trisomie 21 foetal à l'aide de tests sanguins chez les femmes enceintes*, Circulaire N° 37, 22 Juin 1993.
- ⁸ CHENG, E.Y., LUTHY, D.A., ZEBELMAN, A.M. et al., *A prospective evaluation of a second trimester screening test for fetal Down syndrome using maternal serum alpha-fetoprotein, HCG, and unconjugated estriol*, Obstetrics and Gynecology 1993, 81: 76.
- ⁹ HADDOW, J.E., PALOMAKI, G.E., KNIGHT, G.J. et al., *Reducing the need for amniocentesis in women 35 years of age or older with serum markers for screening*, New Engl. J. Med. 1994, 330: 1117-1118.
- ¹⁰ MARSHALL, E., *A thought line on genetic screening*, Science 1993, 262: 984.
- ¹¹ CNB, *Diagnosi prenatali*, p. 40.
- ¹² CLARK, A.G., *The use of multiple restriction fragment length polymorphisms in prenatal risk estimation. I. X-linked diseases*, Am. J. Hum. Genet. 1985, 37: 60-72; CASKEY, C.T., *Disease diagnosis by recombinant DNA methods*, Science 1987, 236: 1223-1229; ANTONARAKIS, S.E., *Diagnosis of genetic disorders at the DNA level*, New Engl. J. Med. 1988, 320: 153-163; HANDYSIDE, A.H., *Preimplantation diagnosis by DNA amplification*, en CHAPMAN, M., GRUDZINSKAS, G., CHARD, T. (eds.), *The embryo. Normal and abnormal development and growth*, Londres: Springer-Verlag, 1991: 81-90; LANDER, E.S., SCHORK, N.J., *Genetic dissection of complex traits*, Science 1994, 265: 2037-2048.
- ¹³ MINISTERO DELLA SANITÀ, *Guida ai servizi diagnostici e alle Associazioni di malattie genetiche*, Roma: Sistema Informativo Sanitario, AIRH, 1994.
- ¹⁴ CHAMBERLAIN, J.S., GIBBS, R.A., RANIER, J.E. et al., *Multiplex PCR for diagnosis of Duchenne muscular dystrophy*, en INNIS, M., GELFAND, D., SNINSKIK, J. WHITE, T. (eds.), *PCR Protocols: a guide to methods and applications*, Nueva York: Academic Press, 1989: 272-281; RIED, T., MAHLER, V., VOGT, P. et al., *Direct carrier detection by in situ suppression hybridation with cosmid clones of the Duchenne/Becker dystrophy gene*, Hum. Genet. 1990, 85: 581-586.

- ¹⁵ MEINDL, A., DRY, K., HERRMAN, K. et al., *A gene (RPGR) with homology to the RCC1 guanine nucleotide exchange factor is mutated in X-linked retinitis pigmentosa (RP3)*, *Nature Genetics* 1996, 13: 35-42.
- ¹⁶ CONSEIL DE L'EUROPE, *Le dépistage génétique anténatal, le diagnostic génétique anténatal et le conseil génétique y relatif*, *J. Bioethics* 1991, 1: 13-32.
- ¹⁷ CNB, *Diagnosi prenatali*, p. 45.
- ¹⁸ PHIPPS, S., ZINN, A.B., *Psychological response to amniocentesis: I. Mood state and adaptation to pregnancy*, *Am. J. Med. Genet.* 1986, 25: 131-142; ID., *Psychological response to amniocentesis: II. Effects of coping style*, en *Ibid.*, pp. 143-148; TABOR, A., JONSSON, M.H., *Psychological impact of amniocentesis on low-risk women*, *Prenatal Diagnosis* 1987, 7: 443-449; EVERS-KIEBOOMS, G., SWERT, A., VAN DEN BERGHE, H., *Psychological aspects of amniocentesis: anxiety feelings in three different risk groups*, *Clinical Genetics* 1988, 33: 196-206.
- ¹⁹ HODGE, S.E., *Waiting for amniocentesis*, *New Engl. J. Med.* 1989, 320: 63-64.
- ²⁰ AIKEN, H.D., *Life and the right to life*, en HOLTON, B., CALLAHAN, D., HARRIS, M. et al. (eds.), *Ethical issues in human genetics*, Nueva York: Plenum 1973: 173-183.
- ²¹ MACINTYRE, N.M., *Professional responsibility in prenatal genetic evaluation*, *Birth Defects: Orig. Art. Series* 1972, 8: 35.
- ²² WORLD COUNCIL OF CHURCHES, *Findings on genetics and the quality of life*, en BIRCH, C., ABRECHT, P. (eds.), *Genetics and the quality of life*, Oxford: Pergamon Press, 1975: 207-208.
- ²³ JUAN PABLO II, *Carta Encíclica "Evangelium Vitae"* (25.3.1995), México: Ediciones Paulinas, 1996, n. 63.
- ²⁴ BLACK, R.B., *Prenatal diagnosis and fetal loss: Psychosocial consequences and professional responsibilities*, *Am. J. Med. Genet.* 1990, 35: 587.

Cuestiones emergentes en el ámbito de la bioética *

*Elio Sgreccia***

Resumen

El artículo hace hincapié en las raíces de las que surgen las cuestiones más actuales en el ámbito de la bioética (por ejemplo, aborto, eutanasia, procreática, etcétera).

Ante todo, pone de relieve que la bioética ha ampliado su ámbito de influencia, extendiéndose más allá de los confines de una disciplina, académicamente calificada. De hecho, la bioética ha llamado la atención de los grandes medios de comunicación y también ha creado sus propias instituciones (por ejemplo, los comités de ética).

Otro fenómeno relevante es el de la “biojurídica”, como desarrollo consiguiente a la reflexión bioética, así como en orden a los problemas éticos planteados en el ámbito de la ley, y evidencia cada vez más la compleja relación entre valores morales y ley civil en la sociedad pluralista.

También se pone de relieve el problema de la fundamentación de la bioética ante el actual pluralismo ético. Por esta razón, el autor revisa los actuales “modelos” éticos, ilustra sintéticamente sus características y límites, y vuelve, finalmente, a la necesidad

* Intervención en el II Encuentro internacional de los Institutos de estudio sobre matrimonio y familia y de los Centros de bioética católicos, Ciudad del Vaticano, 5-7.10.95.

