

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1993/1

**La protección legal de la vida humana - Nutrición
e hidratación - Inducción de la ovulación en
una paciente beta-talasémica homo-
cigótica - Bioética y medicina
de las catástrofes**



UNIVERSIDAD ANAHUAC

VINCE IN BONO MALUM **

**Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina**

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

VOLUMEN IV NUMERO I ENERO-MARZO DE 1993

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S. C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Ediciones ECA S. A. de C. V. ,
Calle B, Núm 20, Manzana XI
Colonia Educación, México D. F.

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

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

México: 150 nuevos pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls. Estudiantes, 15% de descuento.
Benefactores: \$120 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 10-866, México D.F. 11000

Registros en trámite.
Impreso en México. *Printed in Mexico.*
ISSN 0188-5022

1

VOLUMEN IV NUMERO I ENERO - MARZO DE 1993

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 - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Francesco Introna - J.F. Malherbe
Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi - Angelo Serra
Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Lic. Guadalupe Chávez

Dr. Manuel Sánchez de Carmona - Dra. Martha Tarasco Michel

Comité Editorial: Dr. Juan Somolinos - Dr. José Ramírez
Dr. Andrés Lisci - Dr. Adolfo Martínez - Dr. Enrique Ruelas
Lic. Michael Ryan - Lic. Antonio Cabrera

INDICE

EDITORIAL	7
La protección legal de la vida humana. <i>Blanco Rodríguez Benigno</i>	9
Nutrición e hidratación. Consideraciones morales y pastorales. Primera parte. Comité "pro-vida" de los obispos católicos estadounidenses	33
Nutrición e hidratación. Segunda parte. Declaración de los obispos católicos de Pensilvania. <i>Cardenal Anthony Bevilacqua, arzobispo de Filadelfia</i>	61
Inducción de la ovulación en una paciente betatalasémica homocigótica. <i>Negri P., Tomasi A., Ricciardelli A., Grechi E y Spagnolo A. G.</i>	95
Bioética y medicina de las catástrofes. <i>Sgreccia Elio y Fasanella Giuseppe</i>	115

EDITORIAL

No cabe duda que la época en que vivimos es un tiempo de contrastes. Se levantan las voces de políticos, científicos, profesionistas y ciudadanos todos defendiendo los derechos humanos que en el discurso se vuelven intocables y sacrosantos.

Sin embargo, nunca como en este siglo se han visto tantas atrocidades en contra del hombre mismo. Nuestro siglo, democrático, constitucional, ecologista y abanderado de los derechos humanos, es también el siglo de Auschwitz, de Bosnia, de Somalia, del aborto legalizado...

La violencia es histórica, es cierto; pero hoy la violencia por vez primera encuentra justificaciones y colaboración. Nunca antes estas atrocidades se habían visto apoyadas por gobiernos, intelectuales, científicos...

Y si bien el derecho a la vida, el más radical de todos los derechos, se ha defendido como nunca, también se ha pasado a no incluir en este derecho a todos los seres humanos, se excluye a los no nacidos, se justifica la utilización de embriones, se habla ya de eutanasia y se llega incluso a usar una nomenclatura que concuerde con estas ideas.

Se llega también a dejar en manos de unos cuantos el derecho de legislar, de decidir qué es bueno y qué es malo. Se ha permitido que el poder político se convierta en amo de la vida humana.

Detrás de todo ello existe una actitud filosófica que ha venido permeando no sólo el pensamiento sino la actuación cotidiana del ser humano del siglo xx.

¿Cuál o cuáles han sido estas corrientes filosóficas? ¿Qué consecuencias han acarreado? ¿Cómo podemos contrarrestar la influencia

negativa que conllevan? ¿Cómo lograr que ideas positivas influyan en nuestra sociedad? ¿Qué podemos hacer cada uno de nosotros para proteger la vida? Todas estas preguntas son respondidas por Benigno Blanco Rodríguez en “La protección legal de la vida humana”.

En coherencia con la protección de la vida, de la vida de todo ser humano, publicamos dos documentos sobre las “Consideraciones morales y pastorales” en cuanto a la “Nutrición e hidratación”, en los que se plantean los interrogantes que se presentan respecto de la toma de decisiones terapéuticas en determinadas circunstancias que se analizan.

Las decisiones que se toman, por las declaraciones de su voluntad, que previamente hace un paciente a su médico, suscitan amplia controversia.

Por ello, los obispos católicos de Nueva York y de Pensilvania, proporcionan una guía para orientar a quienes deben tomar la decisión final sobre la administración de alimento y líquido a los pacientes.

Pero también hay otros ejemplos en los que la aplicación de la bioética, ilustra los caminos por los que puede optarse. Tal es el caso del artículo sobre la inducción de la ovulación en una paciente betatalsémica homocigótica, que expone la problemática ética sobre medios de reproducción asistida, en casos cuya metodología técnica sea lícita por sí misma, pero cuyo riesgo para la madre sea importante, y la probabilidad de favorecer la difusión de una patología transmisible a la población, sea elevada.

La tecnología, que representa el poder del hombre sobre la naturaleza, conlleva también un incremento en el riesgo a las catástrofes, en especial a las de tipo industrial. En el artículo de “Bioética y medicina de las catástrofes”, los autores reflexionan no sólo sobre la ética de la prevención, sino también de la que requieren los valores de la solidaridad.

La Dirección

La protección legal de la vida humana

*Lic. Benigno Blanco Rodríguez**

Resumen

El artículo realiza un profundo análisis sobre las distintas corrientes filosóficas que a lo largo de la historia han modificado el pensar contemporáneo en relación al concepto de la dimensión de la vida humana. Propone que es una responsabilidad de todos el defender y luchar por que el derecho y respeto a la vida sea una realidad en nuestra sociedad, y analiza este hecho desde la legislación española.

I. Introducción

a) El siglo xx, un siglo de contrastes

El siglo xx tiene como característica esencial la omnipresente invocación de los derechos humanos: en el debate político, la diplomacia, los foros académicos y hasta las conversaciones particulares, donde expresiones como “tengo derecho a”, “es mi derecho”, empiezan a proferirse casi desde que se tiene uso de razón.

Los derechos de las minorías, de las mujeres, de los pueblos, de los niños, de los ciudadanos, de los ancianos, etc. están permanentemente en la boca de los políticos y en los medios de comunicación social.

* Licenciado en Derecho, Madrid, España.

Sin embargo, y a la vez, el siglo xx es un siglo de atrocidades en el que las barbaridades de unos hombres contra otros no sólo han sido y son cuantitativamente las más importantes de toda la humanidad, sino que, además, tales barbaridades han contado—y esto es totalmente novedoso— con el apoyo de intelectuales de relieve, gobiernos, ordenamientos jurídicos, ideologías dominantes y pensamiento científico. El siglo xx es el siglo de la democracia, el constitucionalismo, las declaraciones internacionales de derechos humanos y el ecologismo; pero es también el siglo de Auschwitz, del gulag soviético, de los kmer rojos en Camboya, del aborto legalizado y masivo que legitima a 30 millones de niños no nacidos eliminados al año en el mundo. Y es el siglo en que ideologías como el nazismo o el comunismo han sido alabadas por los intelectuales y asumidas por Estados enteros.

La violencia ha existido siempre y probablemente—mientras existan hombres— habrá asesinatos, violaciones, robos, torturas y abusos de poder. Pero justificaciones intelectuales de la violencia como las que han representado las ideologías totalitarias de este siglo, admitidas en unos años por amplias capas de la sociedad, no tienen precedente histórico.

Que todo un Estado se ponga al servicio de la violencia con la colaboración de la ciencia, el derecho, la técnica y el beneplácito de amplios sectores de la opinión pública es algo que hasta las experiencias del nazismo y el comunismo soviético la humanidad no había conocido¹.

b) El caso español de esta década: el derecho a la vida

Si queremos descender del macrocosmos del mundo occidental a un microcosmos que nos es más cercano en el tiempo y en el espacio, veamos lo que ha pasado con el derecho a la vida —el primero y más radical de los derechos humanos— en España en la última década.

A partir de 1978 los españoles contamos con una Constitución que proclama: “Todos tienen derecho a la vida” (art. 15) y asume la dignidad de la persona como principio clave del orden social y el derecho (art. 9), prohibiendo en consecuencia la pena de muerte, la tortura y los tratos inhumanos y degradantes.

Sin embargo, a poco de llegar al poder en octubre de 1982, el gobierno socialista patrocina una despenalización parcial del aborto que es

aprobada por las Cortes, con el visto bueno del Tribunal Constitucional, en 1985². Matices jurídicos aparte, nos encontramos con que a estas alturas del siglo xx, unos respetables diputados y senadores así como unos ilustres magistrados del más alto tribunal del Estado, deciden que un grupo de seres humanos —los concebidos pero todavía no nacidos— no deben estar tan protegidos por el Derecho como los demás y que matarlos no es tan grave como matar a un adulto. A partir de ese día, eliminar a un niño no nacido porque su madre ha sido violada o porque su nacimiento traería alteraciones psíquicas a la madre o porque el niño presenta deficiencias, ya es algo legítimo ante lo que el Estado nada tiene que decir ¿Razones? No se explican. ¿Por qué un deficiente tiene menos derecho a vivir que un normal? ¿Por qué la bestialidad de la violación ha de pagarla el no nacido perdiendo el derecho a vivir? Nadie da razones, pero, abierta la puerta, esta va siendo empujada para que cada vez pasen más casos por ella: en 1989 el TS declara que una madre puede abortar sin merecer castigo alguno si el nacimiento ha de provocar dificultades económicas a la familia. En 1992 el gobierno da un paso más pretendiendo en el proyecto de nuevo Código Penal que durante las doce primeras semanas de vida, el niño pueda ser eliminado por mero acuerdo entre la embarazada y un médico que considere que causa angustia a aquella el continuar el embarazo.

En menos de una década hemos pasado de reconocer que todos los seres humanos tienen derecho a la vida a afirmar —y consagrarlo así ante las leyes— que el “todos” no incluye a los que no han llegado a la edad biológica de tres meses (¿por qué tres meses y no dos o cuatro?, no se sabe, puro voluntarismo).

Otro ejemplo: unas nuevas técnicas vinculadas a la lucha contra la esterilidad, la fabricación de medicamentos y determinadas cirugías abre la posibilidad de fabricar hombres en el laboratorio y usar sus células y organismos para experimentar, investigar e, incluso, curar. La probabilidad real de acudir a esas técnicas choca en principio con el respeto a toda vida humana, pues la fecundación in vitro y otras posibilidades terapéuticas relacionadas con esas técnicas implican destruir embriones humanos y utilizarlos como objeto de investigaciones o como proveedores de células, órganos o sustancias para curar a pacientes adultos³.

Para soslayar este inconveniente, se reúne el Parlamento español y aprueba dos leyes (la 35/88, de 22 de noviembre y la 42/88, del 28 de diciembre) mediante las cuales declara que lo que hasta ahora se llamaba ser humano y era titular del derecho a la vida va a quedar parcelado, a efectos legales en varias realidades distintas —“preembrión” hasta los 14 días de vida; “embrión” hasta los dos meses y medio, y “feto” hasta el nacimiento— correspondiendo un estatuto jurídico diferente a cada una de estas realidades, creadas por un discrecional acto de voluntad del legislador al margen de la realidad.

Conforme a estas leyes, el “preembrión” carece de toda protección jurídica, pues se le niega el carácter de ser humano individualizado: puede ser objeto de donación (art. 5.1. de la Ley 35/88); puede ser congelado durante un plazo de cinco años y después destruido (art. 11.3 de la Ley 35/88) decidiendo sobre él la oficina de congelación, a cuya disposición queda a los dos años (art. 11.4 de la Ley 35/88); se le puede hacer sujeto de intervenciones para desaconsejar su transferencia al útero si no es de la calidad exigida (art. 12.1 de la misma ley) y puede ser usado para investigación y experimentación (art. 15 de la propia ley).

Si un “preembrión” es abortado, el art. 17.1 de esta ley 35/88 lo declara muerto —aunque esté vivo— con el fin de que pueda ser usado con fines farmacéuticos (art. 17.2).

Como cierre final, la ley en su art. 2.4. da el derecho a la usuaria a suspender las técnicas de reproducción asistida —es decir a abortar— cuando lo desee.

Este sistema jurídico ha logrado que se puedan usar técnicas (como la fecundación in vitro) que implican necesariamente, en el actual estado de la técnica, la eliminación de seres humanos en sus primeras fases de desarrollo, aunque para ello haya habido que pagar el precio de violentar la realidad creando la ficción de un “preembrión” no humano.

Tras las técnicas de reproducción asistida está el afán de determinados científicos e industrias farmacéuticas de manipular al hombre al servicio del conocimiento técnico o del negocio como si fuese una cosa más de la naturaleza. El legislador juzga convenientes esas finalidades y cae de nuevo en la ficción de llamar “embrión” o “feto” al ser humano en los periodos que median entre el día 14 y los dos meses y medio y entre esa

fecha y el nacimiento, respectivamente. Así, como ya no estamos ante un ser humano sino ante otra cosa (porque le hemos puesto otro nombre), puede permitir conductas que repugnarían de ser permitidas respecto al hombre.

Este es el objeto de la ley 42/8, del 28 de diciembre, conforme a la cual los embriones o fetos pueden ser utilizados si están clínicamente muertos o son no viables (art. 2. e). El gobierno establecerá cuales son viables o no según la D. A. 1^a. e de esta ley y, en todo caso (porque lo afirman así los art. 5.3 y 5.4), los embriones abortados y los fetos abortados no espontáneamente se consideran no viables. Estos embriones o fetos se podrán usar para experimentaciones (art. 9.2.B) o para extraerles tejidos y órganos para transplantar a enfermos (art. 8.2.c).

Como vemos, el esquema legal es: 1º) se le pone un nombre distinto a un grupo de seres humanos identificados por su edad; 2º) la ley establece cuándo se les ha de considerar muertos o no viables al margen de que lo estén o lo sean, o no, en la realidad; 3º) sobre la ficción anterior, se autoriza su consideración como cosas manipulables, destruibles o usables (4).

c) El núcleo de la cuestión

El legislador —por lo que vemos— se arroga definir qué grupos de seres humanos han de ser tratados como tales y cuales no; que tipo de hombres tienen todos los derechos y cuáles otros tienen menos derechos que los demás. Y no sólo respecto a los no nacidos: por ejemplo, una ley española de 1989 permite la esterilización obligatoria de los deficientes sin su consentimiento. A éstos se les priva del derecho a la integridad física que se reconoce a los llamados “normales”. La eutanasia amenaza con entrar en nuestro ordenamiento a través del Proyecto de Código Penal, abriendo la puerta a que el legislador decida que los enfermos terminales quizá no tengan tanto derecho a la vida como los demás.

Es esta una situación de objetivo totalitarismo potencial: si el poder puede válidamente suprimir, los derechos humanos para determinados grupos de hombres, ya no hay límite lógico absoluto al poder del Parlamento. Si es legítimo el aborto durante los tres primeros meses ¿por qué no va a serlo hasta los cinco o siete? o más allá: si se puede abortar porque

el no nacido es deficiente ¿por qué no va a poder eliminarse al recién nacido si sólo tras el parto se descubre la deficiencia? Si se puede esterilizar al deficiente ¿por qué no se le puede facilitar la muerte para evitar que sufra? ¿y al enfermo terminal? Estas preguntas hoy no son pura retórica; empiezan a ser realidad en nuestro entorno aunque no se hayan dado todavía los pasos necesarios para que se admitan socialmente de forma mayoritaria las respuestas que impone una lógica como la facilitadora del aborto.

Hoy el verdadero debate sobre el derecho a la vida —el más cuestionado de los derechos humanos en nuestra cultura— no debe, a mi juicio, centrarse en los límites, los plazos o las circunstancias, sino en cómo recuperar y hacer vigente el respeto a la vida humana como realidad existente —desde que surge al formarse el patrimonio genético con la concepción hasta que desaparece por el cese irreversible de la actividad cerebral— sin excepciones y al margen de cualesquiera circunstancias: edad, nacimiento, sexo, color, salud, bienestar, enfermedad, etc.

Recuperar el respeto a toda vida humana nos exige entender cómo hemos llegado a la situación descrita y para ello hemos de discernir las ideas que han configurado nuestra época determinando nuestras actitudes, juicios y valores en esa capa profunda de nuestro modo de ser, que —antes de reflexionar— nos hace querer o rechazar algo, comprender u horrorizarnos ante una conducta determinada.

¿Cómo ha llegado nuestra época a legitimar sin rubor la muerte de 30 millones de niños no nacidos al año? ¿Cómo han llegado ilustres personajes sentados en la sede del poder político a sentirse amos y señores de las vidas humanas? Hagamos historia para entender.

II. Auge y ocaso del humanismo: la filosofía moderna y el positivismo jurídico

a) El descubrimiento del hombre

La idea de que todos los seres humanos somos iguales no fue descubierta por la humanidad hasta que el cristianismo influyó en la cultura con sus afirmaciones sobre el hombre como criatura de Dios y su consecuencia ética: el precepto “no matarás”. Las civilizaciones primitivas han consi-

derado legítimo eliminar a los de otra tribu o clan, han considerado a la mujer como una cosa y al esclavo como a un animal sin derechos. Incluso las culturas clásicas griega y romana, a pesar de haber sentado las bases del humanismo en filosofía y derecho, no llegaron a captar la igualdad radical de naturaleza y derechos de todos los hombres; los más eximios de sus filósofos, como Aristóteles o los estoicos, a pesar de sus hallazgos e intuiciones en la línea correcta, legitimaron y/o convivieron sin problemas con prácticas inhumanas como el aborto, la esclavitud o el antifeminismo.

Incluso el pueblo judío que sabía, por sus Sagradas Escrituras que todos los hombres fueron creados “a imagen y semejanza de Dios”, fue incapáz, como señala Paul Johnson en su “Historia de los judíos”, de aplicar estas ideas a quienes no fuesen de su raza.

El cristianismo, como en tantos otros aspectos, supuso una radical ruptura: Cristo muere por todos los hombres y a todos dirige su mensaje. San Pablo afirma que se han roto todas las barreras que distinguían hasta entonces a los seres humanos (judíos-griegos, hombres-mujeres, etc.). De estas ideas se fue imponiendo la cultura occidental en la medida en que se fue haciendo cristiana y el resto del mundo en cuanto es influido por la Europa cristiana. El cristianismo provoca la primera liberación de la mujer que la historia ha conocido, como he tenido ocasión de estudiar en otro lugar⁵, sienta las bases para la eliminación y proscripción de la esclavitud, crea una cultura de amparo al débil, al anciano, al niño, al enfermo, que hasta entonces la humanidad no había conocido, ni siquiera intuido. Evidentemente el cambio no se produjo de una vez y radicalmente; es un proceso lento, con retrocesos parciales, con desaciertos y errores, pero permanente y continuo mientras la cristiandad inspiró a Europa.