** Director del Instituto de Bioética, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma; Vicepresidente de la Pontificia Academia para la Vida.

que tiene la bioética de encontrar de nuevo su raíz en la antropología personalista, fundada en una verdad objetiva y universal.

El artículo concluye subrayando la necesidad de reconstruir "puentes" para establecer el curso de un humanismo más completo: el puente entre fe y razón; entre libertad y responsabilidad; entre naturaleza y persona; entre ética y derecho y, finalmente, el puente entre la ética de los principios y la ética de las virtudes.

Preámbulo

Quisiera ante todo hacer una precisión sobre el título de la conferencia que se me ha encomendado. Se plantea la pregunta sobre los temas más emergentes hoy en el ámbito de la bioética: si damos al adjetivo "emergentes" el significado literal y más inmediato, y entendemos con ello los temas que se están imponiendo a la atención de todos en la opinión pública, entonces no debemos esforzarnos mucho en individualizarlos. También la reciente encíclica *Evangelium Vitae* (EV) de Juan Pablo II nos plantea un panorama de cuestiones de relevancia bioética presentes también en el debate público. Basta pensar en los dos grandes temas del aborto y de la eutanasia, inicio y fin de la vida y, junto a ellos, los enunciados o recordados por la Encíclica, aunque sea sintéticamente, como: el diagnóstico prenatal, la procreación artificial, la anticoncepción abortiva, el suicidio asistido, el control de los nacimientos en relación con los problemas de la demografía, sin olvidar los problemas planteados por las guerras, por la violencia urbana, por la miseria y por las enfermedades de relevancia epidémica y social (SIDA, drogas, etcétera).

Pero quisiera leer el término "emergente" en el significado más fuerte, el de la causalidad y carácter de fundamental; en otras palabras, siguiendo la misma sugerencia de la Encíclica,¹ pienso que debemos interrogarnos sobre las raíces de las que nacen los problemas que están enfrente de todos. Debemos buscar las causas profundas de las que surgen estos problemas y, por otro lado, debemos buscar los fundamentos sobre los cuales construir el edificio ético, la propuesta cultural para nuestra disciplina, la bioética. Se

trataría de entender la “emergencia” en el sentido de la *relevancia en profundidad*, en busca de una perspectiva positiva para el futuro de la bioética misma. Se trata de preguntarnos, en otras palabras, qué tareas consideramos urgentes y básicas para la validez y para la función cultural de esta disciplina.

Todos sentimos nuestra responsabilidad desde el momento en que nos encontramos aquí como responsables y animadores de centros e institutos que participan activamente, en varias partes del mundo, en el movimiento de ideas que se conoce con el nombre de bioética y, al mismo tiempo, tenemos una tarea derivada de nuestra pertenencia eclesial.

Interrogarse sobre el sentido y sobre la dirección del trabajo intelectual, de investigación, de educación y de diálogo cultural que se nos ha encomendado, reviste una gran importancia. Por lo demás, la EV asigna a los centros de bioética una función importante y positiva; hablando de los “signos de esperanza” afirma que: “es particularmente significativo el despertar de una reflexión ética sobre la vida. Con el nacimiento y desarrollo cada vez más extendido de la *bioética* se favorece la reflexión y el diálogo —entre creyentes y no creyentes, así como entre creyentes de diversas religiones— sobre problemas éticos, incluso fundamentales, que afectan a la vida del hombre”.²

Para cumplir con esta tarea nos hemos planteado el interrogante sobre las cuestiones más “fundamentales”. En relación con ellas, sin embargo, yo sólo puedo contribuir con una aportación, un estímulo, porque la respuesta se completará con la experiencia y el testimonio de cada uno de ustedes. Mi experiencia es relativamente breve, ya que en diez años, sólo he tenido contacto indirecto con los centros de más larga experiencia esparcidos por el mundo, a través de las publicaciones, los congresos, y la correspondencia personal con algunos exponentes del pensamiento norteamericano y europeo.

Nuevos horizontes de la bioética

Considero que es mi deber poner de relieve un hecho: la progresiva ampliación del ámbito en el que ejerce influencia la bioética. Hasta hace algunos años se discutía si la bioética era una disciplina o si debería entenderse como un movimiento cultural o, más simplemente, una metodología de acercamiento a las cuestiones planteadas por el progreso científico.³ Me parece poder

afirmar que en los últimos cinco o seis años, el papel de la bioética se ha ampliado y ha superado los confines de una disciplina, incluso académicamente calificada.

P. Zatto escribe: “Bioética no es sólo una disciplina: es aquella parte de la ética que se ocupa de las opciones morales vinculadas con las ciencias de la vida. Desde hace tiempo, la discusión en torno a las cuestiones bioéticas ha salido de las aulas de estudio; no sólo porque ha invadido la comunicación masiva, o ha sido invadida por ésta, sino sobre todo porque ha creado sus propias *instituciones*. Ahora ya existe una impresionante pirámide de comités éticos: supranacionales, nacionales, profesionales, hospitalarios y de empresa. Son lugares de discusión y de propuesta, pero también lugares de *decisión* y de *prescripción* para casos particulares o para protocolos de comportamiento. El campo bioético así conoce sus procesos de *decisión*, sus materiales *normativos*, sus autoridades. Se delinea una experiencia de *construcción del consenso* compleja y multiforme; una experiencia claramente internacional, caracterizada por una intensa circulación de materiales y de una tendencia a la homogeneización de los modelos éticos”.⁴

Mientras las facultades universitarias lentamente le reconocen un papel a la bioética en sus planes de estudio, sobre todo en las facultades de medicina, biología, jurisprudencia, filosofía y teología, las cuestiones de bioética han invadido a la sociedad en varios niveles: la política, el derecho, los medios de comunicación. Asistimos al nacimiento, en estos últimos años, del “bioderecho” o de la “biojurídica” como desarrollo consecuente de la reflexión bioética y de los problemas planteados en el ámbito de la ley, y se proyecta cada vez más agudamente el problema de fondo: cuáles deben ser las relaciones entre valores morales y ley civil en la sociedad pluralista.

Es verdad que las leyes sobre el aborto voluntario, vigentes desde hace tiempo en los países occidentales, habían transferido al campo de la ley civil uno de los problemas más agudos de la ética médica y del derecho: el del aborto voluntario. Pero es en estos últimos años cuando el problema del bioderecho se ha planteado en sentido orgánico en la literatura, en los congresos y en las mismas legislaciones que adoptan un horizonte más en conjunto. Bajo este perfil, la legislación francesa de 1994 —aparte los puntos problemáticos en cuanto a permisividad y de

derogaciones— representa una legislación orgánica en el ámbito del respeto de la corporeidad.⁵

La misma EV subraya la relevancia de este paso de los valores éticos a la legislación, y denuncia el peligro de que el delito mismo pretenda convertirse, por este camino, en “derecho”.⁶ Una de las novedades más notables de la Encíclica, en su tercera parte, se centra en la relación entre ley moral y ley civil, en el problema de las leyes injustas y en los deberes de los creyentes, legisladores, profesionistas y ciudadanos frente a tales legislaciones.⁷

No han dejado de producir sobresalto los pasajes de la Encíclica que denuncian el hecho, además del riesgo, de que las democracias acaben por derivar hacia la tiranía en el momento en que la ley actúe normas selectivas o supresoras de los seres humanos más débiles e indefensos.⁸ Por consiguiente, el encuentro entre bioética y derecho no es pacífico, sino que exige una vigilancia histórica y evangélica en este momento preciso, un tiempo verdaderamente pleno de emergencia. Este hecho constituye, de todos modos, un paso ampliado de la instancia bioética.

Diego Gracia, conocido historiador de la medicina y estudioso reconocido de la bioética, ha tratado en un reciente trabajo el paso de la bioética al bioderecho, y lo encuadra en la historia evolutiva de las democracias occidentales.⁹

Él habla de tres generaciones de derechos relativos a la salud: la primera generación nace con la formulación de los derechos que han fundado las democracias occidentales. Quien inspiró estos derechos fue el filósofo inglés Locke, el cual fundamentó la idea de democracia sobre el concepto de naturaleza “que hace de cada hombre el dueño de sí mismo”. Este pensamiento encontró su expresión política en la constitución inglesa y en la de Estados Unidos, así como en el pensamiento iluminista de la Revolución francesa.¹⁰

En el marco de este pensamiento liberal se adquieren y formulan algunos derechos sanitarios fundamentales: el derecho a la vida, el derecho a la salud y el derecho a la libertad individual. El derecho a la libertad individual venía a sancionar aquel principio de autonomía en el ámbito sanitario que se oponía al paternalismo médico.

Según Gracia, los hoy llamados “derechos de los enfermos” son concreciones y especificaciones de los derechos civiles y políticos proclamados en los siglos XVII-XVIII y que llegaron tardíamente al ámbito sanitario.¹¹

La segunda generación de los derechos sanitarios surge con la revolución social que arranca a partir de mediados del siglo XIX. El principio de justicia social viene a corregir al de libertad. El ideal liberal fue el de determinar el *minimal state*, especificando lo que el Estado no debía hacer (derechos negativos); el ideal social quiere configurar un *maximal state*, indicando en sentido positivo lo que el Estado debe hacer para alcanzar la igualdad y la justicia social. Así, nace en el ámbito de esta visión de lo social, siempre según Gracia, el derecho a la asistencia médica. Tal derecho encuentra su expresión en la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, en cuyo art. 22 se habla de “satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables para su dignidad y el libre desarrollo de la personalidad”, y en el artículo 25, donde se afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en particular, el alimento, el vestido, la habitación, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene también derecho a que se le ayude, en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad, vejez y otros casos de pérdida de los medios de subsistencia, por circunstancias independientes de su voluntad”.¹² Se trata de dos derechos: el de la asistencia sanitaria para garantizar preventivamente la salud y el de la ayuda en caso de enfermedad.

De la democracia liberal se pasa, pues, a la democracia social, también en el ámbito de la salud. En nuestro tiempo surgen los derechos de la tercera generación que deberían llevar, según la reflexión de Ignacio Ara Parrilla —citado por Gracia— a la democracia real.¹³

Este concepto parte de la comprobación de que: “las democracias actuales son muy poco democráticas: sólo podrán serlo enteramente si son capaces de tomar decisiones considerando los intereses no ya parlamentarios que hacen las leyes o de los políticos que las aplican y ni siquiera de la sociedad que representan sino, más bien, de toda la comunidad ideal de comunicación, es decir, de todos los hombres presentes y futuros”.¹⁴ Se advierte aquí el eco del pensamiento de Apel y Habermas y de H. Jonas. La meta de la democracia real implicaría, así, los derechos que tienen que ver con la bioética y la ecología: el respeto del genoma, la reglamentación de los procesos de generación y el respeto del ambiente vital.

Las recomendaciones del Consejo de Europa hablan de “derecho a un patrimonio genético no manipulado” salvo las aplicaciones terapéuticas, y la

Asamblea de las Naciones Unidas,¹⁵ en 1987, exhorta a preparar una Declaración Universal sobre la protección del ambiente y el desarrollo. La UNESCO está preparando una declaración sobre el genoma humano definido como “patrimonio de la humanidad” —con una expresión no carente de equívocidad.

Finalmente, la tercera generación de derechos, que tiene como tarea hacer madurar el concepto mismo de democracia, debería estar constituida por los derechos que nacen de la reflexión bioética y de ética bioecológica.

Por consiguiente, la bioética, según este pensamiento de Gracia que creo digno de consideración, no sería simplemente una disciplina que ambiciona honores académicos, no sería sólo un movimiento cultural, sino que constituiría un movimiento político y una fuente de derechos nuevos.

En este punto se plantea obviamente el problema de la relación entre bioética y bioderecho: ¿cómo se sitúa el derecho y la formulación de la ley frente a los valores éticos elaborados por la bioética? En el campo internacional se habla de dos caminos: el *British Way* y el *French Way*, según una expresión de P. Zatti.¹⁶

El *French Way*, que se ha afirmado en la ley de 1994 sobre la bioética, “asigna al legislador —sobre la base de la consulta y del consentimiento de los componentes sociales— la tarea de garantizar un esquema de preservación de valores, sin el cual la práctica científica y la misma costumbre se adentrarían en un callejón sin salida”. En el *British Way* “la ley sigue, tanto en el tiempo como en los contenidos, el consenso social”; y se limita substancialmente a corregir los márgenes de disensión.