Si una actitud filosófica ha sido y es inseparable del cristianismo es el realismo: admitir que existe lo real y que, por existir, es bueno, creado por Dios. Y el hombre es creado por Dios singularmente, uno a uno, con un destino eterno. Mientras esta idea estaba en el ambiente, inspirando ideas, costumbres y leyes, el progreso en el respeto al ser humano estaba garantizado. A pesar de guerras y violencias, ninguna ideología, ningún ordenamiento jurídico, legitimaron la matanza de inocentes sino que, al

contrario, las ideas y las leyes tendían a poner coto a los desmanes violentos, incluidos los del poder político.

Sin embargo, el papel del cristianismo como elemento conformador de la cultura occidental empieza a romperse a partir del siglo XIV: primero en el terreno de las ideas; después en el de las conductas y, por último, en el de las leyes y las mentalidades colectivas.

b) La filosofía moderna

Todos los manuales de filosofía y libros de historia coinciden en poner nombres y apellidos concretos al comienzo de la modernidad: René Descartes. Y aciertan, aunque la postura de este filósofo sólo puede entenderse a la luz de la escolástica tardía y especialmente del nominalismo de Ockam y sus discípulos, que generan el primer voluntarismo filosófico en el seno de la cristiandad.

No interesa aquí que examinemos el sistema filosófico de Descartes sino que resaltemos lo radicalmente novedoso de su postura filosófica, pues lo que la modernidad ha heredado de él no son sus ideas sino su actitud inicial ante el conocimiento y la realidad. Como Ricardo Yepes aprecia, la esencia de la postura cartesiana es la primera apriorística de la voluntad subjetiva de la persona⁶: “Los pensamientos no son evidentes por sí mismos; es el pensador el que juzga si lo son o no. Esto parece una sutileza, pero encierra el secreto del cartesianismo: manda la voluntad. Es la voluntad quien decide. Descartes es voluntarista. Lo que parece el más clásico racionalismo esconde una decisión deliberada y consciente de la voluntad, de la que penden la verdad y la falsedad. Esta es la mayor y más grave paradoja de Descartes”.

Descartes duda de todo porque quiere dudar y alumbrar el “cogito” como primera certeza porque así lo decide él. Toda la filosofía moderna se va a basar en esta misma actitud: el hombre —el filósofo— se encierra en sí mismo y desde ahí —por un acto de voluntad— crea una interpretación del mundo. Por eso, los sistemas filosóficos modernos se suceden unos a otros; cada filósofo, cada escuela, recrean al mundo y su interpretación sin atenerse a la realidad; por un acto discrecional y a priori de su voluntad pone al mundo y al pensamiento. Para la modernidad, la

realidad no es algo dado sino algo que la voluntad humana crea, algo que sólo tiene sentido y significado cuando el hombre, al pensarlo, lo recrea⁷.

Subyace a la modernidad una opción vital y apriorística que coloca al hombre como centro creador de la realidad de las cosas, de su consistencia ontológica y de su significado ético. Esta opción intelectual ha sido estudiada con acierto por Cardona en sus dimensiones morales e intelectuales; a él me remito para no exceder el objeto que ahora me he propuesto⁸.

Descartes afirma la existencia de Dios y la validez de la moral tradicional, pero lo hace en perfecta incongruencia con su pensamiento, aunque en congruencia con su actitud inicial; salva a Dios y al moral porque así desea hacerlo, no porque formen parte de su visión de la realidad.

Nada de extraño tiene que, tras él, gran parte de la filosofía moderna se haya vuelto atea: si el hombre por un acto de voluntad crea y significa las cosas, ya no hay lugar para Dios en el mundo. Esta consecuencia la sacaron pronto los discípulos de Descartes: Spinoza con su panteísmo y en empirismo negando la posibilidad de conocer la realidad en sí⁹.

A los efectos que nos ocupan, es necesario parar mientes en el verdadero padre del mundo moderno: Immanuel Kant, el filósofo más influyente de los últimos siglos; la modernidad se ha hecho de su mano o contra él, pero no sin él. Sus ideas hoy las vemos en actitudes populares y opciones políticas de quienes ni siquiera sabrían decir quién fue Kant.

Kant considera la realidad en sí como incognoscible, afirmando que es la estructura subjetiva del conocer humano la que da sentido espacio-temporal a las sensaciones inconexas que del exterior recibimos. Es el pensamiento humano el que hace a la realidad significar algo. En Kant nos encontramos hipertrofiada la actitud cartesiana: Kant no duda en la consistencia de la realidad pero sí de la validez de nuestro conocimiento de ella. Para Kant la certeza del conocimiento humano no dimana de su adecuación a la lógica intrasubjetiva del pensamiento humano.

Cuando Kant se plantea la validez de la moral, nada de extraño tiene que construya una moral autónoma respecto a toda regla objetiva. Serán.

para él, los postulados que el propio hombre actuante se autoponga sobre lo que debe hacerse o evitarse los que definan el bien y el mal.

Con Kant la realidad empieza a disolverse y la moral se subjetiviza totalmente, separándose de cualquier atadura a un bien o mal existente objetivamente fuera del hombre.

Hegel y el idealismo alemán, caminando sobre las huellas del pensamiento kantiano, acaban de sacar las últimas consecuencias de la opción intelectual antirrealista de la filosofía moderna: la realidad es ya pura temporalidad dialéctica y el bien y el mal se disuelven en un mero historicismo. Todo es ya relativo, depende de épocas y lugares; sólo permanece el hombre pensante, que ocupa el lugar de Dios. El problema es que hombres —a diferencia de Dios— hay muchos, y algunos de los seguidores y estudiosos formados en la filosofía kantiana y hegeliana cogieron la herencia de los maestros y en vez de limitarse a pensar y escribir libros aplicaron esas ideas a la acción: y el hombre pasó a creerse dueño y señor de la realidad, creador del bien y el mal, sin sentirse atado por ningún respeto debido a algo distinto de su propia voluntad. Hijos de Hegel, vía Marx, son Lenin y Stalin; hijo de Hegel, vía Gentile y Croce, es Mussolini; hijo de Hegel, vía Nietzsche, es Hitler.

Nietzsche es hoy probablemente, —junto con Marx—, el filósofo del siglo xx más citado, tanto por los hijos intelectuales de la modernidad como por sus detractores. Ello es lógico, pues Nietzsche —a lomos de su extraña lucidez y de su extravagante locura—, sacó todas las consecuencias y llevó a sus extremos la opción voluntarista del racionalismo moderno. Nietzsche no especuló, predicó. Y predicó lo que llevaban en sus entrañas Descartes, Kant y Hegel: que el hombre es la única realidad, que todo está permitido, que la moral y el cristianismo son ideas de esclavos, que el actuar y el poder son lo único que importa. Nietzsche nos anunció el fruto de la modernidad: el superhombre que actúa sin respeto a ninguna realidad objetiva que lo limite ni a ninguna moral porque la realidad y la moral las crea él.

No merece la pena seguir, a nuestros efectos, haciendo la historia de la filosofía moderna; lo que sigue, o bien es un intento de dar marcha atrás recuperando la realidad (la fenomenología, el vitalismo francés, Kierkegaard, algunas formas de existencialismo y, más modernamente,

parte de la filosofía analítica), pero con escaso éxito por mantener la opción inmanentista inicial de Descartes: o es un profundizar en la vía ya agotada, llegando hasta negar la realidad del propio hombre disuelto en pura adicción de estructuras (“el hombre ha muerto”, llega proclamar Foucault), en un vacío sin sentido (existencialismo sartriano) o en la irresponsabilidad total (Freud).

Es difícil explicar como las ideas se convierten en mentalidad común y en hábito de conducta, pero creo —con H. G. Wells— que “toda la historia humana es esencialmente la historia de las ideas”¹⁰.

Hoy día es mentalidad común el fruto de la opción intelectual cartesiana: cada hombre se considera fuente autónoma de la moral, se niega que exista una verdad objetiva de las cosas ni un bien objetivo. Se exalta la conciencia subjetiva como fuente única de moralidad. Esta es la mentalidad que consagran los llamados posmodernos, los portavoces del pensamiento débil. Estamos en lo que Lipovetsky define como “el imperio de lo efímero”.

¿Cómo saltó a la política la opción antirrealista de la filosofía moderna? a través de Rousseau¹¹ que teorizó la voluntad de la mayoría como única y exclusiva fuente del poder, dando cobertura ideológica a todos los totalitarismos del mundo moderno. Quien encarna la voluntad mayoritaria tiene todo el poder y puede subordinar al individuo a sus deseos. Esta exaltación de la voluntad de la mayoría hasta convertirla en fuente de la verdad y creadora del bien subyace al moderno positivismo, que se fía del consenso social como único criterio ético. Si la voluntad humana —la de cada individuo o la de la sociedad— es la fuente autónoma de la verdad (Rousseau, Kant), sólo el consenso mayoritario puede definir qué es bueno o malo, sin que quepa apelar a instancia alguna objetiva o extrínseca para enjuiciar éticamente el fruto del consenso.

Al hacerse común esta postura, se descalifica como fanático intransigente a quien afirma que existen cosas buenas y cosas malas en sí, al margen de lo que piense la mayoría. Así los defensores de la vida frente al aborto, o los que están convencidos de la verdad de un credo o de una moral serán repudiados como intolerantes.

Surge de este modo un curioso fenómeno de nuestros días: la acre intolerancia de los que se califican de intolerantes. Como para ellos todo

es válido y ninguna conducta debe ser rechazada, quienes opinan que el matrimonio presenta ventajas respecto a cualquier otra forma de relación de pareja son unos fanáticos, quienes defienden la heterosexualidad como más dignificante y rica que la homosexualidad son unos inquisidores, quienes defienden la maldad del aborto —digan lo que digan las leyes al respecto— son considerados como enemigos de la democracia. Estamos llegando a una situación en que se niegan el pan y la sal a quienes no están de acuerdo con el único dogma que admiten los adalides de la nueva intolerancia: que no existe más verdad ni ética que la que cada individuo —o cada sociedad— se da a sí mismo/a.

c) Democracia y positivismo jurídico

En su origen la democracia y el principio de separación de poderes surgieron como una técnica (que ha dado frutos estupendos) para defender los derechos humanos y la dignidad de la persona frente al estado absolutista precedente, pero con el tiempo se han hipertrofiado la democracia y su sustrato, la voluntad popular, hasta convertirla en la única fuente o criterio de la verdad y la mentira, del bien y del mal, hasta llegar a justificar conductas claramente inhumanas, por el mero hecho de que la mayoría las aprueba o al menos vota a quienes las aprueban.

Este carácter bifronte de la moderna democracia liberal se planteó ya en sus inicios durante la Revolución Francesa, que tuvo una primera fase definida por la Constitución de 1791 y basada en garantizar los derechos de los ciudadanos, la división de poderes y la democracia. Esta primera Revolución Francesa tiene un carácter antiabsolutista y humanista. La segunda revolución empieza en 1792 con la Comuna y se prolonga con el Comité de Salud Pública y el Terror; inspirándose en Rousseau, pretende liberar al pueblo y para ello el derecho es considerado un estorbo, pues quien actúa en nombre del pueblo y del progreso de la humanidad —que suele identificarse con los deseos e intereses del gobernante en turno— no tiene por qué respetar los bienes y derechos de los individuos¹².

Estas dos concepciones de la democracia han seguido vivas hasta hoy, persistiendo entre nosotros actitudes de la una y la otra: hoy el clima

mayoritario es la defensa teórica de la primera pero aceptando la segunda en práctica.

Desde un punto de vista jurídico, la confluencia de la filosofía moderna (con la mentalidad que le es propia tiene como manifestación suprema la negación del bien y el mal objetivo), por una parte, y por otra, de la historia política moderna que hace recaer en la voluntad mayoritaria la responsabilidad de ser fuente de la ética (máxime en la opción jacobina antes aludida como la propia de la Revolución Francesa) lleva a una preeminencia absoluta del llamado positivismo jurídico.

Por positivismo jurídico entendemos aquella ideología que afirma que no existe más derecho que el que el Estado crea e impone coactivamente. Para esta ideología lo jurídico, lo que determina qué es justicia debido a los seres humanos, es definido inapelablemente por el acto de voluntad del legislador al crear la norma jurídica. Nada puede ser justo estrictamente al margen o en contra del Derecho del Estado.

La moral autónoma kantiana, desligada de toda apelación a la realidad de las cosas, que confía a un acto de la voluntad del sujeto el poner la norma moral, se ha convertido en la autonomía del legislador para crear y suprimir los derechos sin apelación a ninguna realidad previa.

Si aplicamos al campo de los derechos humanos las teorías del positivismo jurídico nos encontramos que para esta ideología hasta la denominación “derechos humanos” es rechazable, pues esta expresión parece indicar que el hombre tiene unos derechos por sí mismo. Se prefiere así, como es el caso en España del Profesor Peces Barba y de nuestra constitución —“la expresión derechos fundamentales”— al entender que éstos son única y exclusivamente los que como tales define la ley.

Para estos autores —el citado Peces Barba o el italiano Norberto Bobbio—, que dominan hoy el panorama de la filosofía del Derecho, no existen más derechos de la persona que los que crea y ampara la ley estatal y, por tanto, no cabe calificar de injusta ninguna ley, pues no hay nada que en justicia debe reconocerse como propio de la persona al margen de lo que la ley defina como tal. Lo demás serán buenos sentimientos, moralismos, pero no Derecho.

Así por poner un ejemplo, no cabría calificar de injustos el aborto ni las leyes que lo permiten o amparan, pues el no nacido no tiene derecho a la vida si las leyes del Estado no se lo reconocen.

III. Un diagnóstico de nuestros días

a) *Crisis del racionalismo*

Como hemos visto, la moderna filosofía, definida esencialmente por un voluntarismo que coloca al hombre desligado de la realidad y creador autónomo de la moral, ha llevado al positivismo jurídico que convierte al legislador en la única fuente de criterios éticos eficaces. Así se llega a identificar el derecho y la justicia con la pura fuerza: será jurídico, será justo lo que el Estado decida y en la medida que éste tenga capacidad de imponerlo coactivamente. ¡Triste resultado para la era de la razón! Al final llega a apelar como criterio último de moral y de derecho a la fuerza bruta, aunque ésta sea la institucionalizada del Estado.

El intento ilustrado de la modernidad —liberar al hombre de mitos, imposiciones religiosas e irracionalidades— ha concluido con la vuelta de la cultura de la tribu primitiva: lo que dice el más fuerte, el que manda, eso es lo cierto y lo bueno. Sin embargo, en la tribu, los sometidos a la violencia y arbitrariedad del jefe pueden al menos pensar que el jefe es un loco y que sus actos son una barbaridad; por el contrario, la modernidad pretende negar además legitimidad a tales juicios, pues niega la posibilidad teórica de apelar a circunstancias distintas de la eficacia del poder para juzgar sobre la justicia o bondad de las decisiones de éste.

La modernidad, al fundar la ética y los valores en el efímero consenso mayoritario, reduce a una pura constatación fáctica de lo que se piensa toda la fuente de criterio ético. Así la moral pasa a ser sociología, los derechos humanos convenciones transitorias; el poder, fuerza, y la política pura praxis de la eficacia.

Si esta situación no ha desembocado en un régimen de pura violencia sin límites es porque de hecho y al margen de las teorías, sigue operando como freno a las ideologías dominantes ese sentido religioso y humanista,

de hábitos mentales de solidaridad que llevan a preocuparse por el otro y a respetarlo digan lo que digan los teóricos del positivismo o los moralistas kantianos. En la calle se vive como si el hombre sí tuviera derechos y fuese acreedor a todo respeto, al margen e incluso contra las leyes. Como explica con gráfico ejemplo MacIntyre¹³, nos parecemos a los hombres que vivieren después de una guerra nuclear y hubieren perdido los conocimientos científicos y tecnológicos que hoy nos son propios. Las máquinas que hubiesen sobrevivido a la hecatombe les serían útiles y les harían la vida más llevadera, pero les faltarían los conocimientos para repararlas si fallan o para crear otras nuevas.

Nosotros, como los hombres del ejemplo, vivimos de lo que otros crearon —la filosofía clásica, el sentido del derecho de los romanos, la moral cristiana—, pero ya ni lo entendemos ni sabemos su razón de ser, faltándonos en consecuencia los resortes para tapan las vías de agua que se producen.

Nuestra situación cultural es así precaria; no nos va del todo mal desde un punto de vista humanista pero no podemos garantizar en serio un futuro halagüeño. Vivimos en sociedades pacíficas y liberales, pero en las que ya aparecen vías de agua que permiten la admisión de la violencia frente al derecho —como el aborto, sin que estén a nuestra disposición los resortes morales e intelectuales que permitieron a los siglos pasados estar empeñados en un progresivo proceso de ascensión humanista y erradicación de la fuerza y la violencia como criterios legitimadores de la ética, el derecho y el poder.

b) Necesidad de un juicio sobre el bien y el mal

Todos sentimos que es necesario formular un juicio válido sobre la bondad o malicia de determinadas ideas, conductas o instituciones, al margen de lo que el consenso mayoritario y/o el Derecho digan en cada época y lugar al respecto. Sabemos que la esclavitud es inhumana aquí —cuando la mayoría y el derecho la admitían; que la mujer tiene iguales derechos al hombre aquí y en el Irán de Jomeini, donde ni el derecho ni la opinión mayoritaria lo admiten; que los hombres tienen derecho a que se respete su vida —hayan nacido o no— en la Europa medieval, que

consideraba el aborto un crimen y ahora, cuando el derecho admite el aborto; que Hitler fue un gobernante inhumano también cuando la mayoría de su pueblo aprobaba su gestión después de elegirlo por el procedimiento democrático; sabemos que el exterminio de los judíos no sólo es injusto hoy sino que lo fue también en la Alemania de los años treinta, aunque el derecho alemán de la época diese cobertura a la “solución final”.

El que podamos hacer estos juicios —que los positivistas consecuentemente no podrían formular— nos indica que existe una fuente de derecho, de justicia, de moral, que es distinta del consenso mayoritario y de la voluntad del legislador. Y que es legítimo, es más, es necesario, juzgar de la bondad o malicia de los frutos del consenso y de las leyes, apelando a una instancia, a un criterio superior a la voluntad humana. Este criterio, esta instancia última de la ética y del derecho es la naturaleza, la realidad de las cosas. Así lo entendieron por vías distintas las tres tradiciones intelectuales que crearon lo que llamamos cultura occidental: la filosofía griega, el derecho romano y el cristianismo.

La filosofía clásica aristotélica partía del dato de la naturaleza humana tal como de hecho es, examinaba cómo debería llegar a ser en caso de que se explotasen todas las posibilidades de la misma para la virtud, y exponía la ley o camino que permitía el tránsito. La idea de fin a conseguir, de potencia a actualizar, está en la base de la ética clásica.

La filosofía moderna eliminó el concepto de naturaleza humana y excluyó toda posibilidad de una ética finalista incardinada en la realidad, en la forma de ser del hombre como ente natural.

El derecho romano fue una elaboración de hombres prudentes que discernían en cada caso qué era debido a un hombre, qué era lo suyo, bien por naturaleza, bien por convenio, bien por ley. El derecho romano consideraba que a cada hombre le correspondía algo, lo que en justicia se le debía devolver si era privado de ello, al margen de que las leyes positivizasen o no tal derecho. De ahí que el sentido primigenio del término “derecho” para la tradición clásica y escolástica no fuese el de norma o ley, sino el de “cosa que en justicia corresponde a alguien”¹⁴. Sólo secundariamente “derecho” designaba a la norma jurídica en cuanto ésta atribuía o reconocía a cada uno lo suyo.

El positivismo moderno, al atribuir el monopolio de la creación del derecho al Estado y no admitir que al margen del derecho estatal alguien pueda ser titular de un derecho, ha eliminado radicalmente esa tradición jurídica romana que consideraba lo justo previo al Derecho como norma y ha independizado las leyes de la naturaleza humana.

Sobre la aportación del cristianismo no voy a extenderme: es evidente que históricamente ha introducido la idea de igualdad entre todos los seres humanos y ha considerado a cada hombre no sólo titular de derechos sino portador de valores eternos. La cadencia atea de la modernidad ha cercenado también este punto de apoyo de la dignidad de la persona y de sus derechos¹⁵.

Si hoy queremos recuperar una cultura que haga posible un compromiso radical con los derechos humanos, resulta imprescindible volver a explotar aquel filón que ya Aristóteles descubrió en la naturaleza humana: ésta es cognoscible y expresa finalidades inherentes al ser hombre, finalidades que por estar presentes en las potencialidades que todo hombre tiene por el hecho de existir: de conocer, de amar, de rezar. El compromiso práctico de cada hombre para actuar todas sus potencias a fin de lograr los fines de que es capaz es la virtud; y lo que el hombre es y puede ser son sus derechos —a pensar libremente, a comunicarse, a rezar, a amar a otros, a casarse, a aprender, etc.—¹⁶. Existe una verdad objetiva sobre el hombre que la mirada perspicaz y libre de prejuicios puede descubrir; esta verdad objetiva puede expresarse desde muchas ópticas y una de ellas es la de los derechos fundamentales que todo ser humano tiene por el hecho de serlo. Desde esta perspectiva realista hay que afirmar que existe un bien objetivo para el hombre: que se le reconozca lo que es suyo. Al derecho—entendido como norma jurídica—le corresponde reconocer eso “suyo” del hombre, su dignidad, sus derechos, pues de lo contrario la norma sería injusta al robarle al hombre algo que él es y, por tanto, a lo que tiene derecho.

Recuperada esta filosofía realista que funda la ética y el derecho en la consistencia ontológica de la naturaleza humana, el debate del positivismo jurídico queda superado: la ley estatal sólo es justa, sólo es Derecho, si reconoce lo que es del hombre —su vida, sus derechos— antes de que la ley se dicte; en caso contrario la ley no es más que un acto

de imposición por la fuerza de un acto esencialmente violento a fuerza de injusto, por mucho que emane de la soberanía popular y de los órganos legislativos del Estado.

El mundo moderno está imbuido de un sano ecologismo que exige el respeto a la naturaleza no humana, superando el mecanicismo propio de la filosofía moderna. Lógico resulta, pues, plantearse un ecologismo humano que exija el respeto al hombre, no considerándolo como susceptible de tratis degradantes, de destrucción o de manipulación; y ello respecto a todo hombre, nacido o no, deficiente o no, sano o enfermo.

Este respeto al hombre ha de traducirse en una consideración de los derechos humanos como límite al poder de disposición de la voluntad mayoritaria, del hombre como límite del derecho¹⁷. Así los derechos humanos han de configurarse jurídicamente como inviolables (no atacables por el propio titular), superando la raquíca configuración de los mismos como derechos subjetivos, al modo del derecho de propiedad, concepción de corte individualista que resulta insuficiente en una época en que la solidaridad es valor admitido y socialmente exigido. Profundizando en esta vía, la democracia recuperará su razón de ser originaria: evitar los abusos del poder, garantizando un sistema ordenado de recambio de los gobernantes y garantizar mediante el Derecho el compromiso de la sociedad con la dignidad de todas las personas, en la línea de aquella primera Revolución Francesa de 1791 a que antes nos referimos.

IV. Tolerancia y fanatismo

Unas últimas consideraciones para acabar. Siempre que alguien preconiza, como yo acabo de hacerlo, que existe una verdad objetiva, que existe lo objetivamente bueno y que, en consecuencia, la democracia y la voluntad de la mayoría han de tener límites en su capacidad de decidir, surgen las acusaciones de fanatismo, intolerancia o autoritarismo. Pues bien, tales acusaciones son no sólo infundadas, sino estúpidas y demagógicas.

Quien les habla está plenamente convencido de que un régimen político que se construye sobre la libertad y se articula jurídicamente de

forma que la libertad de los ciudadanos quede garantizada, representa por sí mismo un bien moral, aunque, hipotéticamente, todos los ciudadanos usasen esa libertad para actuar éticamente mal. Asimismo estoy convencido que las modernas democracias son el mejor invento hecho por el hombre hasta el presente para institucionalizar la libertad en la comunidad política. Por eso precisamente estoy especialmente interesado en que no se incuben en el seno de la democracia gérmenes patógenos que puedan acabar con ella, como son —según lo antes expuesto—: a) el totalitarismo potencial implícito en otorgar legitimidad a decisiones atentatorias contra la dignidad humana —como el aborto—, por el mero hecho de que tales decisiones respeten los mecanismos formales del modo de producción jurídica propio de los Estados de derecho democráticos; y b) la identificación del derecho con la fuerza del Estado, a que llega el positivismo jurídico corriente en estos días.

Pues bien, defender la dignidad humana como bien objetivo en sí y como verdad objetivamente cognoscible no es fanatismo ni intolerancia. Intentar, por los medios propios del mercado libre de ideas que es la sociedad democrática actual, que esa idea inspire al ordenamiento jurídico no sólo no es execrable sino legítimo y deseable.

El respeto a la libertad de opinión de los demás, el ser tolerante con las opiniones contrarias, no implica el aceptar necesariamente el relativismo ético. Yo debo respetar a quien piense que el aborto es un derecho de la mujer pero no puedo pensar que su opinión es tan válida y buena como la mía, si estoy convencido de que el aborto atenta al derecho a la vida del no nacido.

Yo respetaré a quien piense otra cosa, pero seguiré creyendo que está equivocado e intentaré que la ley se adecue a lo que yo creo correcto, pues de lo contrario sería hipócrita o estaría esquizofrénicamente dividido ya que defendería como bueno algo en privado y lo contrario en público.

Desde poderosos sectores de la opinión pública y de las ideologías dominantes se intenta imponer como apodíctica la igualdad entre democracia y relativismo moral. La verdad es que la democracia es una pura técnica para garantizar las libertades, mientras que el relativismo moral es un fruto del voluntarismo subjetivo que caracteriza a la filosofía moderna y, en particular, a la ética kantiana, que nada tiene que ver con

la democracia. Fanáticos e intolerantes seríamos si quisiésemos imponer nuestras ideas por la fuerza, con violencia, atentando a los derechos de los demás, pero no si —convencidos de la verdad— ponemos los medios para que los demás lleguen a convencerse de que la razón está de nuestra parte¹⁸.

Existe en el ambiente una intolerancia agresiva de los adalides del relativismo moral, que pretenden negar toda legitimidad de opinión y actuación a quienes nos esforzamos por hacer presente a la sociedad que existe una verdad objetiva sobre el hombre racionalmente discernible y apta para fundar una ética y una ciencia jurídica, de los derechos humanos mucho más sólida que el flojo sentimentalismo al que apelan los relativistas y los defensores positivistas del puro consenso como fundamento de los derechos humanos.

V. Conclusión

La lucha por lograr que el derecho a la vida adquiera carta de naturaleza en nuestra sociedad y en nuestras leyes hoy sólo puede desarrollarse —si se quiere ser eficaz a largo plazo— en el terreno de la cultura. Y en este campo creo sinceramente que sólo se puede generar un compromiso intelectual y práctico con la dignidad del hombre si nuestra sociedad, cada uno de nosotros, volvemos a inspirarnos:

a) En aquel viejo realismo ético de raíz aristotélica que funda la moral en los fines captables en la naturaleza humana por la reflexión filosófica.

b) En el sentido jurídico de la tradición clásica que creía que el hombre es fuente del derecho y esa juridicidad del ser humano es criterio para juzgar de la justicia o injusticia de las normas y leyes emanadas del poder público que tienen como límite el respeto al hombre y a lo que en justicia le corresponde porque es suyo: sus derechos.

c) Con el convencimiento de que el hombre trasciende, por su destino, a cualquier consideración utilitarista porque es capaz de conocer y amar, y porque —para quien crea en Dios— ha sido singularmente deseado para la eternidad.

Que estas ideas lleguen a estar presentes con eficacia en nuestra sociedad depende de todos y cada uno, pues aunque no todos estemos en

condiciones de escribir sesudos tratados filosóficos o de participar en subidas discusiones jurídicas, todos podemos actuar y opinar conforme a estos convencimientos en el entramado diario y vulgar de nuestras relaciones con los demás. Y es ahí, en el anonimato vulgar de la vida corriente, donde se crean y recrean continuamente las valoraciones e ideas, los juicios y prejuicios, conforme a los que las sociedades viven. El mundo de mañana será como cada uno de nosotros lo construyamos hoy con nuestra palabra o nuestro silencio, con nuestra actuación o nuestra vergonzante omisión.

Referencias bibliográficas

¹ Para un análisis del siglo xx y sus contradicciones respecto al humanismo, puede leerse con provecho la obra "Tiempos modernos" de Paul Johnson, editada en castellano por Javier Vergara Editor, S. A., en 1988. El capítulo primero de este libro (pág. 13 a 59) representa un lúcido análisis de las ideologías que hacen comprensibles las contradicciones del siglo xx, detectando sus orígenes filosóficos. A lo largo del libro se mantiene una perspectiva de análisis de nuestro siglo (coincidente con la tesis aquí expuesta), que puede resultar interesante para quien quiera ampliar lo que en esta conferencia sólo se esboza.

² Un análisis jurídico de la llamada "Ley del aborto" y de la sentencia del Tribunal Constitucional puede verse en: Benigno Blanco Rodríguez, "La ley del aborto", significado y control de su aplicación. Ed. Grupo de Estudios de Actualidad, Valencia, 1988, y en: Ricardo de Angel Yágüz y otros, "Ley del aborto. Un informe universitario", Ediciones Universidad de Deusto, Bilbao, 1985. Cómo se ha aplicado esta legislación en la práctica se analiza en: Benigno Blanco Rodríguez, "El aborto en España: ¿un inmenso fraude de ley?". Boletín del Colegio de Abogados de Madrid, N° 6/1989, pag. 73 - 87.

³ Un estudio básico sobre estas técnicas, asequible a no especialistas pero de contrastado rigor y cuya lectura resulta aconsejable para captar sus dimensiones éticas es A. Rodríguez Luño y R. López Mondejar, "La fecundación "in vitro"", Ed. Palabra, Madrid, 1 986.

⁴ Un excelente análisis jurídico de las leyes citadas y del estatuto legal del embrión humano puede verse en: Dolores Villa Coro, Barrachina, "El concebido no nacido en el orden jurídico". Universidad Complutense, Madrid, 1992. La realidad de las técnicas de reproducción asistida y su reflejo en la prensa es analizada con detalle por Francisco Ansón "Se fabrican hombres. Informe sobre la genética humana". Ed. Rialp, Madrid, 1988.

⁵ Cfr. Benigno Blanco Rodríguez "La reconversión del feminismo. Una breve revisión histórica". Revista "Atlántida" N° 6, abril - junio 1991, pág. 55 - 61.

⁶ Ricardo Yepes Stark "Que es eso de la filosofía. De Platón a hoy". Ediciones del Drac, Barcelona, 1989, pág. 47.

⁷ Existen muy buenas historias de la filosofía moderna. Por no expertos, puede consultarse con provecho —por la claridad de su síntesis—, R. Verneaux “Historia de la filosofía moderna”, Ed. Herder, Barcelona 1989; para Descartes, págs. 17 y ss. y para Kant, págs. 165 y ss. Muy interesante es así mismo Roland N. Stromberg “Historia intelectual europea desde 1789”. Editorial Debate, Madrid, 1990.

⁸ Carlos Cardona “Metafísica de la opción intelectual”, Ed. Rialp, Madrid, 1973. Para un análisis de la filosofía moderna desde esta óptica, *cfr.*, especialmente pág. 175 a 199.

⁹ *Cfr.* al respecto R. Verneaux “Historia de la filosofiamoderna”. Ed. Herder, Barcelona, 1968, págs. 64 y ss. y 120 y ss.

¹⁰ La cita encabeza la obra de Stromberg citada en la nota 7.

¹¹ *Cfr.* Jean Jacques Chevalier, “Los grandes textos políticos”. Ed. Aguilar, Madrid, 1979, págs 145 - 177 y Paul Johnson “Intelectuales”. Ed. Vergara, Buenos Aires, 1990, págs. 13 - 38.

¹² *Cfr.* Martin Kriele, “Liberación e ilustración”. Ed. Herder, Barcelona, 1982, págs 17 y ss.

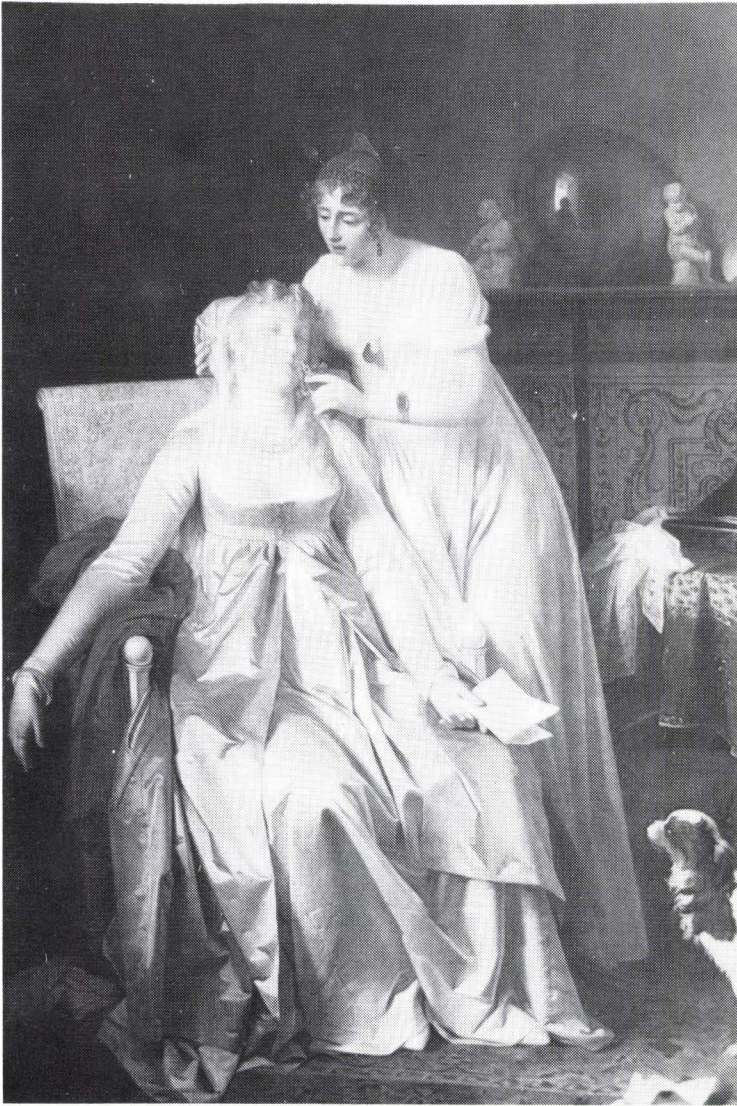
¹³ Alistair MacIntyre, “Tras la virtud”. Ed. Crítica, Barcelona, 1987.

¹⁴ *Cfr.* el buen análisis de esta cuestión que realiza Javier Hervada en “Introducción crítica al Derecho natural. Ed. Eunsa, Pamplona, 1981.

¹⁵ Existe una falsa idea de la historia que presenta a la Edad Media cristiana como época oscura, violenta, ajena a todo humanismo, achacándole incluso vicios propios de la modernidad, como la Inquisición, la discriminación jurídica de la mujer o el absolutismo monárquico. Si se quiere leer una agradable reivindicación del verdadero rostro de la Edad Media puede consultarse Regine Pernaud, “¿Qué es la Edad Media?”, Ed. Magisterio español, Colección Ensayos Aldaba, Madrid, 1977.

En esta misma línea de desfiguración de la historia algunos presentan los derechos humanos como una conquista frente al cristianismo. Contra esta tesis, la verdad es que la escolástica cristiana fue la primera en teorizar al ser humano como acreedor de derechos (*cfr.* Jesús García López, “Individuo, familia y sociedad. Los derechos humanos en Tomás de Aquino” Ed. Eunsa, Pamplona, 1990). Para una visión histórica y doctrinal de la Iglesia respecto a los derechos humanos puede consultarse José A. Ezcurdia Lorrigue, S. I. “Curso de Derecho Natural. Perspectivas iusnaturalistas de los derechos humanos”. Ed. Reus, Madrid, 1987, págs. 97 - 111 y 203 - 278.

¹⁶ Una “vuelta a Aristóteles” desde la óptica de la crisis de la ética actual se encuentra en “Tras la virtud” de A. MacIntyre, obra citada en la nota 13.



La mala noticia. Las sales como tratamiento inmediato del desmayo.
Margarita Gérard



William Harvey demuestra el sistema circulatorio 1628.

Nutrición e hidratación. Consideraciones morales y pastorales

Primera Parte

Comité pro-vida de los obispos católicos estadounidenses

Resumen

Presentamos aquí en dos partes escritos que tratan sobre aspectos morales y pastorales sobre los principios de nutrición e hidratación al paciente. En la primera parte el comité "pro-vida" de los obispos católicos estadounidenses analizan el problema que la nutrición implica. Mientras que en la segunda parte, publicamos la declaración de los obispos católicos de Pensilvania sobre la administración de alimentos y líquidos al enfermo.

Ambos escritos fueron hechos por estos obispos para ofrecer una indicación a quienes se enfrentan a la opción de firmar un testamento de vida.

Introducción

La moderna tecnología médica parece ponernos frente a muchos problemas no enfrentados todavía hace diez años. Las innovaciones correspondientes en la práctica médica han aportado muchos beneficios, pero han provocado también en algunos el temor de que pudieran ser utilizadas de manera agresiva contra la voluntad de la persona, o bien que pudieran negar la calidad de los cuidados debida al paciente como persona humana con su intrínseca dignidad. Actualmente el debate sobre

los medios de mantenimiento vital hace pensar que la reflexión moral de nuestra sociedad encuentra dificultad en mantenerse al paso de su progreso tecnológico.