La EV recuerda al mundo católico, y en particular a los políticos y a los legisladores, pero también a los ciudadanos en particular, una tarea fuerte, de suma delicadeza e importancia, ahí donde afirma la invalidez de la ley cuando contrasta con los derechos fundamentales, la decadencia del concepto de democracia en el caso de normas que legalizan el aborto y la eutanasia o, en todo caso, niegan los valores y derechos fundamentales, y cuando afirma en sentido positivo la obligación de disentir, de objetar para los operadores sanitarios y, para todos, de comprometerse en pro del cambio de estas leyes.

A mi juicio, la fundamentación de estas posiciones no puede basarse, sin embargo, sólo en la formal proclamación de la responsabilidad para con las generaciones futuras o en una suerte de ideal comunicación entre

las generaciones, sino sobre el valor de la dignidad de todo ser humano, en cuanto hombre, dignidad inscrita en la esencia humana y medida sobre el destino trascendente de la persona.

Hablando de generaciones futuras y de sus derechos, hemos tocado también una ulterior orientación expansiva de la bioética, esto es, la de la ecología. La bioecología es abarcada en el panorama epistemológico de la bioética. Esta pertenencia estaba implícita ya en la definición de la *Encyclopedia of Bioethics* de W.T. Reich,¹⁷ precisada ulteriormente en Italia en el llamado Documento de Erice.¹⁸ Y esta implicación está presente también en el pensamiento de los fundadores de la bioética como V.R. Porter y H. Jonas.

Es obvio, en todo caso, que no se puede hablar de protección de la vida humana sin plantear el problema de las condiciones ambientales de vida: y esto tanto en el sentido de preservación y “supervivencia de la humanidad”, cuanto en el sentido de la promoción de la salud y de la calidad de vida.

Conocemos los diversos enfoques que hoy imperan en el ámbito del pensamiento ecologista y en la reflexión sobre la ética del ambiente.¹⁹ Es cierto que nosotros no podemos renunciar a la primacía del hombre sobre la naturaleza, pero es también verdad que esta primacía no se debe concebir como un dominio despótico, sino como responsabilidad. Estamos convencidos de que existe una diferencia ontológica y axiológica, es decir, entre el mundo humano y el animal y vegetal, pero sabemos que esta diversidad revela un finalismo de la biosfera y requiere que el equilibrio del ecosistema y de los ecosistemas sea salvaguardado y promovido.²⁰

El problema de la fundamentación

Debemos, pues, tomar en cuenta, con satisfacción y sentido de responsabilidad, este crecimiento *extensivo* de la bioética, que se institucionaliza, se concreta en el bioderecho, informa el pensamiento ecológico e incluso presume decir una palabra importante sobre el concepto mismo de democracia. Pero debemos asimismo reconocer claramente que, en el plano del pensamiento fundante, navegamos entre un conjunto de teorías difícilmente compatibles entre sí y que con frecuencia incluso desisten ante cualquier hipótesis de fundamentación objetiva y universal. Esto es más preocupante

que nunca si se piensa que los comportamientos en el ámbito bioético y bioecológico exigen su validez universal so pena de vaciarlos de sentido. “Predicar la moral es fácil, lo difícil es fundamentar la moral”, recordaba ya el filósofo Schopenhauer.²¹ En un estudio reciente, R. Dell’Oro subraya la actual situación de la bioética en relación con la instancia de fundamentar en un reciente artículo que habla significativamente de la superación de la bioética norteamericana.²²

La primera sistematización de los principios de la bioética, como todos saben, se dio en Estados Unidos con el llamado “principalismo”. Éste nace, como recuerda Dell’Oro, del encuentro entre dos teorías éticas: la utilitarista y la deontológica. Estas dos teorías presuponen el llamado “no cognitivismo” y la validez de la llamada ley de Hume. Desde el punto de vista moral una acción no puede ser definida en sí misma, respecto de su valor intrínseco —nosotros diríamos objetivamente—, ni es posible construir una ciencia ética a partir de la observación de los hechos, porque hechos y valores tienen un origen diverso: los hechos existen fuera del sujeto, los valores serían atributos del sujeto.

Según la teoría utilitarista, “el criterio moral de una acción es medido sobre un parámetro único: el principio de utilidad: buena es aquella acción capaz de maximizar el bien para el mayor número de personas” (R. Dell’Oro). La bondad de una acción, así, se puede medir por sus consecuencias.²³ En la tradición propia de los representantes más autorizados del utilitarismo (Bentham, Stuart Mill) la positividad de las consecuencias es concebida en relación con un resultado hedonístico: ausencia de dolor, presencia del placer y de la felicidad. Más recientemente, según Singer, la misma obligación y el umbral moral del respeto del ser viviente se fundamentan en la capacidad de éste de sentir o no el dolor y el placer.²⁴ Justamente se ha subrayado el carácter doblemente reduccionista de esta teoría ética: por una parte, el bien se reduce a placer; por la otra, bien y mal son valorados en relación con la objetividad de los resultados y se prescinde de la participación intencional del sujeto. La ética utilitarista ha sido definida como una ética sin objeto.²⁵

A primera vista, la teoría deontológica se presenta con una fundamentación diferente, porque se refiere, tanto en la formulación kantiana como en la más reciente de Rawls, a la racionalidad y universalidad, y se concreta en

la obligación de tratar al hombre siempre como fin y nunca como medio. Es obvio que, a pesar de la nobleza de esta instancia, una vez desconectada de la referencia religiosa y metafísica, esta norma sigue siendo abstracta y difícilmente puede justificar prohibiciones absolutas o, en cualquier caso, concretadas en la objetividad. Se hace necesario, por esto, la referencia a la mediación de principios ulteriores. Los primeros autores norteamericanos de la bioética, Beauchamp y Childress, como sabemos, propusieron cuatro principios fundamentales: el respeto de la autonomía, el principio de no maleficencia, el principio de beneficencia y el principio de justicia. De estos principios entendidos como válidos *prima facie*, surgen ulteriormente una serie de reglas: veracidad, privacidad, confidencialidad, fidelidad. Al resolver cada caso en particular, sin embargo, se habrá de acudir a principios y reglas mediante una ulterior operación de mediación, la del contrapeso, porque en las situaciones concretas las más de las veces están implicados ambos.