Una visión religiosa de la vida puede ofrecer una importante aportación a estos debates recientes. Nuestra tradición católica ha desarrollado una amplia área de pensamiento sobre estos temas, y afirma como deber la salvaguardia de la vida humana, aunque reconoce ciertos límites a este deber.

Nuestro primer objetivo en este documento es reafirmar algunos de los principios fundamentales de nuestra tradición moral, y ayudar a católicos y a no católicos a tomar decisiones terapéuticas, de acuerdo con el respeto para el don de la vida por parte de Dios.

Estos principios no ofrecen respuestas claras y definitivas a todas las cuestiones morales suscitadas cuando los individuos toman decisiones difíciles. Puede acaecer que existan divergencias entre los teólogos católicos sobre el mejor modo de aplicar los principios morales a ciertos problemas no explícitamente resueltos por el Magisterio de la Iglesia. Por lo demás, comprendemos que los que deben tomar decisiones serias respecto de los cuidados médicos por sí mismos o por los demás se encuentren ante una gran complejidad de opciones, circunstancias, pensamientos y emociones en cada caso en particular.

Es lo que ocurre con algunos problemas que se refieren a la nutrición y la hidratación médicas asistidas para pacientes no autónomos —aquellos que están gravemente enfermos, los inhábiles o los sujetos en estado de inconsciencia permanente—. Estos problemas se han hecho más urgentes debido a los casos judiciales ampliamente difundidos por la prensa y al debate público que han provocado.

El segundo objetivo que nos proponemos en este documento es, por tanto, ofrecer algunas aclaraciones sobre los deberes morales concernientes a las decisiones sobre la nutrición y sobre la hidratación asistidas.

Estamos plenamente conscientes de que esta indicación no es necesariamente la final, en cuanto que existen muchos problemas médicos y éticos aún no resueltos en relación con estos deberes, y que la continua evolución de la tecnología médica requerirá de ulteriores

reflexiones. No obstante, ya ahora estas decisiones afectan diariamente a pacientes, familias y personal sanitario.

Estos problemas se suscitan siempre que pacientes capaces de entender y de querer tomar una decisión por sí mismos sobre la nutrición e hidratación asistidas, deciden firmar un testamento de vida o nombrar un tutor al respecto, o cuando las familias u otras personas en las que se ha delegado el poder de decisión, hacen una opción por quienes han sido confiados a su cuidado. Nosotros ofrecemos una indicación a cuantos, puestos ante estas opciones, podrían estar confundidos por opiniones que a veces amenazan con negar la dignidad intrínseca de la vida humana.

Por consiguiente, dirigimos nuestras reflexiones ante todo a quienes comparten nuestra tradición judeo-cristiana y, en un segundo tiempo, a los demás que, interesados en la dignidad y el valor de la vida humana, están en busca de una guía para adoptar sus propias decisiones morales.

Los principios morales

La tradición moral judeo-cristiana celebra la vida como el don de un Dios amoroso, y respeta la vida de cada ser humano al haber sido hecho a imagen y semejanza de Dios. En cuanto cristianos, creemos también en la redención de Cristo y en el hecho de que estamos llamados a compartir la vida eterna con El. Desde estas raíces, la tradición católica ha madurado un enfoque característico de aliento en apoyo de la vida humana. Nuestra Iglesia entiende la vida como un bien sagrado, un bien del que somos administradores y no amos absolutos. Por tanto, la Iglesia es contraria a todo ataque directo contra una vida inocente. Como administradores conscientes, tenemos el deber de salvaguardar la vida, aun reconociendo ciertos límites a este deber:

1) Puesto que la vida humana es el fundamento de todos los demás bienes humanos, ésta adquiere un valor y un significado particulares. La vida representa “el primer derecho de la persona humana» y «la condición para todos los demás”.¹

2) Todos los crímenes contra la vida, incluidos “la eutanasia o el suicidio voluntario”, deben ser condenados.² La eutanasia es un “acto o

una omisión que provoca por sí misma o intencionadamente la muerte, con el propósito de eliminar todos los sufrimientos”. Sus términos de referencia se pueden buscar “en la intención de la voluntad y en los métodos empleados”³

Según esta definición, la eutanasia representa un ataque contra la vida, que nadie tiene el derecho de dar o de quitar, y que ninguna autoridad humana y ningún gobierno puede legítimamente recomendar o permitir.

Si bien la culpabilidad del individuo puede ser menos grave o estar ausente a causa de los factores emotivos y del sufrimiento, esto no modifica la iniquidad objetiva del acto. Se debería también reconocer que una aparente defensa de la muerte puede ser en realidad una justificación motivada por la intención de ayudar y por el amor.

3) El sufrimiento es parte integrante de la vida humana y reviste un particular valor para el cristiano, porque ofrece la oportunidad de compartir el sufrimiento redentor de Cristo. Sin embargo, no es errado intentar aliviar el sufrimiento de un individuo; en realidad, es positivo hacerlo, con tal de que no se provoque voluntariamente la muerte y no se interfiera con otros deberes morales y religiosos.⁴

4) Cada uno tiene el deber de cuidar su propia vida y salud y requerir de los demás los cuidados médicos necesarios, pero esto no significa que se pueda recurrir en cualquier circunstancia a todos los remedios posibles. No se está obligado a usar métodos extraordinarios o desproporcionados para preservar la vida, es decir, aquellos métodos de los que nos damos cuenta que no proporcionan alguna razonable esperanza de éxito o que requieren de un costo excesivo.

Las decisiones que conciernen a tales métodos son un tanto complejas y deberían ser tomadas generalmente por el paciente consultando, si fuera posible, a la propia familia, al asistente espiritual y al médico.⁵

5) En el estadio terminal, no se está obligado a prolongar la vida de un paciente por cualquier medio posible: “En la inminencia de la muerte, inevitable a pesar de los medios utilizados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a terapias que proporcionarían sólo una prolongación precaria y penosa de la vida sin que, no obstante, se interrumpieran los cuidados normales debidos al enfermo en semejantes casos”⁶

6) Mientras afirma que la vida es un don de Dios, la Iglesia reconoce que la muerte es inevitable, y puede abrir la puerta a la vida eterna. Por tanto, “sin anticipar de ningún modo la hora de la muerte”, el moribundo debería aceptar su propio destino y prepararse psicológica y espiritualmente.⁷

7) Las decisiones que se refieren a la vida humana deben respetar la exigencia de justicia, considerando a cada individuo como nuestro prójimo y evitando toda discriminación basada en la edad y en la dependencia.⁸ Todo ser humano posee “una dignidad propia y un valor incondicional, desde el momento de la concepción y en cualquier estadio de su desarrollo, cualquiera que sea su condición física”. En particular, «la persona inhábil (independientemente de la causa de esta inhabilidad —discapacidad congénita, enfermedad crónica o infortunio, deficiencia mental y física— y cualquiera que sea la gravedad de la inhabilidad) es un sujeto íntegramente humano, con los correspondientes derechos innatos, sagrados e inviolables». Y el primero de todos estos derechos es el derecho fundamental e inalienable a la vida.⁹

8) La dignidad y el valor de la persona humana, en los que se basa la enseñanza de la Iglesia sobre el derecho a la vida, proporcionan también un principio básico para todo justo ordenamiento social. Por tanto, la sociedad debería proteger el derecho a la vida mediante leyes y otras medidas, no sólo para hacerse más cristiana, sino también más profundamente humana.¹⁰

Problemas concernientes a la nutrición y la hidratación

En la parte que sigue, aplicamos estos principios morales fundados a la difícil tarea médica de proporcionar la nutrición y la hidratación asistidas a personas gravemente enfermas, incapacitadas o en estado de inconsciencia permanente.

Reconocemos la complejidad que comporta la aplicación de estos principios a casos individuales y admitimos que, en estos momentos y en este particular deber, nuestras aplicaciones no tienen la misma autoridad que los principios mismos.

1. ¿Son siempre un homicidio directo la interrupción y el rechazo de la nutrición y de la hidratación asistidas?

Para responder a esta pregunta, hay que evitar los dos extremos. Ante todo, es un error sostener que no se trata de un acto homicida simplemente porque comporta una omisión más que una acción voluntaria. En realidad, una omisión intencional puede constituir una forma efectiva y determinada de homicidio sobre todo contra sujetos debilitados por la enfermedad. La enseñanza católica condena la eutanasia como “una acción o una omisión que por su naturaleza, y en su intención, procura la muerte, a fin de eliminar todo dolor”. Por consiguiente, “la eutanasia abarca no sólo el matar directamente por piedad, sino también la omisión del tratamiento cuando la finalidad es matar al paciente”.¹¹

En segundo lugar, no debemos suponer que todas o la mayor parte de las decisiones de suspender o negar la nutrición y la hidratación asistidas son intentos de provocar la muerte. Ciertamente, todo paciente está destinado a morir si se le niegan todas las formas de nutrición y de hidratación.¹² Con frecuencia hay que analizar otros factores: por ejemplo, puede suceder que la muerte del paciente sea inminente a causa de una condición terminal ya existente, independientemente de que se provea o no su sustento.

En otras circunstancias, a pesar de que sea previsible que una omisión dé por resultado el abreviar la vida del paciente, el verdadero objetivo es el de aligerar al individuo de un particular tratamiento, con una utilidad limitada para el sujeto mismo o que comporta una carga irracional para la familia y para cuantos lo asisten. No se debe comparar este tipo de decisión con la de matar o con el suicidio.

La dura realidad es que cuantos proponen suspender la nutrición y la hidratación para determinados sujetos pretenden provocar la muerte directamente de los pacientes mismos, y preferirían incluso un cambio en la legislación para permitir el recurso a esos métodos, a su parecer «rápidos e indoloros», para causar la muerte.¹³

En otros términos, a veces se suspenden la nutrición y la hidratación, sean éstas suministradas oralmente o asistidas, no porque el paciente esté muriendo, sino precisamente porque no está muriendo (o por lo menos no rápidamente), y se considera que sería mejor que esto ocurriera por-

que en general se advierte que para el paciente es tan baja la calidad de vida que no es aceptable o es excesivamente gravosa para los demás.¹⁴

En la decisión de suspender o de negar el tratamiento de nutrición o hidratación, asistidas desde el punto de vista médico, u otras formas de sustento de la vida, nuestra tradición moral nos pone ante el siguiente interrogante: ¿cuál será mi decisión para el paciente y cuál será la motivación de la elección? Debemos estar seguros de que no tenemos intención de causar el fallecimiento del paciente, sea por su decisión, o como medio para alcanzar otros objetivos, como aliviar el dolor.

2. *¿Son la nutrición y la hidratación médicas asistidas una forma de cuidado o de "terapia"?*

La enseñanza católica establece que una persona en el estadio final de la muerte no está obligada a aceptar "formas de tratamiento que podrían asegurar sólo una prolongación de la vida precaria y demasiado gravosa", pero que debería también "recibir los normales cuidados debidos a la persona enferma en semejantes casos".¹⁵ Todos los pacientes merecen recibir los cuidados normales, independientemente del respeto para la dignidad intrínseca de la persona. Como decía el papa Juan Pablo II, la decisión de renunciar a "intervenciones experimentales e ineficaces" no "dispensa de la válida tarea terapéutica de mantener la vida o de la asistencia con los medios normales de mantenimiento en vida. La ciencia, a pesar de su propia incapacidad de curar, puede y tiene el deber de cuidar y asistir al enfermo".¹⁶

Sin embargo, el Magisterio de la Iglesia no ha resuelto el problema de si la nutrición y la hidratación médicas asistidas deben ser siempre vistas como una forma de cuidado normal.¹⁷

Casi todos concuerdan en que la alimentación por vía oral, cuando puede ser aceptada y asimilada por el paciente, representa una forma de cuidado debida a todas las personas no autónomas. Especialmente los cristianos deberían ser sensibles a este deber, en cuanto que dar comida y agua a los necesitados constituye una expresión importante del amor y de la solicitud cristiana (cfr. *Mt* 10, 42; *Mc* 9, 41). Pero nuestros deberes se vuelven menos claros cuando una nutrición y una hidratación adecuadas requieren la habilidad de personal médico especializado y el

recurso al uso de la tecnología puede ser demasiado gravoso, o bien es considerado como invasivo, doloroso y repugnante.

Estos factores varían de un tipo de procedimiento de alimentación a otro, de un paciente a otro, haciendo difícil clasificar todos los procedimientos bien sea como “cuidados” o como “terapias”.

Se podría examinar tal vez este problema en un contexto más amplio. Incluso las “terapias” médicas son obligatorias desde el punto de vista moral, cuando son medios “ordinarios”; en otras palabras, cuando ofrecen una esperanza razonable de beneficio y no requieren un costo excesivo. Por consiguiente, estamos convencidos de que se deberían tomar las decisiones a la luz de una simple y fundamental observación: más allá del respeto a la dignidad de la persona humana, estamos obligados a preservar nuestra misma vida y ayudar a los demás a salvaguardar la propia, recurriendo a medios que ofrecen una razonable esperanza de mantenimiento en vida, sin imponer cargas excesivas a cuantos buscamos ayudar, esto es, al paciente, a su familia y a la comunidad.

Finalmente, nos interesamos en el problema de los beneficios y de los costos, reconociendo que un análisis moral completo sólo se puede hacer cuando se conocen los efectos de un determinado procedimiento en un paciente en particular.

3. ¿Cuáles son los beneficios de la nutrición y de la hidratación asistidas?

De acuerdo con los códigos internacionales de ética médica, un médico juzgará que un procedimiento médico es apropiado “si a su parecer ofrece la esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el dolor”.¹⁸

La nutrición y la hidratación, sean suministradas de la forma acostumbrada o con asistencia médica, no remedian en sí las condiciones patológicas, excepto las causadas por deficiencias alimentarias. Sin embargo, los pacientes sacan ventaja de ellas de muchas maneras.

En primer lugar, para todos los pacientes que pueden asimilarlos, la comida y los líquidos adecuados sustentan en vida y su reforzamiento expresa en general una solicitud amorosa y una solidaridad

para con los necesitados. En segundo lugar, en los pacientes que son cuidados con la esperanza de una curación, la comida y los líquidos apropiados constituyen un elemento importante de la verdadera asistencia médica. En tercer lugar, hasta en los sujetos en trance de morir o incurables, la alimentación y la hidratación son capaces de prevenir el sufrimiento que se podría derivar de la deshidratación, del hambre y de la sed.

La ventaja de mantener y sustentar la vida es fundamental, en cuanto que la vida es el primer don que recibimos de un Dios amoroso y la condición para acoger todos los demás dones suyos. Pero a veces hasta la alimentación y la hidratación no son eficaces para proporcionar esta ventaja, en cuanto que el paciente ha entrado en el estadio final de la condición terminal. En estas circunstancias, deberemos hacer que el moribundo se sienta a gusto y ofrecerle de modo igualmente eficiente la asistencia de enfermería y la higiene adecuadas así como la compañía y la ayuda espiritual. Una persona en este estado puede perder todo deseo de comer y beber, y ser incluso incapaz de ingerir la comida. En este caso, dar paso a la alimentación médica asistida o parenteral puede aumentar el malestar del paciente, sin ofrecerle ningún beneficio efectivo; en cambio pueden ser apropiados cubitos de hielo o sorbos de agua para aliviarla y contrarrestar los efectos de la deshidratación.¹⁹ Naturalmente, también en el caso de un paciente en trance de muerte cualquier acción u omisión que de por sí o voluntariamente provoque la muerte debe ser rechazada de la forma más categórica.

Como cristianos, creemos en la promesa de la vida eterna y reconocemos que la muerte no tiene la última palabra. Por consiguiente, no tenemos siempre necesidad de prevenir la muerte hasta el último instante posible; pero no deberemos nunca provocar voluntariamente la muerte o abandonar a quien está para morir como si no fuera digno de atención y de respeto.

4. ¿Cuáles son los costos de la nutrición y de la hidratación asistidas?

Nuestra tradición no requiere métodos heroicos para cumplir el deber de mantener la vida. Una persona puede legítimamente rehusarse a recurrir incluso a aquellos procedimientos que efectivamente prolongan

la vida, si cree que estos métodos requerirían costos excesivos para sí mismo, para la propia familia y la comunidad. Por tradición los teólogos católicos han visto en el tratamiento médico una carga excesiva si es “demasiado doloroso, demasiado perjudicial para el cuerpo del paciente, demasiado repugnante psicológicamente, demasiado restrictivo de la libertad y las actividades preferidas del sujeto, demasiado reductivo de la vida mental y demasiado costoso.”²⁰

Puesto que la evaluación de estos costos requiere algunos juicios subjetivos, en general un paciente consciente y competente representa el mejor juez para decidir si en su caso un determinado costo o riesgo es demasiado gravoso como para poder ser tolerado. Precisamente por las serias consecuencias de un rechazo de toda forma de nutrición y de hidratación, los pacientes y quienes los ayudan en la decisión deberían valorar estas cargas y riesgos con una atención particular.

En esta tarea, proporcionamos algunas breves reflexiones y precauciones sobre el tipo de riesgos que en ocasiones se asocian a la nutrición y a la hidratación asistida.

Riesgos y cargas físicos

Los riesgos y las complicaciones de la nutrición y de la hidratación asistidas dependen del procedimiento utilizado y de la condición del paciente. En algún caso determinado un procedimiento de alimentación puede resultar perjudicial y hasta poner en peligro la vida (estos datos médicos son ampliamente discutidos en el apéndice de este trabajo).

Si en un particular procedimiento de nutrición los riesgos y los costos han sido considerados lo bastante serios como para justificar la interrupción, no se debería automáticamente privar al paciente de toda forma de alimentación e hidratación, sino que se debería analizar si existe otro posible procedimiento menos gravoso. Decimos esto porque algunos pacientes no autónomos, incluido el caso de los pacientes en un “estado vegetativo persistente”, reciben una alimentación enteral no porque no puedan deglutir la comida, sino porque para el personal sanitario la alimentación parenteral es menos costosa y menos difícil.²¹

Además, puesto que se evalúan los costos en relación con los beneficios, deberemos plantearnos el interrogante de si los riesgos y el malestar de un procedimiento de alimentación son efectivamente excesivos, comparándolos con los efectos contrarios de la deshidratación y de la desnutrición.

Cargas psicológicas del paciente

Muchos ven en la alimentación enteral algo terrible o incluso una violación física. Las valoraciones de estos costos son necesariamente subjetivas; no deberían pasarse por alto, pero damos indicaciones concretas para ayudar a prevenir cualquier abuso.

En primer lugar, de acuerdo con nuestra enseñanza moral contra el causar voluntariamente la muerte por omisión, habría que distinguir entre la repugnancia por un determinado procedimiento y la repugnancia por la vida misma. Esta última puede darse cuando un paciente ve una vida no autónoma y dependiente de los demás como una carga inaguantable en sí, que lo lleva incluso a desearse o a pedir la muerte. Especialmente en nuestra “sociedad del bienestar”, puede parecer que el peso de vivir en estas condiciones supera cualquier beneficio posible, efecto del tratamiento médico, y puede incluso llevar a la persona a la desesperación. Pero no debemos suponer que los costos en un caso de este tipo superan siempre a los beneficios; para quien sufre, ofrecer el alimento necesario y el apoyo espiritual puede inducir a apreciar nuevamente el precioso don de la vida. En segundo lugar, nuestra tradición reconoce que, cuando se toman decisiones sobre el tratamiento, “hay que tener en cuenta los requerimientos *razonables* del paciente y de sus familiares, como por lo demás el parecer de los médicos particularmente competentes en la materia”.²² En este contexto es muy importante el término “razonable”. Un personal sanitario calificado buscará ayudar a los pacientes a evaluar las cargas psicológicas con una correcta información, sin temores inmotivados por procedimientos no familiares.²³

En tercer lugar, no se debería suponer que un procedimiento de nutrición es en sí repugnante, sin pruebas específicas. Por el contrario,

los norteamericanos sienten generalmente repugnancia ante la idea de ser mantenidos con “tubos y máquinas”, mientras algunos estudios señalan juicios sorprendentemente favorables a la nutrición y a la hidratación asistidas por parte de los pacientes y de los familiares que viven la experiencia de tales procedimientos.²⁴

Costos económicos y de otro género por la asistencia

Aun cuando algunos sean contrarios a esta idea, en líneas generales el costo puede ser un factor válido en las decisiones sobre el mantenimiento en vida. Por ejemplo, el dinero gastado en una terapia costosa para un miembro de una familia podría ser empleado para la comida, el alojamiento y las demás necesidades del resto de la familia. Por tanto, en esta parte proponemos algunas cautelas.

En primer lugar, particularmente cuando una forma de terapia “comporta un riesgo y una carga” en otros campos, un sujeto gravemente enfermo puede manifestar el deseo legítimo y altruista de “no imponer unos gastos excesivos a la familia o la comunidad”.²⁵

Aun cuando por motivos altruistas un paciente no debería prefijarse directamente su propia muerte por desnutrición y deshidratación, puede sin embargo aceptar un fallecimiento más rápido como consecuencia de rehusar un tratamiento irracionalmente costoso. La decisión por parte de los demás de negar a un paciente incapaz de entender y de querer, la nutrición y la hidratación asistidas por motivos económicos suscita ulteriores inquietudes sobre la justicia para con ese paciente en particular, que podría ser erróneamente privado de la vida para satisfacer las necesidades menos fundamentales de los demás.

En segundo lugar, no pensamos que las decisiones individuales sobre la nutrición y la hidratación asistidas deban ser dictadas por intereses macro-económicos, como serían las prioridades del presupuesto nacional o el elevado costo de la asistencia médica. Estos problemas sociales son serios, pero en modo alguno establecen que los pacientes crónicos o necesitados de ayuda deban ser privados de los instrumentos efectivos y fácilmente tolerables que necesitan para sobrevivir.²⁶

En tercer lugar, la sola alimentación enteral no es en general demasiado costosa y no requiere un gasto mayor que la nutrición oral.²⁷

Lo que para muchos constituye una grave carga económica y emotiva en la asistencia es el cuidado total a largo plazo de pacientes gravemente debilitados, que pueden sobrevivir durante muchos años con ningún soporte vital a excepción de la nutrición y de la hidratación asistidas y de la asistencia de enfermería.

Las dificultades que pueden suscitarse a las familias a este respecto, y su necesidad de obtener financiamiento y otras formas de asistencia del resto de la sociedad, no deberían ser minusvaloradas. Aun cuando la asistencia a una persona querida y no autónoma puede aportar muchas ventajas no tangibles a la familia y acercar más a sus miembros, las responsabilidades de la asistencia pueden exasperar también incluso los vínculos más estrechos y afectivamente más profundos de la familia; hay que tomar decisiones médicas complejas en situaciones especialmente difíciles desde el punto de vista emotivo y no particularmente apreciables por cuantos nunca se han visto en tales circunstancias.

Sin embargo, también entonces debemos tratar de examinar qué se entiende por interrupción de la nutrición y de la hidratación asistidas. Se plantea la pregunta: ¿estamos deliberadamente buscando estar seguros de que el paciente muera, mientras lo que pretendemos es aliviar a los que están a su cuidado de los costos financieros y psicológicos que recaerían sobre ellos si el paciente sobreviviera?

¿Estamos haciendo verdaderamente la opción de interrumpir cualquier otra forma de cuidado, precisamente porque el paciente da una escasa respuesta a los esfuerzos de los médicos y del personal de enfermería?

Decisiones de este tipo parecen superar el peso de los costos y de los beneficios de la nutrición y de la hidratación médicas asistidas.

En el contexto de la enseñanza oficial de la Iglesia, no está aún claro hasta qué límite podemos evaluar el costo de una asistencia total del paciente más que el costo de una particular terapia, cuando buscamos rechazar «la carga» del mantenimiento en vida. Desde el punto de vista práctico, quien intenta tomar una buena decisión podría tranquilizarse acerca de sus propias intenciones preguntándose: ¿tiene mi decisión como finalidad aliviar al paciente del peso particularmente gravoso de

la nutrición y de la hidratación asistidas? ¿O está en cambio encaminada a evitar el peso en conjunto de la asistencia al paciente? Si es así, ¿logro este objetivo llevándolo deliberadamente a la muerte?

Más que dejar que las familias se enfrenten por sí solas a preguntas de este tipo, la sociedad y el gobierno deberían incrementar la asistencia a las familias cuyos recursos económicos y psicológicos se han visto sumamente reducidos por una prolongada asistencia a sus seres queridos.²⁸

5. *¿Qué papel juega la «calidad de vida» en nuestras decisiones?*

La mayor parte de las familias tolera de buen grado cargas financieras y emotivas para que sus hijos crezcan y para asistir a miembros de la familia más ancianos y más débiles pero en plena posesión de sus facultades mentales. Se ha discutido a menudo que no es necesario sostener costos parangonables para sustentar y asistir a sujetos con graves discapacidades físicas y mentales, en cuanto que su baja “calidad de vida” no lo hace necesario y útil para salvaguardar la vida.²⁹

Pero este argumento, incluso cuando parece motivado por el interés humanitario de reducir el sufrimiento y las dificultades, ignora la dignidad y santidad iguales de todas las vidas humanas. El punto básico —de que los sujetos inhábiles puedan apreciar la vida menos que los demás y están privados del potencial que induce a dar un significado a su propia existencia— es igualmente errado.³⁰ Allí donde existe el dolor, la respuesta de la sociedad no debería olvidar o eliminar la vida de quien tiene una discapacidad, sino que debería ayudar a corregir sus condiciones de vida inadecuadas.³¹

Muy a menudo para estos sujetos la peor amenaza en cuanto a una buena calidad de vida no es la inhabilidad en sí, sino más bien los prejuicios de los demás, prejuicios basados en la convicción de que una vida con serias inhabilidades no es digna de ser vivida.³²

Por lo que llevamos dicho, nuestra tradición moral tiene en cuenta tres condiciones en las cuales la “calidad de vida” de un paciente gravemente enfermo es relevante para decidir sobre el tratamiento:

1) Coherentemente con el respeto por la santidad intrínseca de la vida, deberemos aliviar el sufrimiento no necesario y mantener los medios moralmente aceptables para mejorar la calidad de vida del paciente.³³

2) Se puede legítimamente rechazar un tratamiento porque crearía en sí un menoscabo que importaría *nuevas* serias cargas o nuevos riesgos para el paciente. Esta decisión de evitar nuevos costos o riesgos creados por el tratamiento es muy diferente de la voluntad de causar directamente la muerte, a fin de evitar el peso de vivir en un estado inhábil.³⁴

3) A veces una condición de invalidez puede influir directamente en los beneficios y en los costos de un determinado tratamiento para un particular paciente. Por ejemplo, un sujeto demente o en estado de confusión puede encontrar más terribles y más gravosos que otros pacientes la nutrición y la hidratación asistidas, en cuanto que no puede entender de qué se trata. El paciente puede incluso sacarse repetidamente los tubos de las venas, y por tanto requiere restricciones físicas si esta forma de tratamiento debe continuar. En estos casos, antes de concluir que estas cargas justifican la suspensión de todo tipo de comida y de los líquidos necesarios para sustentar la vida, hay que analizar si existen otros modos de hacer menos gravosas estas molestias particulares.

Estas humanas consideraciones difieren radicalmente de esa ética de la “calidad de vida” que juzgaría a individuos con su invalidez y sus potencialidades limitadas como no dignos de atención y de respeto. Una cosa es interrumpir un procedimiento porque impondría nuevos menoscabos al paciente y otra muy diferente es sostener que esos sujetos que presentan ya estas inhabilidades no son dignos de preservar su propia vida.

Un instrumento considerado como ordinario o proporcionado en otros pacientes no debería ser considerado como extraordinario o desproporcionado en numerosos sujetos con menoscabos sólo por el juicio de que sus vidas no merecen ser vividas.

En pocas palabras, mientras las consideraciones que se refieren a la calidad de vida de un individuo tienen alguna validez para evaluar los costos y los beneficios, actualmente en nuestra sociedad las opiniones sobre la calidad de vida se aprovechan a menudo para promover la eutanasia. La Iglesia tiene el deber de subrayar la santidad de la vida de cada persona como principio fundamental cuando se toma una decisión moral.

6. *¿Constituyen los pacientes en estado de coma permanente un caso particular?*

Incluso los católicos que aceptan los mismos principios morales básicos pueden estar en fuerte desacuerdo sobre cómo aplicarlos a aquellos pacientes que se presentan en estado de coma permanente o en un “estado vegetativo persistente” (EVP).³⁵ Algunas de las cuestiones morales en este campo no han sido resueltas explícitamente por el Magisterio de la Iglesia.

Los teólogos católicos están plenamente de acuerdo sobre algunos puntos:

1) Un paciente en estado de inconsciencia debe ser tratado como una persona humana viva, con su valor y dignidad intrínseca. El dar muerte directamente a un paciente de este tipo es moralmente tan reprobable como el homicidio directo de cualquiera. Desafortunadamente, hasta la terminología médica acostumbra describir a estos pacientes como “vegetativos” y tiende a ocultar esta verdad fundamental, fomentando la idea de que el sujeto en este estado es un “vegetal” o un animal subhumano.³⁶

2) El área de la legítima controversia no se refiere a pacientes en condiciones como el retraso mental, la senilidad, la demencia o incluso un estado de inconsciencia temporal. Surgen en cambio serias controversias cuando el paciente sometido a diagnóstico resulta completa y permanentemente en un estado de inconsciencia, después de un periodo de observación de semanas o meses.

Algunos teólogos moralistas sostienen que una determinada forma de cuidado o de tratamiento es moralmente obligatoria siempre y cuando su beneficio supere al costo para el paciente o para el que lo asiste. En la estimación de los costos, afirman, se deben tomar en consideración el costo total del procedimiento y los consiguientes requerimientos de cuidado.

Si no se puede demostrar ventaja alguna, el procedimiento no es obligatorio, cualquiera que sea su costo. Estos moralistas consideran también que el criterio principal para establecer la ventaja de un procedimiento no puede ser sólo el de prolongar la vida física, al ser la vida física no un valor absoluto sino relativo al bien espiritual de la

persona. Afirman que el bien espiritual de la persona es la unión con Dios, que puede ser promovida sólo por las acciones humanas, esto es, por actos conscientes y libres. Pero desde el momento en que la mejor opinión médica actual considera que las personas en estado vegetativo persistente (EVP) son incapaces ahora y en el futuro de actos humanos libres y conscientes, estos moralistas concluyen que cuando un diagnóstico atento verifica esta condición, no es obligatorio prolongar la vida con intervenciones como el respirador, antibióticos o la nutrición o hidratación asistida. Por tanto, decidir dejar a un lado un cuidado no obligatorio no significa causar la muerte del paciente, sino sólo evitar la carga del procedimiento. Por consiguiente, aun siendo previsible, la muerte del paciente debe atribuirse a la condición patológica del sujeto y no a la omisión del cuidado.

En consecuencia, concluyen estos teólogos, mientras es siempre un error tener por finalidad o provocar la muerte de tales pacientes, es lícito que proceda el natural proceso de la muerte que se verifica sin estas intervenciones.

Aunque esta explicación resulte convincente para algunos, no es exclusiva desde el punto de vista teológico y no la encontramos en tal sentido persuasiva. De hecho, otros teólogos arguyen de manera convincente que la investigación teológica podría conducir a una conclusión más atentamente ponderada.

Estos teólogos moralistas sostienen que aun cuando ciertos tratamientos particulares pueden ser considerados como inútiles o gravosos, esto es moralmente discutible y crearía un precedente, con el peligro de implicar que una vida humana no es algo positivo o un «beneficio». Subrayan que aunque la vida no es el bien más alto, es siempre y en toda circunstancia un bien fundamental de la persona humana y no sólo un medio para otros bienes. Sostienen además que si el «peso» que se trata de aliviar con la suspensión de la nutrición y de la hidratación asistidas es la carga de sobrevivir en la condición de EVP, considerada poco digna, una decisión de este tipo es inaceptable, porque el intento sólo se logra asegurando deliberadamente la muerte del paciente por desnutrición y deshidratación. Finalmente, estos moralistas sugieren que el estado EVP se puede interpretar mejor, como una forma extrema de inhabilidad men-

tal y física, cuyas causas, naturaleza y pronóstico no se conocen aún perfectamente, y no como una enfermedad terminal o una patología fatal por la que se debería en general permitir que los pacientes mueran.

Puesto que la vida del paciente puede con frecuencia ser mantenida durante un intervalo de tiempo indefinido con la nutrición y la hidratación asistidas, que no son irracionalmente peligrosas o costosas para el paciente, nos encontramos aquí —dicen— frente a un caso en que «la muerte inevitable es inminente, a pesar de los medios utilizados»³⁷

Más bien, desde el momento en que el paciente va a morir en pocos días más si se interrumpen la nutrición y la hidratación asistidas, puede en cambio vivir por mucho tiempo si éstas le son proporcionadas. La dignidad intrínseca y el valor de la persona humana nos obligan a proporcionar al paciente asistencia y sustento.

Una ulterior complicación en este debate es la confrontación sobre lo que deberían hacer los católicos responsables a falta de una respuesta final a este interrogante. Algunos acuden a nuestra tradición moral del probabilismo, que permitiría a los individuos seguir el análisis moral adecuado que consideran más convincente. Otros se refieren al principio de que en situaciones en las que se podría correr peligro de privar a alguien de la vida injustamente, habría que escoger la línea más prudente.

Ante las incertidumbres y las cuestiones médicas y teológicas no resueltas, hay que defender y proteger los valores importantes. De un lado está el interés de que los pacientes y sus familias no tengan que estar sometidos a costos innecesarios, a tratamientos ineficaces e indignos cuando la muerte se aproxima. Por otra parte, es importante asegurar que se respete la dignidad intrínseca de la persona humana, incluso en el caso de sujetos en estado de inconsciencia persistente, y que nadie sea privado de la nutrición y de la hidratación para provocar la muerte.³⁸

No es fácil llegar a una respuesta simple frente a algunos de los dilemas personales y reales que este problema implica. En el estudio, en la oración y en la compasión continuamos reflexionando sobre este tema y esperamos descubrir ulteriores informaciones que permitan una solución definitiva.

Mientras tanto, a nivel práctico, estamos convencidos de que no se debe considerar la suspensión de todos los medios de mantenimiento en

vida, incluso la nutrición y la hidratación, como adecuados o automáticamente indicados para toda clase de pacientes EVP, simplemente por la valoración de que están por encima de la posibilidad del tratamiento médico de restablecer el estado de conciencia. Observamos la falta actual de informaciones científicas definitivas sobre las causas y las consecuencias de los diferentes grados de lesión cerebral, sobre la capacidad de los sujetos EVP de sentir dolor, y sobre la confiabilidad del pronóstico en muchos de estos pacientes.³⁹

Sabemos que muchos de ellos tienen un buen pronóstico de supervivencia a largo plazo, si se les da nutrición e hidratación asistida, y que presentan un pronóstico cierto de muerte. Sabemos igualmente que muchos en nuestra sociedad ven como un factor positivo la muerte rápida de pacientes en esta condición.

Por tanto, estamos seriamente preocupados por las actuales líneas de pensamiento y las actuales orientaciones políticas de nuestra sociedad que querrían con demasiada facilidad abandonar a pacientes privados de aparentes facultades mentales en cuanto que no son personas o merecedores de atención y de interés humanos.

En este contexto, hasta las legítimas discusiones morales, encaminadas a tener una atenta y precisa aplicación, pueden ser fácilmente malentendidas, extrapoladas o abusivamente aplicadas por quienes lesionan el respeto a la vida de algunos de los miembros más indefensos de nuestra sociedad.

A la luz de estas reflexiones, es nuestro parecer convencido que mientras prosigue el legítimo debate moral católico, las decisiones sobre estos pacientes deben estar motivadas por un supuesto a favor de la nutrición y de la hidratación asistidas. La decisión de interrumpir estos tratamientos debería tomarse a la luz de un atento examen de los costos y de los beneficios de la nutrición y de la hidratación para cada uno de los pacientes, para su familia y para la comunidad. Estos medios no deben suspenderse para provocar la muerte, pero pueden ser suspendidos si no ofrecen alguna razonable esperanza de mantenimiento en vida o requieren excesivos riesgos y cargas.

Creemos también que la política social y sanitaria debería estar atentamente estructurada de manera que estos pacientes no sean

clasificados rutinariamente como «terminales» o como los primeros candidatos para la suspensión de los aún mínimos medios de mantenimiento en vida.

7. ¿Quién debería decidir respecto de la nutrición y de la hidratación asistidas?

“¿Quién decide?” En nuestra sociedad muchos están convencidos de que es ésta la pregunta más importante o incluso la única importante respecto de este tema y muchos la interpretan en los términos de establecer quién tiene la facultad *legal* de decidir. Nos parecen apropiadas algunas observaciones generales en este caso:

Un paciente capaz de entender y de querer es el primero en tomar decisiones respecto de su propia asistencia médica y se encuentra en la mejor situación para juzgar cómo serán vividos los beneficios y los costos de un determinado procedimiento. Idealmente, el paciente actuará con el consejo de sus seres queridos, del personal sanitario, de los asistentes espirituales, que podrán ayudarlo a examinar las cuestiones morales y los valores espirituales implicados. Puede suceder que un paciente quiera hacer que sepan anticipadamente sus propios deseos acerca del mantenimiento en vida; estas expresiones no pueden tener el mismo peso que una decisión plenamente informada, tomada en las circunstancias actuales de una enfermedad, pero pueden ayudar a guiar a los demás en la eventualidad de un sucesivo estado de incapacidad de entender y de querer.⁴⁰

Moralmente, incluso los pacientes que deciden por sí mismos están vinculados por normas que impiden provocar directa y deliberadamente la muerte, mediante acciones u omisiones, y deben tener en cuenta la distinción entre medios ordinarios y medios extraordinarios.