La metáfora de la balanza, ofrecida por W.D. Ross, introduce un amplio espacio para la relativización de la solución moral. El resultado es que se cae en la ética de la “medida” o en la de la autonomía.²⁶

Basta recordar lo que afirma el mismo Beauchamp: “Deberes como, por ejemplo, la beneficencia, la fidelidad o el deber de reparar el daño causado, no son deberes absolutos, porque pueden ser superados (*overridden*) por otros deberes más fuertes en algunos casos... Por esto el deber que se impone en una situación concreta está determinado por el contrapeso (*balance*) del peso respectivo de los deberes *prima facie*, en general. Se podría decir que los deberes *prima facie* cuentan siempre, aunque no prevalezcan”.²⁷

Así, la bioética se configura en este enfoque como una función reguladora de los posibles contrastes sociales, centrada en la evaluación de las consecuencias de las acciones y no ya en su origen subjetivo, ni menos aún en el valor intrínseco del acto moral.

El autor citado, Dell’Oro, hace notar acertadamente que esta situación ha llevado al predominio del principio de autonomía del paciente sobre los demás principios, y a la introducción cada vez más fuerte de consideraciones económicas en los procesos de decisión en medicina: una vez relativizado el concepto bien/mal en relación con los principios de benevolencia/maleficencia, el todo se decide con base en la evaluación autónoma del sujeto involucrado y con base en las consecuencias socioeconómicas de las opciones hechas.

Una corriente de pensamiento encabezada por T. Engelhardt propone, como sabemos, el contractualismo como criterio fundamental en el ámbito de la ética pública. Tal criterio intersubjetivo viene a originar y a expresar una comunidad ética constitutiva de la validez ética del acto moral. Es éticamente válido, en el ámbito de la ética pública, lo que es fruto del consenso. El criterio roussoniano de la democracia liberal se transfiere al ámbito de la ética, que se mantiene por esto siempre subjetiva y relativa, aunque la subjetividad sea plural y la relatividad se deba negociar continuamente.²⁸

No es difícil comprobar, especialmente si se piensa en las conclusiones a las que llega esta teoría ética, que en el fondo del consensualismo, inspirado por los intereses de las partes, subyace aún el utilitarismo simple y sencillamente en cuanto que el consenso es expresado sobre la base de los intereses de la comunidad.²⁹ Pero lo terrible en esta teoría es la consiguiente definición del sujeto moral: el sujeto moral es sólo aquel que participa en el contrato y expresa el consenso.

Se eliminan así, del ámbito de la subjetividad personal, no sólo a los fetos y los embriones, sino también a los niños antes del uso de la razón, a los enfermos mentales crónicos, etcétera. No basta decir, luego, que en la moral privada y religiosa cada uno podrá tener escalas de valoraciones diversas y que existe una diferencia entre ética pública y moral privada, para corregir este relativismo utilitarista y selectivo propio del contractualismo.

Admitiendo, sin conceder, que se pueda hacer una distinción tan radical, es justamente en el ámbito de la ética pública en el que se afirma el relativismo, la desigualdad valorativa y la carencia de un criterio de justicia.

El autor citado, Dell'Oro, sintetiza así su juicio sobre la ética norteamericana: "El límite fundamental de tal enfoque parece ser la pérdida de un criterio verosímil último para la ética, la renuncia a pensar la rectitud (*rightness*) de cada solución en particular, sobre el trasfondo de un criterio de bondad (*goodness*), que es el bien mismo. Una ética sin verdad acaba por reducirse a una suerte de estrategia práctica, donde el criterio moral es sustituido por el político y la argumentación racional sirve solamente como instrumento de legitimación ideológica".³⁰

No podríamos dar un juicio más benévolo acerca de las diversas teorías éticas fundamentadas sobre el positivismo lógico, en el que el valor de la argumentación se fundamenta solamente en la coherencia

interna de la teoría si prescindimos de la justificación de partida y de los contenidos de la elección. Los horizontes de intersubjetividad intergeneracionales propuestos por la ética de la comunicación en Alemania, con Apel y Habermas, pueden ofrecer una premisa de amplio aliento para retomar el argumento fundante, pero éste sigue estando por “fundamentarse” y por buscar en una antropología más completa.³¹

No hay que pensar que la búsqueda de verdades fuertes en el ámbito ético amenace a la democracia y al espíritu de tolerancia.³² Por el contrario, se debe pensar que “el súbdito ideal del régimen totalitario no es el nazi convencido o el comunista convencido, sino el individuo para el cual no hay distinción entre realidad y ficción, entre verdadero y falso”.³³ La democracia exige que toda propuesta sea sostenida por una porción de verdad y que todos estén comprometidos en descubrir y promover la dignidad del hombre, la dignidad presente en cada hombre, a través de la variedad de programas políticos y culturales. La democracia no debe temer a los límites, sino que debe permanecer sin poner límites a las libertades individuales, límites basados en derechos no pactables, siendo el primero de todos el derecho a la vida, sin el cual se llega a suprimir el derecho mismo a la libertad. Y si la democracia debe tener como meta la realización del bien común, hoy esta noción no puede dejar de tener también “la función de poner límites a la disponibilidad del hombre, a su voluntad de dominio sobre la naturaleza externa, sobre la naturaleza humana y sobre la sociedad, en la convicción, como dice R. Speamann, de que una vida con estos límites sería mejor que otra sin ellos”.

La antropología de referencia

Que la bioética tenga necesidad, pues, de encontrar su fundamento en la antropología está ya fuera de discusión, pero es obvio que esta antropología, para poder fundamentar válidamente una ética de la vida, debe contener una verdad “objetiva” sobre el hombre. Incluso el utilitarismo, el contractualismo o el positivismo lógico tienen su antropología más o menos implícita o sumergida, pero la fundamentación de la eticidad del acto y de la norma no está en la humanidad del hombre y en la verdad del hombre en estas teorías, mientras nosotros debemos afirmar que es en la realización de la esencia del hombre, es decir, de su verdad, como se

puede y se debe encontrar el criterio de valor para las opciones éticas, privadas y públicas.