Cuando un paciente no es capaz de decidir, de tomar decisiones por sí mismo, se puede designar a un procurador que comparta las mismas convicciones morales del paciente, como un miembro de la familia o un tutor, para representar los intereses del paciente e interpretar sus deseos. A este propósito, sigue habiendo relevantes límites morales: desde un punto de vista moral, el procurador no puede provocar en forma voluntaria la muerte del sujeto o rechazar los instrumentos evidente-

mente ordinarios, ni siquiera si está convencido de que tal habría sido la decisión del paciente.

En general, el personal sanitario debería satisfacer los deseos razonables del paciente y de la familia, pero debe consultar también a su propia conciencia cuando toma parte en este tipo de decisiones. Un médico o un enfermero, invitados a participar en una línea de conducta que consideren inmoral de modo evidente, tienen el derecho y la responsabilidad de rehusarse a tomar parte en esta decisión o de alejarse del caso, y se les debería dar la oportunidad de expresar en el foro adecuado las razones de su propio rechazo.

La política social y legal tiene el deber de defender estos derechos de la conciencia.

Finalmente, puesto que se trata de cuestiones de vida o muerte para los seres humanos, la sociedad entera tiene el interés legítimo de que se tomen decisiones responsables.⁴¹

Conclusiones

En este documento, confirmamos los principios morales que proporcionan la base para una discusión responsable sobre la moralidad del mantenimiento en vida. Pretendemos también ofrecer una guía sobre cómo aplicar estos principios al difícil problema de la nutrición y de la hidratación asistidas.

Rechazamos cualquier omisión de nutrición e hidratación con el fin de provocar la muerte del paciente. Apoyamos una presunción en favor de la administración de alimentación y de hidratación asistidas a los pacientes que lo requieran, presunción que no se daría en los casos en que tales procedimientos no ofrecieran una esperanza razonable, desde el punto de vista médico, de mantener la vida, o exigieran riesgos y cargas excesivos. Reconociendo que tales evaluaciones sobre los beneficios y los costos de la hidratación y de la nutrición asistida constituyen un elemento subjetivo en casos particulares, y que el paciente directamente implicado es el mejor juez, afirmamos además el papel legítimo del amor y de las indicaciones de la familia, de las orientaciones éticas del personal sanitario y del interés de la sociedad en proteger la vida y

defender a los necesitados de cuidados. Rechazando una política demasiado permisiva sobre la negación de la nutrición y de la hidratación a los pacientes vulnerables, queremos también garantizar que las cargas de la asistencia a los más indefensos sean más equitativamente distribuidas en nuestra sociedad.

Reconocemos que este documento constituye nuestra primera declaración, pero no la definitiva, ante las complejas cuestiones involucradas en este tema.

Exhortamos a católicos y no católicos, interesados en la dignidad de la persona humana, a estudiar estas reflexiones y a tomar parte en el debate público aún abierto, sobre el modo mejor de entregarse a las necesidades de los miembros indefensos de nuestra sociedad.

Apéndice

Aspectos técnicos de la nutrición y de la hidratación asistidas

Los procedimientos para proporcionar sustento y fluidos a los pacientes que no pueden deglutir la comida por vía oral son o bien “parenterales” (sin usar el tubo digestivo) o “enterales” (usando el tubo digestivo).

La alimentación parenteral o intravenosa está considerada en general como “más peligrosa y más costosa” que la enteral.⁴² Podemos distinguirla a su vez en nutrición intravenosa periférica, usando una aguja insertada en una vena periférica, y alimentación intravenosa central, conocida también como alimentación parenteral total o hiperalimentación, usando una aguja más gruesa insertada en una vena central cerca del corazón. Los métodos intravenosos periféricos pueden proporcionar líquidos y electrolitos como otros alimentos, mantener el equilibrio de los fluidos y prevenir la deshidratación, pero no permiten una nutrición adecuada a largo plazo.⁴³

La alimentación parenteral total puede proporcionar un equilibrio nutricional más adecuado, pero comporta serios riesgos para el paciente y puede requerir costos más elevados que otros métodos de alimentación por las venas. La alimentación parenteral total ya no se considera

experimental, sino que se ha convertido en “un apoyo para ayudar a pacientes gravemente enfermos a sobrevivir en las fases agudas de la enfermedad, para los cuales el pronóstico había sido anteriormente desesperado” pero “su práctica es objeto de discusión” para el mantenimiento en vida de sujetos que están privados de un aparato digestivo funcionando.⁴⁴

A causa del uso limitado de la alimentación intravenosa periférica y del particular costo de la parenteral total, y puesto que no hay muchos pacientes con insuficiencia a nivel del aparato digestivo que requieran estos medios como única fuente de nutrición, la alimentación enteral es el polo de interés del debate sobre la nutrición y sobre la hidratación asistidas. Estos métodos son utilizados en el caso en que un paciente tenga un aparato digestivo funcionando, pero que es incapaz o no quiere ingerir comida por vía oral, o bien no puede o no quiere deglutir. Las vías más comunes para la alimentación enteral son nasogástricas (introduciendo un tubo delgado de plástico en la cavidad nasal para alcanzar el estómago), por gastrostomía (introduciendo quirúrgicamente un tubo a través de la pared abdominal en el estómago), y yeyunostomía (introducción quirúrgica de un tubo en la pared abdominal del intestino delgado).⁴⁵ Estos métodos constituyen el principal objeto de interés de este documento.

Cada uno de los métodos de alimentación enteral presenta efectos colaterales potenciales. Por ejemplo, se requiere que los tubos introducidos sean sometidos a un atento monitoreo para evitar introducir comida y líquidos en los pulmones. Los tubos pueden crear también irritación en los tejidos sensibles y malestar; los pacientes en estado de confusión o en un momento de enfado pueden tratar de retirarlos; el esfuerzo para impedir al paciente que lo haga puede requerir molestias y costos agregados. Un aspecto positivo es que la introducción de los tubos no requiere una intervención quirúrgica, sino sólo un breve adiestramiento del personal.⁴⁶

La gastrostomía y la yeyunostomía son mejor toleradas por muchos pacientes que necesitan una alimentación a largo plazo. Los problemas más serios surgen del hecho de que la introducción de los tubos requiere de una intervención quirúrgica con anestesia total o local, que comporta riesgos de infección y otras complicaciones. Una vez terminado este

procedimiento quirúrgico, se pueden mantener tales tubos sin mayores sufrimientos y sin complicaciones médicas, y los pacientes en estado de inconsciencia no tratan a menudo de retirarlos.⁴⁷

Nueva York, 2 de abril de 1992

Referencias bibliográficas

- ¹ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaration on Procured Abortion* (1974), n. 11.
- ² CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et Spes*, n. 27. Hay que distinguir entre el suicidio y “el sacrificio de la propia vida; como cuando una persona ofrece su vida o la pone en peligro por una causa noble, como la gloria de Dios, la salvación de las almas o el servicio al propio hermano”. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la eutanasia* (1980), I parte.
- ³ *Declaración sobre la Eutanasia*, II parte.
- ⁴ *Ibid.*, III parte; CONFERENCIA CATÓLICA DE ESTADOS UNIDOS, *Ethical and Religious Directives for Catholics Health Facilities* (1971), Directriz 29.
- ⁵ *Declaración sobre la eutanasia*, IV parte.
- ⁶ *Ibid.*
- ⁷ *Ibid.*, Conclusión.
- ⁸ *Gaudium et Spes*, n. 27; *Declaración sobre el aborto provocado*, n. 12.
- ⁹ *Documento de la Santa Sede en el Año Internacional de la Persona Inhábil* (4 de marzo de 1981), I. 1 y II en *Origins*, 1981, 10, pp. 747-748.
- ¹⁰ *Declaración sobre la eutanasia*, Introducción; *Declaración sobre el aborto provocado*, nn. 10-11, 21; CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente, 1987*, III parte.
- ¹¹ ROACH J., *Suspensión del mantenimiento en vida: respuestas no fáciles*, Boletín Católico, marzo 7, 1991, 1 (citado en el Bio-Medical Ethics Commission of the Archdiocese of St. Paul, - Minneapolis).
- ¹² “Si a un paciente se le suspende la hidratación y la nutrición, la muerte es inevitable e independiente de sus condiciones. El fallecimiento puede ocurrir dentro de pocos días o de dos semanas. Raramente se da en medicina una muerte más rápida para el paciente”. CRANFORD R. R., *Pacientes con pérdida de conciencia permanente*, en LYNN J. (ed.), *By no Extraordinary Means*, Indiana University Press, 1986: 191.
- ¹³ Véase, entre otras, la discusión entablada entre un juez y los procuradores legales en los casos de Elizabeth Bouvia y de Héctor Rodas, respectivamente. *Bouvia vs. Superior Court*, 225 Cal Rptr. 297, 307-8 (1986) (Compton J. Concurring); *Apelación por la Declaración hecha en el caso de Rodas*, *Issues in Law & Medicine*, 1987, 2: 499-501, quoted verbatim from Rodas vs. Erkbrack, n. 87 y L 42 (Mesa Country, Colorado, 30 de enero de 1987).
- ¹⁴ Como observa un especialista en ética médica, ha aumentado el interés por una política ampliamente permisiva al suspender el tratamiento de nutrición e hidratación, “porque, a mucho andar, el rechazo de la nutrición puede sólo volverse un modo efectivo de estar ciertos de que un gran número de pacientes biológicamente fuertes muera rápidamente” (CALLAHAN D., *Sobre la nutrición del moribundo*, *Hastings Center Report*, vol. 13, octubre 1983: 22.

¹⁵ Véase *Principios morales*, arriba, n. 5.

¹⁶ Dirigido a la Conferencia para la Pre-leucemia humana, 15 de noviembre de 1985: AAS, 1986, 78: 361. Véase también el del 21 de octubre de 1985, dirigido a un grupo de estudio de la Pontificia Academia de las Ciencias: "Incluso cuando un enfermo es incurable, nunca debe ser no tratable; cualquiera que sea su condición, hay que darle siempre el cuidado apropiado", AAS, 1986, 78: 314; Origins, vol. 15, 5 de diciembre de 1985: 416.

¹⁷ Algunos grupos sostienen que la Santa Sede ha adelantado opiniones sobre este punto, pero que éstas no tienen la autoridad de la enseñanza de la Iglesia oficial. Por ejemplo, en 1985 un grupo de estudio de la Pontificia Academia de las Ciencias concluía: "Si el paciente está en estado de coma permanente e irreversible, según las previsiones no se requiere terapia alguna, pero se le deberían proporcionar todos los cuidados, incluida la nutrición". PONTIFICIA ACADEMIA DE LAS CIENCIAS, *La prolongación artificial de la vida*, Origins, vol. 15, 5 de diciembre de 1985, p. 415. Puesto que los pacientes en coma no pueden en general tomar alimento por vía oral, la declaración evidentemente se refiere a la alimentación asistida. Análogas declaraciones se pueden encontrar en CONSEJO PONTIFICIO COR UNUM, *Algunas cuestiones éticas concernientes a los enfermos graves y moribundos*, 1981: 9; *Ni eutanasia ni encarnizamiento terapéutico*, La civiltà Cattolica, 3280, 21 de febrero de 1987: 324.

¹⁸ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, *Declaración de Helsinki*, 1975, II, 1.

¹⁹ Véase ZERWEKH J. V., *El problema de la deshidratación*, Nursing, enero 1983: 47-51.

²⁰ Véase MAY W. E. y otros, *Alimentación e hidratación en pacientes en estado de inconsciencia permanente y otros pacientes vulnerables*, Issues in Law and Medicine, vol. 3, invierno de 1987: 208.

²¹ CRANFORD R. E., *El estado vegetativo persistente: la realidad médica*, Hastings Center Report, vol. 18, febrero-marzo 1989: 31.

²² *Declaración sobre la Eutanasia*, IV parte.

²³ Las actuales directrices éticas para el personal de enfermería, aun defendiendo generalmente la autonomía del paciente reflejan este concepto: "Las obligaciones de prevenir el mal y de obtener beneficio... requieren que el personal de enfermería intente comprender las razones del paciente a favor del rechazo... Los enfermeros deberían también esforzarse de todas las maneras en corregir pareceres aproximativos, en modificar creencias superficiales y gestos demasiado dramáticos, en infundir nuevamente la esperanza cuando es razonable esperar". AMERICAN NURSES ASSOCIATION COMMITTEE ON ETHICS, *Lineamientos sobre el rechazo y sobre la interrupción de la comida y de los líquidos*, Biolaw, vol. 2, octubre 1988: 1124-25.

²⁴ En uno de estos estudios, «el 70 por ciento de los pacientes y de las familias eran 100 por ciento favorables a someterse nuevamente a cuidados intensivos incluso para obtener un sólo mes de sobrevivencia»; "la edad, la gravedad de las enfermedades críticas, la estancia prolongada y el costo de una terapia intensiva no influyen en la voluntad de someterse a cuidados intensivos". DANIS y otros, *Las preferencias de los pacientes y de las familias por la terapia médica intensiva*, Journal of the American Medical Association, vol. 260, 12 de agosto de 1988: 797. En otro estudio, entre 33 sujetos que tenían parientes estrechos en "estado vegetativo permanente", 29 estuvieron de acuerdo con la decisión inicial de emprender la alimentación parenteral y 25 aprobaron firmemente la continuación de este tratamiento, aun cuando ninguno de los entrevistados hubiera tomado la decisión de comenzarla. TRESCH y otros, *Pacientes en estado vegetativo persistente: actitudes y reacciones de los miembros de la familia*, Journal of the American Geriatrics Society, vol. 39, enero de 1991: 17-21.

²⁵ *Declaración sobre la eutanasia*, IV parte.

²⁶ “En el esfuerzo por contener el gasto de la asistencia sanitaria es importante evitar discriminaciones contra los enfermos crónicos y moribundos; hay que estar atentos a las comparaciones dictadas por la envidia entre los costos económicos de los diversos individuos en la sociedad y rehusarse a abandonar a los pacientes en trance de morir por ahorro de dinero”, HASTING CENTER, *Lineamientos sobre la interrupción del mantenimiento en vida y de la asistencia al moribundo*, Hasting Center, 1987: 120.

²⁷ Una posible excepción es la de la alimentación parenteral total (TPN), que requiere fórmulas preparadas atentamente y un monitoreo cotidiano más intenso. Irónicamente, algunas corrientes de política sanitaria pueden ejercer presiones económicas en favor de la TPN, porque es más fácil obtener la devolución del 33 por ciento de los gastos. Para las familias el costo puede ser mayor que en otros tipos de mantenimiento, en cuanto que muchas compañías de seguros no reconocen la alimentación parenteral como un “tratamiento médico”. Véase U.S. Congress, Office of Technology Assessment, *Tecnologías de mantenimiento en vida y para el anciano*, OTA-BA-306, p. 286.

²⁸ “Nunca se debe pretender querer consolar a una familia suprimiendo a uno de sus miembros. El respeto, la entrega, el tiempo y los medios requeridos para la asistencia de los discapacitados, incluso de aquéllos cuyas facultades mentales están gravemente comprometidas, son el precio que la sociedad debe pagar para seguir siendo verdaderamente humana”. *Documento de la Santa Sede*, véase arriba nota 9, II.1, Origins, 748. La Santa Sede reconoce que la sociedad entera debe asumir estas cargas no echándolas sobre las espaldas de los individuos y de la familia.

²⁹ Véase SINGER P., *¿Santidad de vida o calidad de vida?*, Pediatrics, vol. 72, julio 1983: 128-129. Para el uso y el mal uso del término “calidad de vida”, véase O’CONNOR J., *¿Quién decidirá por las víctimas del SIDA?*, Origins, vol. 19, 18 enero 1990: 544-548. Algunos teólogos católicos sostienen que una «baja calidad de vida» justifica la interrupción de la alimentación asistida sólo en aquellos pacientes cuyo diagnóstico es de permanente incoscienza.

³⁰ Véase MILNE D., *Urges MDs to Get Birth Defects Patients Own Story*, Medical Tribune, 12 diciembre 1979: 6.

³¹ CONFERENCIA CATÓLICA DE ESTADOS UNIDOS, *Declaración pastoral de los arzobispos católicos de Estados Unidos sobre los discapacitados*, publicada en: NOLAN (ed.), *Carta pastoral de los obispos católicos de Estados Unidos* (USCC 1984), vol. IV, p. 269.

³² Algunos pacientes inhábiles solicitan morir porque todos sus esfuerzos por construirse una vida que se respete son obstaculizados; un “derecho a morir” es el primer derecho por el que son alentados entusiastamente por parte de los no discapacitados. Véase LENGMORE P. K., *Elizabeth Bouvia, suicido asistido y prejuicio social*, Issues in Law and Medicine, vol. 3, otoño de 1987: 141-168.

³³ “Hay que pedir una calidad de vida, en cuanto sea posible, con un tratamiento proporcional y adecuado, pero esto supone la vida y el derecho a la vida para cualquiera, sin discriminación ni excepción alguna”. JUAN PABLO II, dirigiéndose al 11º Congreso Europeo de Medicina Perinatal, AAS, 1988, 80: 1426; *The Pope Speaks*, 1988, 33: 24-25.

³⁴ Véase MAHNEY R., *Dos declaraciones sobre el caso de Bouvia*, Linacre Quarterly, vol. 55, febrero de 1988: 85-87.

³⁵ No son lo mismo coma y estado vegetativo persistente. Estrictamente hablando, el coma no es generalmente una condición a largo plazo, en cuanto que a las pocas semanas un paciente comatoso generalmente muere, se cura o llega a la situación del estado vegetativo persistente. «En términos de comportamiento observable, el paciente en coma parece dormir, pero a diferencia de un sujeto que duerme no puede despertarse de este estado... El paciente en estado vegetativo parece despierto, pero no muestra señal alguna de capacidades, sean éstas confusas o apropiadas. Tiene a menudo un ciclo sueño-vigilia, pero no puede demostrar la conciencia

de sí mismo o del ambiente que lo circunda». LEVY, *El paciente comatoso*, en ROSENBERG (ed.), *The Clinical Neurosciences*, Churchill Livingstone, 1983, 1: 956.

³⁶ Desde el momento en que estamos seguros de que tal connotación peyorativa no era intencional por quien acuñó esta terminología, invitamos a los médicos a considerar un término menos discriminatorio para este estado diagnóstico.

³⁷ Véase *Moral Principles*, n. 5

³⁸ Puesto que durante las semanas y los meses de observación requeridos para una evaluación segura de pvs los pacientes tienen necesidad de un mantenimiento nutricional para vivir, los casos a los que aludimos se refieren a decisiones sobre la interrupción de este mantenimiento más que a su introducción.

³⁹ Un estudio reciente sobre el porcentaje de curación hizo el seguimiento de 84 pacientes con un diagnóstico de pvs. El 41 por ciento se volvió consciente a los seis meses; el 52 por ciento al año; el 58 por ciento recobró la conciencia en un intervalo de observación de tres años. La investigación no fue capaz de identificar a los "predictores de curación del estado vegetativo", esto es, no se encontró prueba alguna por la que los médicos pudieran anticipadamente qué pacientes pvs se habrían finalmente despertado. Los resultados no excluían la posibilidad de que sujetos pvs recobraran la conciencia después del segundo año, pero esto puede ser considerado como un evento raro. LEVIN, SAYDJARY y otros, *Vegetative State After Closed-Head Injury: a Traumatic Coma Data Bank Report*, Archives of Neurology, vol. 48, junio de 1991: 580-585.

⁴⁰ Algunos moralistas católicos, usando el término de "intención efectiva", observan que una persona puede dar un significado espiritual al sufrimiento que le sobrevendrá en estado de inconsciencia, decidiendo anticipadamente unirlo a los de Cristo para la redención de la humanidad.

⁴¹ NCCB COMMITTEE FOR PRO-LIFE ACTIVITIES, *Guidelines for Legislation on Life-Sustaining Treatment* (noviembre 10, 1984), Origins, vol. 14 (24 enero 1985); ID., *Statement on the Uniform Right of the Terminally III Act* (junio 1986), Origins, vol. 16 (4 septiembre 1986); U. S. Catholic Conference, Brief as Amicus Curiae in Support of Petitioners, *Cruzan vs. Director of Missouri Department of Health vs. McCause*, U.S. Supreme Court, n. 88-1503, Origins, vol. 19 (26 octubre 1989), pp. 345-351.

⁴² MAYOR D., *Los procedimientos médicos para proporcionar comida y agua: indicaciones y consecuencias*, en LYNN (ed.), *By no Extraordinary Means*, Indiana University Press, 1986: 27.

⁴³ Las venas periféricas, las que se encuentran en brazos y piernas, pueden colapsarse después de un periodo de nutrición intravenosa, sobre todo si se introducen en la solución alimentos más complejos como las proteínas. Véase U.S. Congress Office of Technology Assessment, *Life-Sustaining Technologies and the Elderly*, OTA-BA-306, Washington D.C.: Oficina de Prensa del Gobierno de los Estados Unidos, julio de 1987: 283-284.

⁴⁴ MAJOR, p. 22, 24-25; Véase también OTA, p. 284-286.

⁴⁵ Véase MAJOR, p. 22, 25-26.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 22; OTA, p. 282-283; ROSS LABORATORIES, *Tube Feedings: Clinical Application*, 1982: 28-30.

⁴⁷ MAJOR, p. 22; OTA, p. 282. Muchos escépticos observan que, desde el punto de vista moral, no hay una diferencia significativa en líneas generales entre la suspensión de un procedimiento de mantenimiento en vida y la omisión de emprenderlo. Sin embargo, la implantación quirúrgica de los tubos para la nutrición y su mantenimiento, una vez implantados, pueden comportar una proporción diferente de los beneficios respecto de los costos, porque los riesgos transitorios de la intervención quirúrgica inicial no continuarán y no se reflejarán en la fase de mantenimiento de los tubos.



La visita del médico.
Francis Van Mieris, 1657.

Nutrición e hidratación

Segunda Parte Declaración de los obispos católicos de Pensilvania

*Card. Anthony Bevilacqua**

Premisa

Es conocida la amplia discusión llevada a cabo, a todos los niveles de nuestra Iglesia y de la sociedad, respecto de las declaraciones de voluntad previas del paciente para el médico.

Estos problemas están influyendo ya de manera profunda en nuestro modo de vida. No condicionan solamente al comportamiento con nuestros seres queridos en trance de muerte, sino precisamente el modo de ver la vida en general. Puesto que todos somos mortales, son temas éstos que tienen un gran impacto sobre cada uno de nosotros en lo personal.

Por este motivo, los obispos católicos de Pensilvania han trabajado en la redacción de la siguiente declaración, que es un intento de nuestra parte por cumplir con nuestras responsabilidades de ofrecer una guía a todos los católicos de este Estado, que están confiados a nuestro cuidado pastoral. Esperamos que estas observaciones y los principios sobre los que se basan sirvan de ayuda a todos cuantos reconocen la importancia de decidir finalmente sobre los aspectos morales del difícil problema de la administración de alimento y de líquidos a los pacientes.

Queremos expresar con nuestra declaración, según nuestras actuales competencias, la enseñanza de la Iglesia católica respecto de estos casos reconocidos como difíciles.

* Arzobispo de Filadelfia

Puesto que profesamos la fe de que toda vida humana es sagrada, desde el momento en que ha sido dada por Dios, exhortamos a todos los que lean esta declaración nuestra a unirse a nosotros en nuestra resolución de asistir verdaderamente a los que son los más necesitados de entre nosotros.

Card. Anthony Bevilacqua, Arzobispo de Filadelfia.

12 de diciembre de 1991

Fiesta de Nuestra Señora de Guadalupe

Introducción

Las recientes sentencias y la aprobación de leyes federales y estatales que conciernen a las previas declaraciones de la voluntad del paciente para el médico (el testamento de vida y el nombramiento de un tutor) han dado a muchos la impresión de que cualquier cosa que permitan los tribunales o las leyes civiles es aceptable desde el punto de vista moral. En particular, ha suscitado controversias el problema de la suspensión o del rechazo de la alimentación o de la hidratación. Como obispos católicos y ciudadanos de Pensilvania, esperamos que lo que sigue sirva de ayuda a cuantos no tienen las ideas claras sobre la situación actual; pero sobre todo queremos ofrecer una guía a los católicos, que están confiados a nuestro cuidado pastoral.

El proyecto de Dios para la humanidad no consiste en un ciego fatalismo determinista, sino que es un proyecto de amor que interesa a todos los seres humanos, no como sujetos pasivos sino como participantes. El llamado a responder a las leyes morales no es un llamado a la obediencia legalista; es el llamado a llevar a cabo aquellas acciones y a vivir aquellas intenciones que nos permitan compartir la felicidad eterna. “La más elevada norma de la vida humana es la ley divina misma —eterna, objetiva y universal— con la que Dios ordena, dirige y gobierna al mundo entero y el camino de la comunidad humana, de acuerdo con el proyecto concebido en su sabiduría y en su amor. Dios hizo al hombre capaz de participar en su ley, de manera que, bajo la guía de la Divina Providencia, muchos puedan adquirir un cada vez más profundo conocimiento de la verdad inmutable”.¹

El Magisterio no significa ejercer un poder legal. Es más bien el otorgamiento de una autoridad, de modo que la Iglesia pueda ejercer sus propios sagrados deberes de difundir y proclamar la verdad, de conocer la realidad del proyecto divino para nuestra salvación y de hacernos libres de descubrir y gozar lo que al final nos hará más felices. La consecución de este objetivo requiere fe; no se trata, sin embargo, de una fe completamente ciega, ni de una ley moral constituida simplemente por una serie de prescripciones absolutas. Dios nos llama tal como somos, como hijos capaces de corresponder a su amor y con una comprensión cada vez más profunda. La función de la Iglesia, por tanto, no es simplemente ejercer una autoridad, sino también persuadir; y debe hacerlo con ese amor y solicitud que reflejen el amor y la solicitud de Dios mismo.

Las fuentes de la enseñanza moral son la revelación divina y el uso de la capacidad de razonar y de llegar a la verdad, que nos han sido conferidas por Dios. La razón y la fe están estrechamente vinculadas y esta vinculación se pone de manifiesto en el razonamiento que ahora les dirigimos. La práctica médica afronta las cuestiones básicas de la vida y de la muerte, problemas que conciernen a la salud, al bienestar e incluso a la salvación de la humanidad. La vocación de tomar a su cuidado la vida y la salud de los demás es una llamada a servir al bien fundamental de toda persona: la vida misma. Un verdadero interés por la salud comporta no sólo el bienestar corporal, sino el más profundo bienestar de toda la persona. No debería sorprender el que precisamente la mejor asistencia médica y la aplicación de los más elevados principios morales coincidan inevitablemente y no puedan estar en conflicto entre sí.

Las decisiones sobre la vida y sobre la muerte son objeto de interés no sólo para cuantos están involucrados directamente, sino para cada uno de nosotros. Como obispos católicos, es responsabilidad nuestra presentar la enseñanza de la Iglesia sobre cuestiones morales, desde el momento en que tenemos el deber de ofrecer una guía pastoral a los fieles para vivir el mensaje cristiano en la sociedad contemporánea.

En 1980, el Magisterio abordó el tema de la eutanasia en la Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe, *Jura et Bona*. Esa Declaración enuncia algunos importantes principios que se pueden

aplicar a este problema, pero no aborda el tema específico de la suspensión de la hidratación y de la nutrición. Por un lado, como católicos, estamos claramente obligados a adherirnos a las indicaciones del Magisterio; por el otro, este tema complejo no ha sido abordado explícitamente por la Santa Sede. De este simple hecho no se deduce, sin embargo, que los fieles sean libres para comportarse como si no existieran lineamientos. Este es un motivo ulterior que ha hecho necesaria esta intervención por nuestra parte.

El objetivo de nuestra declaración es múltiple:

1) deseamos ofrecer una guía a los católicos implicados en las decisiones, sobre todo a los pastores de almas, al personal sanitario y a los enfermos;

2) deseamos ofrecer nuestra enseñanza como un modo de participar en un diálogo de política pública, desde el momento en que concierne a todos cuantos están implicados en las decisiones legislativas y judiciales;

3) deseamos presentar la tradición madurada por una ética médica que durante siglos ha guiado de igual manera a médicos y pacientes para alcanzar los más altos niveles de asistencia médica y el más elevado bien moral.

En cuanto obispos, hablamos como Magisterio de la Iglesia, pero hablamos también como ciudadanos preocupados por el bienestar de todos en nuestra sociedad.

Este problema —el del interés por la vida y su salvaguardia— es fundamental. La medicina moderna nos ofrece modalidades de asistencia y terapia en otro tiempo inimaginables, pero estos avances suscitan también serios problemas que requieren decisiones esenciales. Muchos plantean preguntas sobre la oportunidad o no de iniciar o continuar diversos tratamientos médicos; querrían saber si y cuándo es lícito interrumpir hasta los cuidados fundamentales para la vida, como el alimento y el agua. Las sentencias y las propuestas de ley sobre el testamento de vida hacen oportunos estos interrogantes, incluso *aunque no puedan* dar respuestas sólo en el campo legal, porque revisten también un inevitable significado moral.

La Bioética, basada en la filosofía y en los principios legales, ofrece algunas directrices ante la confusión de los problemas de la asistencia

sanitaria.² Sin embargo, es evidente también que la Filosofía o el Derecho por sí solos no se aplican adecuadamente a todas las cuestiones reales y los problemas anexos. La Bioética religiosa ofrece una inestimable aportación al debate moral actual, ofreciendo la capacidad de comprender a fondo la naturaleza humana, el fin de la vida, el significado del sufrimiento y la educación en las verdaderas virtudes. Estas consideraciones ayudan a los médicos y de igual manera a los pacientes a decidir sabiamente, tanto en la práctica cotidiana como en los casos más difíciles. La bioética sobre bases religiosas induce a los hombres a prestar atención a lo que es justo hacer y libera a la autonomía de elección de una visión que puede volverse fácilmente angosta y terriblemente errada. Podemos humanizar el rostro de la tecnología, dándole una valoración moral, refiriéndola a la dignidad de la persona humana, que está llamada a realizar la vocación a la vida y al amor que Dios le ha dado.³

Los términos de la cuestión

La medicina moderna continúa interesándose en problemas ya existentes en el pasado, aun cuando los conocimientos y la tecnología actuales ofrezcan tratamientos y procedimientos que en otro tiempo habrían sido imposibles. Uno de estos problemas es la nutrición y la hidratación de los pacientes incapaces de nutrirse autónomamente y que no pueden recibir alimento por vía oral, incluso con asistencia ajena. Hoy es posible mantener con vida a estos sujetos con un gran número de técnicas; surge por tanto el problema de la obligación moral de hacerlo.

El problema de las obligaciones morales no concierne sólo al paciente, que tiene la responsabilidad primaria del razonable cuidado de la salud y de la vida, sino también a aquéllos que tienen la responsabilidad para con el paciente que ya no es capaz de ejercer la autodeterminación.

Las posibilidades de sustentar la vida por períodos de tiempo prolongados suscita algunos interrogantes. ¿Es posible no sólo mantener con vida a un paciente, sino también sustentar los signos de vida aparente en sujetos en realidad muertos ya?

En general, hay la obligación moral de adoptar medidas razonables para el mantenimiento vital. No existe tal obligación para el mantenimiento de los signos de vida aparente en sujetos ya muertos. En el pasado, estas preguntas no se habrían hecho nunca. Un paciente incapaz de tomar alimento, en particular en estado de inconsciencia, estaría muerto. Actualmente, en cambio, disponemos de toda una gama de métodos con los que es posible garantizar el sustento vital, incluso de sujetos en estado de inconsciencia.

El proceso decisional se complica además por los problemas referentes a la determinación de la muerte, a fin de utilizar los órganos para trasplante en otros pacientes. Hay controversia sobre el continuo costo de un mantenimiento prolongado de la vida inconsciente, considerados el tiempo, los esfuerzos y los recursos empleados, que de otro modo podrían ser destinados al cuidado o al tratamiento de otros pacientes.

Se presentan problemas también sobre la condición de los pacientes en estado de inconsciencia (en términos de dolor o de sufrimiento) y sobre la aflicción y el sufrimiento de los miembros de la familia que presencian el decurso clínico y que pueden participar en la asistencia, a veces durante meses o incluso años.

Determinación de la muerte

Aun cuando los teólogos pueden describir la muerte como la separación del alma y del cuerpo⁴, esta separación no es por sí misma visible y directamente verificable. La Iglesia ha confiado siempre en la utilización de los signos médicos o de los síntomas para determinar el instante exacto de la muerte. Hasta hace poco tiempo, estos signos eran bastante simples: cese del latido cardiaco, interrupción de la respiración, pupilas fijas y dilatadas, ninguna señal de respuesta consciente a estímulos externos. Ahora a veces comprobamos la necesidad de determinar también otros signos. Pacientes que mostraban todos los signos clásicos, pero que habían incluso experimentado una grave hipotermia (descenso de la temperatura corporal), han sido reanimados incluso después de periodos de tiempo que en el pasado habrían sido fatales. Otros pacientes

que habrían debido manifestar los signos clásicos no lo han hecho, porque estaban conectados a respiradores o a «máquinas corazón-pulmón», que proporcionaban oxígeno y mantenían de este modo los signos vitales, incluso durante un tiempo después del fallecimiento. Esto ha inducido a requerir por parte de los médicos otros signos añadidos a los anterior y universalmente utilizados. El desarrollo de criterios añadidos es perfectamente comprensible incluso desde un punto de vista teológico, ya que constituye un intento más por determinar el momento definitivo de la separación del alma y el cuerpo mediante signos y síntomas.

Los avances en el diagnóstico y en la determinación de la muerte han llevado también a una distinción más precisa entre la muerte y los varios tipos de estados de inconsciencia.⁵

En un intento por encontrar indicaciones claras de muerte, la medicina ha desarrollado criterios para la muerte cerebral. Estos criterios han sido desarrollados particularmente por la necesidad de determinar, con la mayor precisión posible, el momento del deceso para los donadores de órganos, de manera que se puedan obtener los órganos lo más pronto posible antes de que inicie la descomposición.

En la mayor parte de los casos, los criterios clásicos son suficientes para establecer el hecho de que la muerte ha sobrevenido ya. Sin embargo, algunos pacientes pueden estar vivos, pero no dar señal de vida alguna, como las víctimas de hipotermia o quienes están bajo la influencia de barbitúricos o fármacos anestésicos o curáricos. Puede ocurrir en cambio que otros estén muertos, aun mostrando todavía signos vitales, como los pacientes que han sido conectados a máquinas para el mantenimiento vital. En el primer caso, el sustento vital puede ser requerido hasta que sus condiciones sean determinadas. En el segundo, en cambio, no es tanta la necesidad de cualquier sustento vital. En ambos casos, debe hacerse un intento concienzudo por determinar si el sujeto está muerto o vivo. Este es el objetivo que ha llevado a buscar los criterios para la muerte cerebral.

En general, las normas adoptadas en la asistencia médica y en el Uniform Determination of Death Act⁶ (que, de varias maneras modificadas, han sido reconocidas legalmente en muchos Estados), son

derivaciones de los «Criterios de Harvard». ⁷ Los moralistas han reconocido como válidos estos criterios, dado nuestro conocimiento actual del sistema nervioso, aun cuando nuevas informaciones puedan conducir a revisarlos, en cuanto que esas nuevas informaciones comportan la necesidad de modificar criterios precedentes. ⁸

Si se puede comprobar la muerte de esta manera, entonces no hay ninguna obligación moral de continuar el tratamiento médico y los cuidados de cualquier tipo porque la persona está muerta. Sin embargo, en este documento estamos interesados en determinar si se debe asegurar el tratamiento a pacientes que no están muertos, sino que, por cualquier razón, no pueden proveer a su propia alimentación.

Estados de inconsciencia

A menudo se hace referencia a todos los estados de inconsciencia ⁹ con el término de «coma» (incluso por parte del personal médico). Pero en realidad ésta no es una designación correcta. ¹⁰ El coma es sólo un tipo de estado de conciencia alterada, pero existen también otros tipos que debemos considerar, porque cada uno de ellos presenta situaciones en las que pueden surgir problemas en materia de administración de nutrición e hidratación.

El *coma* auténtico es un estado de «insensibilidad no despertable» sin reacción alguna a estímulos externos. La persona no está muerta, sino que está en un estado de sueño. *Esta condición no es nunca permanente.* ¹¹ Puede durar hasta seis meses, pero se resuelve por sí sola en otro estado. El sujeto puede recobrar la conciencia o bien hundirse en otro estado, indicado como «estado vegetativo permanente». A veces el diagnóstico de la condición exacta puede requerir incluso de meses. *El estado vegetativo persistente* (EVP) es un estado más profundo que el coma. El coma es un estado de sueño; el EVP es una forma de profunda inconsciencia. El cerebro (N. de la R.: telencéfalo) —la parte superior de la materia cerebral— evidencia un proceso de funcionamiento alterado o fallido; esta región del encéfalo, en su corteza o en su estrato externo, es la responsable de las actividades que reconocemos como típicas del

hombre.¹² En cambio, en los pacientes EVP otra región del encéfalo, el tronco cerebral, sigue funcionando. Esta área del cerebro es la que controla las funciones involuntarias, como la respiración, el parpadeo, las contracciones involuntarias y el ciclo sueño-vigilia. Por consiguiente, los pacientes EVP pueden abrir los ojos y a veces seguir el movimiento con la mirada, y responder a ruidos fuertes e imprevistos, si bien estas reacciones duran muy poco y no son aparentemente voluntarias. Se dan también estadios cíclicos de sueño y de vigilia, pero esta actividad es una función del tronco cerebral y no constituye un indicador de una actividad humana intencional.¹³

Con frecuencia nos referimos al estado vegetativo persistente como «muerte cerebral». Es éste un término desafortunado, porque parece implicar la existencia de una «muerte del cerebro», como hemos descrito anteriormente. Esto no es cierto. Se da una pérdida de la capacidad a un cierto nivel del cerebro, pero no en toda la materia cerebral, *y la persona en EVP está, sin más, muerta*. Incluso el personal sanitario se refiere a estos pacientes como «muertos cerebrales». Éste no es precisamente el caso.¹⁴

Existe incluso una condición, denominada *pseudo coma psiquiátrico*. Se trata de un estado de inconsciencia provocado por un *shock* o por un trauma que induce a la víctima a aislarse del mundo exterior. Y puede ser tan grave que dé la impresión de la muerte, pero tampoco es un auténtico estado de inconsciencia. Es simplemente una total ausencia de reactividad.