Este hecho nos lo replantea vigorosamente la EV, en la que la vida de cada hombre es representada en su dignidad de imagen de Dios y de pertenencia al Cuerpo de Cristo, a la luz de la Creación y de la Redención, pero también en relación con su naturaleza racionalmente cognoscible. No se deberá desdeñar la aportación de la teología revelada a la bioética, especialmente en el ámbito católico. Pero la misma EV enseña que la fe en la verdad revelada, que ilumina al hombre desde dentro de su mente y de su razón, deberá buscar el encuentro con la razón. La verdad de fe no se ha de sentir como amenaza sino como ayuda para la verdad racional; ni la fe debe concebirse como un accesorio, un sombrero respecto del vestido, para usar una imagen de J. Guitton, ni como una recta paralela respecto del componente filosófico, sino como una luz interior que aumenta, sin sustituir, la luz de la razón, la salva de las desorientaciones y potencia su profundidad.

Con la razón iluminada por la fe deberemos profundizar la antropología fundante de la bioética y descubrir en el hombre no sólo al sujeto responsable del acto moral, sino al mismo tiempo esa dignidad ontológica que no es construida sino recibida, y que, por tanto, remite al Donador cuando explícitamente se profundiza en ella. El ser humano, que es fin y no medio, incluso para la filosofía iluminista de Kant, el ser humano que es, cristiana y bíblicamente hablando, imagen de Dios, es por esto persona humana en su plena dignidad en virtud de su esencia y no por efecto de su desarrollo físico o económico o de su responsabilidad social. La “personalidad” se manifiesta a través de las etapas del desarrollo y de la inserción social, pero supone el estatuto de persona. La persona humana, *quod est perfectissimum in rerum natura*, que es lo más perfecto en la naturaleza de las cosas, es también el centro del universo como fin y como custodio de éste.³⁴

El pensamiento europeo no puede renunciar a esta fundamentación antropológico-personalista de la bioética. El pensamiento filosófico que se remite a Sto. Tomás y a los personalistas más recientes, tiene en esta misión fundante, a mi juicio, un papel especial. Otras escuelas como la hermenéutica y la fenomenología pueden ofrecer aportaciones, pero no sustituir las adquisiciones de la metafísica. La misma ética de las virtudes que se está difundiendo en Europa después de los valiosos trabajos de Pellegrino y Thomasma,³⁵ y tras la crisis del concepto de “ética aplicada”³⁶

entendida como deducción de la teoría, la misma ética de las virtudes tiene necesidad de una fundamentación de tipo antropológico-personalista.

Pero para responder a los desafíos que la bioética plantea en la actualidad, sobre todo en relación con la ampliación de sus implicaciones no ya sólo al ámbito médico-sanitario o de la investigación biológica, sino también al terreno del derecho y de las instituciones, esta antropología personalista de referencia deberá comprometerse, a nuestro parecer, en reconstruir o en construir algunos puentes ideales o de pensamiento.

Los puentes por reconstruir

Tomo esta imagen del puente destruido que hay que reconstruir y recuerdo lo que sucede durante la guerra: para interrumpir las vías de comunicación y retrasar el avance, los que se batían en retirada destruían los puentes; así ocurría en todos los frentes: con bombardeos aéreos y minas terrestres se hacían saltar los puentes sobre las vías de comunicación. Con la liberación, como primera necesidad, se reconstruyeron estos puentes: cada vía de comunicación tiene necesidad de un puente y así, para reanudar el curso normal, la vida ciudadana y laboral necesita construir puentes entre las orillas de un río o entre dos escarpadas vertientes separadas por un valle profundo.

Las sucesivas crisis por las que ha atravesado la cultura europea y occidental, en la modernidad y en la posmodernidad, han destruido algunos puentes esenciales para establecer el curso de un humanismo más acabado. Con todos los riesgos de la síntesis en una situación compleja, he identificado cinco puentes que hay que reconstruir, para dar curso al desarrollo de una antropología y una ética pública adecuada a las nuevas situaciones.

El primer puente se refiere a la relación entre *fe* y *razón*, interrumpido por la secularización iniciada justamente con el racionalismo y el idealismo: con Kant y el idealismo asistimos al intento de absorción de la fe “dentro de los límites de la razón”, para terminar, en el positivismo materialista, con la negación de toda trascendencia. Pero desde el vértice de la exaltación de la razón idealista y positivista, que celebró su locura insana en la última guerra, se cayó en el rechazo de la misma razón con el nihilismo, el relativismo y el no cognitivismo posbélico y posmoderno. A la razón no se le reconoce ya ni siquiera la capacidad de captar la verdad, sino sólo la de regular el sistema

lógico o de calcular los resultados de nuestras acciones.

Desde el pensamiento “fuerte” de los absolutismos hemos terminado en el pensamiento débil de las democracias del puro consenso y del contractualismo anomístico.

La tarea que tenemos ante nosotros es enorme y urgente. Redescubrir la belleza de la verdad y el gozo de su búsqueda con la luz de la razón y de la revelación. Para el mundo descristianizado es importante que los fundamentos racionales de la metafísica y de la ética se pongan en primera instancia y para los creyentes es importante rescatar enteramente la misma razón con el don de la fe.

El segundo puente es entre *la libertad* (o principio de autonomía) y *la res-ponsabilidad* (o principio de responsabilidad).

El iluminismo y el neoiluminismo radical han acabado por fundamentar todo en el principio de autonomía y de concebir la autonomía como el único fundamento de la vida ética. Pero la autonomía exige la responsabilidad como supuesto previo y como consecuencia. Como pre-misa, el ser libre y autónomo, precisamente para ejercer su propia autonomía, debe ser respetado y respetarse en su vida: debe asumir y presuponer su propia existencia física y real. Para ser libres se necesita estar vivos y respetar la vida. Como consecuencia del ejercicio de la autonomía se requiere la responsabilidad, porque los actos y las opciones de autonomía tienen contenidos y producen efectos; hoy estos efectos pueden repercutir en el mundo de la naturaleza y de las generaciones futuras. Frente a todo esto debemos sentirnos responsables, debemos activar el principio-responsabilidad que a su vez se mide sobre la idea del bien y de la verdad. Sobre esto la lección de H. Jonas ha sido y es muy significativa.³⁷

El tercer puente que hay que consolidar es entre *naturaleza y persona*. La responsabilidad es propia de las personas como característica potencial o actual, pero la responsabilidad supone previamente a la naturaleza humana en la que se inscribe: es propio de la naturaleza humana el ser responsables; la responsabilidad, por otra parte, debe asumir como ley fundamental el respeto de la naturaleza humana en cada hombre, es decir, el respeto del hombre en su esencia humana. Frente a las perspectivas de la ingeniería genética y de la procreación artificial, como en muchos otros problemas de la bioética, el horizonte de la humanidad en su esencia y de la ley moral como ley natural se replantean en su urgencia y totalidad. Es importante no confundir la ley moral con la ley de la biología, pero es

igualmente importante no excluir de la obligación moral el respeto del hombre en su unidad de espíritu encarnado y en su totalidad y plenitud de vida, sin escindir la unidad ontológica de espíritu encarnado y de cuerpo animado y vivificado por el espíritu.

El cuarto puente es entre *la ética y el derecho*: es el problema que hemos tratado ampliamente al principio. La bioética está haciendo que el bioderecho madure: la ley civil no puede ser deducida materialmente de la ley moral ni es posible lo contrario. Hay que descubrir la fundamentación y la armonía en la autonomía de los dos campos. Una armonía que no puede ignorar los derechos fundamentales, siendo entre ellos el primero de todos el del respeto incondicional de la vida de todos y cada uno de los seres humanos. El derecho a la vida se ha convertido así en el banco de prueba para la bioética y el bioderecho y es, a su vez, el arco que unifica y fundamenta las dos disciplinas.³⁸

El quinto puente que, sobre todo en el ámbito y al interior de la bioética deberemos reconstruir, es el puente entre *la ética de los principios y la ética de las virtudes*. En relación con la ética no basta con dilucidar fundamentaciones y teorías, elaborar normas de comportamiento. Esto es necesario e imprescindible, ciertamente, tanto para la ética pública como para la privada; pero no es suficiente: hay que reflexionar sobre las actitudes prácticas y operativas, especialmente en el ámbito sanitario. No comparto el pensamiento de quienes quieren construir una ética en el ámbito sanitario, prescindiendo de todo principio y teoría, para basar los comportamientos simplemente en la necesidad de cuidado y, por esto, en la aptitud para cuidar y aliviar el sufrimiento humano. Incluso ahí donde se niega la existencia de una teoría ética, de hecho, se construye una nueva.

Lo que es importante y que viene de las aportaciones de algunos fundadores de la bioética³⁹ es tener y cultivar, sobre todo en los operadores sanitarios, las actitudes permanentes (virtudes) para que se favorezca y construya el bien, el bien verdadero y fundamentado, de cada individuo.⁴⁰ La ética de las virtudes tiene necesidad de principios éticos fundamentados en una antropología completa.

A quien quiera debilitar esta antropología y quitar vigor a la reflexión fundante y al fundamento verdadero de la ética, quisiera recordar lo que escribe Levinas en la obra *Humanismo del otro hombre*: “Ser yo significa no poderme sustraer a la responsabilidad, como si todo el edificio

de la creación descansara sobre mis espaldas”. El momento histórico presente requiere de cada uno de nosotros, de manera especial de los científicos, de los tecnólogos y de los responsables de la organización de la salud, el honor y la carga del peso del mundo.

Siento, por otra parte, que puedo compartir plenamente lo que escribía Novalis: “Si los hombres quieren dar un paso adelante en el dominio de la naturaleza externa mediante el arte de la organización y de la técnica, entonces deben dar primero tres pasos hacia el interior en la profundización ética”.⁴¹

Referencias bibliográficas

¹ JUAN PABLO II, *Carta Encíclica “Evangelium Vitae”* (25.3.1995), México: Ediciones Paulinas, 1996, n. 19. En adelante la citaremos con la sigla EV.

² BOMPIANI, A., *Bioetica in Italia. Lineamenti e tendenze*, Bologna: Dehoniane, 1992; VIAFORA, C. (coord.), *Vent’anni di Bioetica: idee, protagonisti, istituzioni*, Padua: Gregoriana Libreria Editrice, 1990; LEONE, S., PRIVITERA, S. (coords.), *Dizionario di Bioetica*, Bologna: EDB-ISBN, 1994.

⁴ ZATTI, P., *Bioetica e diritto*, Rivista Italiana di Medicina Legale 1995, XVII: 2. No se puede estar de acuerdo con las conclusiones de esta reflexión, no obstante que sea amplia y profunda reflexión, porque nos parecen inspiradas en un relativismo ético impreciso. La Rivista Italiana di Medicina Legale hace diez años había planteado la cuestión de si la bioética no constituía una copia respecto de la deontología médica. Véase CANEPA, G., *Bioetica e deontologia medica: aspetti problematici e conflittuali*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 1990, 1: 3-6.

⁵ El título de la ley francesa es *Loi n°94-654, du 29 juillet 1994, relative au don et à l’utilisation des éléments et produits du corps humain, à l’assistance médicale, à la procréation et au diagnostic prénatal*. (Puede verse en ROMEO CASABONA C.M. (ed.), *Código de leyes sobre genética*, Bilbao: Universidad de Deusto - Fundación BBV - Diputación Foral de Bizkaia, 1990, pp. 249-288. *N. del T.*)

⁶ EV, n. 18.

⁷ EV, nn. 68-74

⁸ EV, n. 20.

⁹ GRACIA, D., *I diritti in sanità nella prospettiva della bioetica*, L’Arco di Giano 1994, 4: 29-44. El autor es conocido sobre todo por el volumen *Fundamentos de Bioética*, Madrid: Eudema Universidad, 1990.

¹⁰ LOCKE, J., *Two treatises on civil government*, Roma: Editori Riuniti, 1984 (ed. original 1689).

¹¹ GRACIA, *I diritti in sanità...*, p. 34; ID., *Fundamentos de Bioética*, pp. 141.233.

¹² ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, Nueva York, 10.12.1948; GRACIA, *I diritti in sanità...*, p. 35.

¹³ ARA PARRILLA, I., *Las transformaciones de los derechos humanos*, Madrid: Tecnos, 1990, citado por GRACIA, *I diritti in sanità...*, p. 37.

¹⁴ GRACIA, *I diritti in sanità...*, p. 37.

¹⁵ CONSEJO DE EUROPA, *Recomendación 934/1982*, retomada en PARLAMENTO EUROPEO, *Resolución sobre los problemas éticos y jurídicos de la manipulación genética (Doc. A2/327/88)*, 1988, en ROMEO CASABONA, *Código de leyes...*, pp. 520-525 y 674-679.

¹⁶ ZATTI, *Bioetica e diritto*, p. 5. Sobre el tema de las relaciones entre bioética y derecho, véase también D'AGOSTINO, F., *Il problema bioetica in una società pluralistica*, en Atti dell'88° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, Roma, 1987; ID., *Bioetica e diritto*, Medicina e Morale 1993, 4: 675-691.

¹⁷ REICH, W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Nueva York: The Free Press, 1978: 992-1001.

¹⁸ El documento es referido en Medicina e Morale 1991, 1, con el título *Il Documento de Erice sui rapporti della Bioetica e della Deontologia Medica con la Medicina Legale*.

¹⁹ BARTOLOMMEI, S., *Etica e natura*, Roma-Bari: Universale Laterza, 1995. Véase también la sección bibliográfica en *Medicina e Morale* a cargo de P. VITALE y M.B. FISSO a partir del año 1992 con el título *Etica e ambiente*.

²⁰ Sobre la posición católica en relación con la ecología y ética del ambiente, véase PRZEWOZNY, B.J., *Il problema ecologico*, en AA.VV., *L'Uomo misura dello sviluppo. Per una lettura della "Sollicitudo Rei Socialis"*, Quaderni dell'Osservatore Romano, 1992, 7: 81-89 y además el Mensaje de Juan Pablo II para la Jornada de la Paz 1990 con el título *Paz con Dios Creador, Paz con todo lo creado*.

²¹ Referido por VON ENGELHARDT, D., *Sulla sistematica e sulla storia dell'etica medica*, en ID. (coord.), *Etica e Medicina*, Milán: Guerini Associati, 1994. El artículo se revela de gran interés sobre el tema de la ética médica y de la fundamentación del pensamiento ético.

²² DELL'ORO, R., *Antropologia ed etica. Oltre la bioetica americana*, Rivista di Teologia Morale 1995, 106: 203-220. El autor es investigador en el Centre for Clinical Bioethics de la Georgetown University, Washington D.C., uno de los principales centros de la "bioética norteamericana".

²³ *Ibid.*, pp. 205-208. El autor se refiere a los exponentes de la llamada "bioética norteamericana", sobre todo a BEAUCHAMP, T.L. y CHILDRESS, J.F., *Principles of biomedical ethics*, Nueva York: Oxford University Press, 1989 por lo que se refiere a la bioética de los principios; mientras por lo que a las teorías utilitaristas se refiere, véase BRANDT, R.B., *A theory of the good and the right*, Oxford: Clarendon Press, 1981 y HARE, R.M., *Moral thinking, its level, method and point*. Para la teoría deontológica se recuerda a ROSS, W.D., *The right and the good*, Oxford: Clarendon Press, 1930 y, del mismo autor, *The foundations of ethics*, Oxford: Clarendon Press, 1939.

²⁴ SINGER, P., *Practical ethics*, Cambridge: Cambridge University Press, 1979; ID., *Animal liberation: a new ethics for our animals*, Nueva York: Review-Random House, 1975.

²⁵ DELL'ORO, *Antropologia ed etica...*, pp. 206-207.

²⁶ *Ibid.*, p. 208.

²⁷ BEAUCHAMP, CHILDRESS, *Principles of biomedical ethics*, p. 52.

²⁸ ENGELHARDT, H.T., *The foundations of bioethics*, Nueva York: Oxford University Press, 1987 (tr. esp., *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona: Paidós, 1995).

²⁹ El concepto de "interés" como base justificadora de la opción moral es replanteado también por otros autores como DWORKIN, R., *Life dominion*, Londres: Harper Collins, 1993.

³⁰ DELL'ORO, *Antropologia ed etica...*, p. 210.

³¹ GRACIA, *I diritti in sanità...*, pp. 40-41.

³² ARENDT, H., *Le origini del totalitarismo*, Milán: Edizioni di Comunità, 1967, citado por BELARDINELLI, S., *Con quale liberalismo...*, Studi cattolici 1995: 351.

³³ BELARDINELLI, *Con quale liberalismo...*, p. 350.

³⁴ Cfr. VANNI ROVIGHI, S., *L'antropologia filosofica in S. Tommaso d'Aquino*, Milán: Vita e Pensiero, 1965.

³⁵ PELLEGRINO, E.D., THOMASMA, D.C., *For the patient's good. The restoration of beneficence in health care*, Nueva York: Oxford University Press, 1986.

³⁶ STOFFEL, B., *Analysing ethics. Ethical praxis, health care analysis*, 1994, 2: 306-309.

³⁷ Cfr. JONAS, H., *Il principio di responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Turín: Einaudi, 1990.

³⁸ BELARDINELLI, *Con quale liberalismo...*, pp. 348-353.

³⁹ PELLEGRINO, THOMASMA, *For the patient's good...*

⁴⁰ STOFFEL, *Analysing ethics...*, pp. 305-309.

⁴¹ NOVALIS, citado por VON ENGELHARDT en *Etica e Medicina...*

REVISTA MEDICINA Y ETICA

PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: \$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dlls.

Otros países: \$ 85 U.S. dlls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: \$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dlls.

Otros países: \$ 30 U.S. dlls.

Deseo recibir la revista *Medicina y Etica*

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

País: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor, enviar cheque a nombre de:

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

Número de cheque: _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:

**Instituto de Humanismo
en Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s/n
Apartado Postal 10 844
C.P. 11 000, México, D.F.**

Email: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx

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

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

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

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

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

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

Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

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

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