Finalmente, existe otra condición, conocida en la literatura como *locked-in state* (cerrado dentro). Esta condición es provocada por una interrupción en las vías motoras descendentes del sistema nervioso. «En esta condición, la parálisis, no el déficit cognoscitivo, lleva a una falta de la capacidad de comunicar».¹⁵ El paciente tiene plena conciencia, pero simplemente no posee modo alguno de manifestar una respuesta consciente. En algunos casos, sin embargo, según la localización de la interrupción de las vías motoras es posible comunicarse de algunos modos, como parpadeando de manera codificada. Se requiere un diagnóstico atento para no confundir a este paciente con el sujeto EVP. La tomografía por emisión de positrones (PET) está en grado de distinguir entre el estado *locked-in* y el vegetativo persistente. El electro-

encefalograma, en cambio, no da respuestas satisfactorias, en cuanto que el paciente en estado *locked-in* puede presentar respuestas anómalas, mientras un sujeto EVP puede resultar casi normal.¹⁶ Los pacientes curados del *locked-in state* revelan que estaban perfectamente conscientes e informados sobre cuanto ocurría a su alrededor; tenían también un fuerte deseo de continuar viviendo.

En ninguna de estas clases de pacientes en estado de inconsciencia nos encontramos ante un muerto. Cada uno de ellos está vivo y podemos esperar la curación de algunos de ellos. El único caso en que la curación se vuelve más difícil es el del sujeto EVP y es precisamente este último el que se presta a ser objeto de tratamiento o cuidado, o de sustento de la nutrición.

Medios ordinarios y extraordinarios

La tradición moral católica considera que se tiene la obligación moral de usar los medios ordinarios¹⁷ de sustento vital, pero no se está obligado a recurrir a los medios extraordinarios. Los medios ordinarios son los accesibles, que no requieren esfuerzos, sufrimiento o un costo superior al que se consideraría adecuado en una situación grave. Estos incluirían la mayor parte de los procedimientos y de las técnicas comúnmente practicadas en medicina y cirugía. No obstante, los moralistas reconocen que existen también otros elementos subjetivos que influyen en nuestra capacidad de formular juicios morales. Consideraciones subjetivas de dolor, de costos y repugnancia personal pueden obstaculizar el cumplimiento de esta obligación.¹⁸ Además, no en cualquier circunstancia se deben emplear todas las técnicas. En ciertos casos, los que serían habitualmente medios ordinarios ofrecen una escasa posibilidad de éxito y pueden requerir un costo mayor que la ventaja para quien los usa. En estos casos, no se debería estar obligado moralmente a recurrir a tales medios.¹⁹

La distinción entre medios ordinarios (que tenemos la obligación moral de usar) y los extraordinarios (que podemos decidir emplear, pero no estamos obligados a hacerlo), no se basa en la accesibilidad de los

medios mismos solamente, si bien deba tomarse en consideración también ésta. Se basa igualmente en los resultados esperados y en serias consideraciones subjetivas y actitudes. Y hay que considerar también la relación costo / beneficio.

Principios para la toma de decisiones

Las decisiones sobre el uso de medios apropiados para preservar la vida y la salud pueden a veces ser complejas. Un posible enfoque es el de plantearse preguntas útiles para aclarar el problema y para buscar las fuentes más adecuadas de las cuales obtener las respuestas.

Estas fuentes comprenden la moral, informaciones médicas y el conocimiento de la condición real y de los medios del paciente y de su familia. Estas sugerencias valen tanto en el caso del paciente consciente como en el del paciente inconsciente. Es evidente, sin embargo, que el razonamiento para el segundo caso requerirá recurrir a algunos «juicios sustitutivos».²⁰

¿Es el procedimiento ventajoso para el paciente, en el sentido de la salvaguardia de la vida o de la recuperación de la salud? ¿Tiene por finalidad salvaguardar la vida? ¿Añade cargas serias? ¿Es inminente ya la muerte, de manera que el tratamiento propuesto puede añadir sólo un breve lapso de tiempo a la vida, resultando pues, un método para prolongar simplemente el proceso de muerte y no para salvar la vida? Interrogantes de este género deben hacerse a expertos en el campo de la medicina, aun cuando, en los casos difíciles, hasta los expertos pueden ser momentáneamente incapaces de encontrar respuestas determinantes a todos estos problemas.

¿Constituye el procedimiento un grave peso para el paciente y esta carga se ha hecho insoportable e inaguantable? Nadie puede responder a esta pregunta sino el paciente o, tal vez, su familia. Al mismo tiempo, el dolor forma parte de la vida de todo individuo y reviste un significado espiritual saludable. Las valoraciones en este campo deben ser atemperadas según los diversos niveles de depresión presentes que el paciente que sufre o la familia, pueden experimentar. Pueden necesitar

de ayuda para superar la tentación de desistir. A este propósito, el asistente espiritual puede ser un sostén relevante. Debemos reconocer también la subjetividad de lo «inaguantable» y respetar las decisiones morales, tomadas en conciencia.

Si el paciente no es competente, ¿a quién compete el deber de tomar este tipo de decisión? ¿Qué motivaciones entrarán en juego en estas decisiones? También en este caso, el asistente pastoral puede ofrecer una colaboración considerable, como también el conocimiento íntimo que los familiares deberían tener del paciente.

Debemos darnos cuenta igualmente de que puede suceder que los moralistas y el personal médico no utilicen las mismas definiciones de métodos ordinarios y extraordinarios. El personal médico emplea a menudo estos términos para referirse a los medios de tratamiento en sí, considerándolos ordinarios, a menos que no sean experimentales o raramente usados. El moralista, en cambio, debe tener también presente los demás elementos antes mencionados, esto es, los costos y los beneficios de un determinado tratamiento para el paciente o para los demás.²¹ Por consiguiente, la terminología moral está generalmente más vinculada a la condición del paciente,²² mientras la terminología médica lo está a la técnica misma. La valoración moral se basa en los beneficios de una técnica para el paciente, comparados con los costos requeridos, y *no* sólo la accesibilidad de la técnica. La claridad sobre este punto puede ayudar a eliminar una fuente de confusión.

Quien toma decisiones debería prestar atención también al hecho de que la decisión de interrumpir un tratamiento no es en general *moralmente* diversa de la de no iniciar ese tratamiento al comienzo de la enfermedad. Las mismas normas morales se aplican en cada caso, pero hay diferencias sustanciales. Cuando se inicia un tratamiento, el pronóstico puede no ser todavía claro. Nadie es capaz de predecir el curso futuro de los acontecimientos. Las normas morales se pueden aplicar más fácilmente en pronósticos más definidos, de modo concreto. Sin embargo, puede ser necesario mucho tiempo para determinar si un paciente ha entrado o no en estado vegetativo permanente. La *duración de la inconsciencia* puede ser en sí un factor determinante tanto para el diagnóstico como para el pronóstico. En un primerísimo estadio se requiere un tratamiento

intensivo, cuando queda todavía una mayor posibilidad de curación total o parcial. Incluso la exacta localización o la extensión del daño encefálico o del tronco cerebral puede no ser un indicador acucioso en cualquier caso clínico. Se requieren por igual tiempo y tratamiento. En general, cuanto más joven es el paciente, más probable es la curación. Después de tres meses se reduce la posibilidad de curación; después de seis meses la curación del estado vegetativo persistente es probablemente inferior al 1 por ciento de los casos; y después de doce meses, casi nunca se produce.

Con mucha frecuencia hay que tomar una decisión cuando los tratamientos han seguido su curso y el paciente no muestra signo alguno de mejoría. En esta fase el pronóstico y el estado del paciente pueden ser más claros que antes. Incluso entonces, existe aún un serio obstáculo para una fácil decisión.

Incluso si en el momento de la decisión el cuadro clínico parece claro, es difícil siempre desde el punto de vista psicológico resolverse a interrumpir un tratamiento o ciertas formas de cuidados ya iniciadas, porque resulta duro para quien sobrevive no pensar que la suspensión ha provocado la muerte.

Suministro de nutrición y de hidratación

Modalidades de alimentación

Existen diversos modos de proveer al sustento de los sujetos en estado de inconsciencia. La clasificación general incluye por lo menos tres tipos de alimentación: por vía oral, enteral y parenteral.

La alimentación *oral* es la absorción por parte del paciente capaz de deglutir la comida, eventualmente homogeneizada, y líquidos por vía oral. Para algunos pacientes esto es posible incluso en estado vegetativo persistente, porque no está comprometido el reflejo de la deglución. En cambio, a veces el equipo médico prefiere no emplear este método incluso en los casos en que podría ser utilizado, porque comportaría un notable desperdicio de tiempo, que podría ser mejor dedicado a un amplio número de pacientes que necesitan asistencia.²⁴

La alimentación *enteral* (a través del intestino) significa que el alimento se introduce directamente en la parte superior del intestino delgado. Puede efectuarse por medio de una sonda nasogástrica (a través de la nariz y posicionada en el estómago) o nasoduodenal (a través de la nariz y posicionada en la parte superior del duodeno), o bien efectuando esta operación mediante una gastrostomía (una abertura directamente en el estómago) o una yeyunostomía (una abertura practicada en la parte superior del intestino delgado). En general estos métodos no presentan complicaciones y aun cuando aparecieran eventualmente, en general no son graves. El método presupone, no obstante, que el tracto gastrointestinal esté intacto y en funcionamiento.²⁵

La alimentación *parenteral* (fuera del intestino) se refiere a la administración de alimento por vía intravenosa. Ésta puede ser practicada cuando existen lesiones orgánicas o funcionales en el tracto gastrointestinal. Se puede también llevar a cabo, durante un breve lapso de tiempo, insertando una cánula en las venas periféricas (por ejemplo en los brazos o en las piernas), pero esto puede causar una trombosis (un coágulo). Por tanto, para un uso prolongado se introduce una cánula en el sistema venoso central.²⁶ Se requiere un monitoreo cotidiano de los alimentos, de las sustancias eliminadas del cuerpo y un análisis químico de la sangre, hasta que el paciente se torne estable y el monitoreo pueda espaciarse. Este método comporta mayores riesgos de complicaciones.

Pueden surgir complicaciones metabólicas, que provocan enfermedades de los huesos, disfunciones hepáticas o problemas de otro género. Y pueden presentarse también complicaciones no metabólicas, como trombosis o infecciones. Sin embargo, la relativa simplicidad de este método se evidencia por el hecho de que, en algunos casos, es utilizado como una forma de posible cuidado a domicilio, permitiendo así a algunos sujetos conscientes reanudar muchas de sus actividades normales.

Decisiones respecto de la nutrición y la hidratación

Existen situaciones en las que es relativamente fácil aplicar los principios morales para decidir la interrupción o el rechazo de la nutrición. Por

ejemplo, en el caso de un enfermo terminal de cáncer, cuya muerte es inminente, la decisión de emprender una alimentación parenteral, por sonda nasogástrica o por gastrostomía, puede significar que el paciente habrá de salir al paso de un sufrimiento mayor durante un cierto periodo de tiempo, en cierto modo más prolongado, sin esperanza de curación ni de un alargamiento apreciable de la vida. La evaluación de la relación entre los beneficios y los costos hace relativamente fácil decidir que éste puede clasificarse como un medio extraordinario y que no es necesario emprender estos procedimientos de alimentación o que es lícita la suspensión.

En cambio, nos enfrentamos a una compleja variedad de preguntas cuando examinamos el caso de un paciente a largo plazo que debe ser nutrido con uno de los métodos descritos anteriormente (esto es, los más complicados de la nutrición oral asistida). El problema de los pacientes en estado vegetativo persistente es particularmente importante. *No se trata en este caso de "muerte cerebral", si bien este término lo utilicen abusivamente los medios de comunicación, de los que no puede esperarse una mejor información, y los médicos especialistas, de los que en cambio deberíamos esperar una mejor información.* El paciente EVP está vivo, pero no consciente y, por tanto, es incapaz de tomar alimento sin asistencia. Está claro que el problema *no* consiste en la decisión de interrumpir o no el tratamiento porque el paciente haya muerto ya.

Los problemas relativos a la administración de nutrición y de hidratación se designan a menudo con el término de «artificiales». Por tanto, la discusión tiende a concentrarse en la oportunidad de continuar o no la alimentación y la hidratación *artificial* en ciertos casos. Pero el problema no consiste en determinar si un tipo de cuidado es artificial o natural, razón por la que en consecuencia, decidir suspender o continuar. El hecho es que todo modo de tomar alimento o líquidos es, bajo este aspecto, artificial. Es lo que se verifica cuando hablamos del paciente sometido a una alimentación parenteral, tanto como del huésped de honor en un banquete real, un banquete que observa todas las sutilezas de la etiqueta más refinada y que requiere una particular experiencia para reconocer todos los tipos de cubiertos y su uso correcto. Ambas circunstancias ofrecen sustento y ambas requieren métodos artificiales

para proporcionarlo. El verdadero problema, cuando se llega a la decisión sobre el paciente en estado de inconsciencia, depende en último análisis de otra cosa más que de una distinción entre medios naturales y artificiales. Si la alimentación y la hidratación constituyen un beneficio para el paciente y no producen una carga desproporcionada de dolor o sufrimiento o un desperdicio de recursos, es deber nuestro dar y proveer este tipo de alimentación y nutrición. Nuestras obligaciones no lo son tanto si los costos han superado en demasía a los beneficios.

A menudo se hace también una distinción entre terapia y cuidado. En el caso del sujeto en estado vegetativo persistente, algunos consideran que existe la obligación de continuar proporcionando el «cuidado» adecuado, pero no la “terapia”.²⁷

La motivación que induce a esta afirmación es que, en este caso, la terapia no es más útil para resolver el estado de inconsciencia del paciente. Según muchos, pues, el problema consiste en establecer si la alimentación constituye un cuidado o una terapia. En el primer caso, debe ser continuada; en el segundo, puede ser interrumpida.

Las Declaraciones del Pontificio Consejo de la Pastoral para los Agentes Sanitarios y de la Pontificia Academia de las Ciencias se atienen a esta distinción y sostienen que la terapia puede ser suspendida, pero *siguen explicando que consideran la administración de alimento y de líquidos como un cuidado*; el cual, por lo tanto, debe continuarse (suponiendo, naturalmente, las distinciones ya hechas a propósito de los costos excesivos).²⁸

Existe, no obstante, otro modo de ver el problema. En el caso del enfermo terminal en la inminencia de la muerte, se puede suponer que una terapia tuviera por intención intervenir en el curso de la enfermedad o por lo menos mejorar las condiciones del paciente. Si no logra este objetivo, entonces su suspensión no es otra cosa sino un claro reconocimiento de su futilidad. Incluso los métodos de alimentación diversos del oral se tornan de esta manera inútiles y pueden ser suspendidos de manera que se pueda prestar más atención al alivio del paciente. En determinados casos, muy definidos, incluso determinados tipos de cuidado podrían volverse extraordinarios, si se revelan como ineficaces o excesivamente gravosos.

Sin embargo, el paciente en estado vegetativo persistente no es inminentemente terminal (con tal de que no exista otra patología concomitante). La alimentación, independientemente del hecho de que sea considerada como una terapia o un cuidado, sirve a la intención de mantenerlo con vida. Sigue siendo, pues, un medio ordinario de sustento vital y debería ser continuada. En otras palabras, la mera distinción entre terapia y cuidado no resuelve por sí misma el problema moral. Su solución, más bien, entra una vez más en el ámbito de las acostumbradas normas respecto de los medios ordinarios y extraordinarios. Independientemente de la interpretación como terapia o cuidado, sería equivocado desde el punto de vista moral suspender nutrición e hidratación, al entrar ambas en la categoría de los medios ordinarios.

¿Qué obligaciones existen entonces? El deber moral de preservar la vida y la salud recae inmediatamente sobre el paciente mismo. ¿Se está moralmente obligado a someterse a procedimientos de nutrición y de hidratación? ¿O estas últimas entran en la categoría de los cuidados extraordinarios, y por tanto no obligatorios? Naturalmente, en el caso de pacientes EVP, estas decisiones deben ser tomadas por otros, puesto que el paciente no puede hacerlo. Y naturalmente también, el interés principal debería dirigirse al paciente. Teniendo presente estas reflexiones podemos comenzar a encontrar nuestra respuesta moral a las preguntas propuestas anteriormente, cuando discutíamos el proceso de decisión.

Cuestiones relativas a las condiciones médicas del paciente

¿Representa alguna ventaja el procedimiento de administración de nutrición e hidratación, en el sentido de que preserva la vida y restablece la salud?

El suministro de alimento mantiene la vida, pero *en sí* no restablece la salud inicial. Sin embargo, es claramente ventajosa, en el sentido de que salvaguarda la vida, desde el momento en que la muerte sería inevitable sin ella y que la vida puede continuar de esta manera.

¿Tiene intención de salvar la vida?

La respuesta es ciertamente afirmativa, puesto que el paciente no podría

sobrevivir sin ella y no podría procurarse el alimento de una manera autónoma.

¿Añade cargas serias?

La respuesta es negativa, casi en todos los casos. Los medios son todos en sí relativamente simples y —salvo complicaciones— generalmente no dolorosos.

¿Es tan inminente la muerte que los procedimientos propuestos (la nutrición, en este caso) pueden añadir solamente un breve lapso de tiempo a la vida, prolongando el proceso de la muerte sin preservar realmente la vida?

La condición patológica que ha provocado o que ha contribuido al estado vegetativo persistente puede hacer temer la muerte como inminente, o puede simplemente impedir al paciente ver por sí mismo de manera autónoma. En este último caso, la patología no sería en sí un peligro directo para la vida, pero sí lo sería la falta de sustento. El suministro de alimento no sería un caso de simple prolongación del proceso de muerte, sin salvaguardar efectivamente la vida. Se precisaría preservar la vida por tiempo más prolongado, y no sólo prolongarla temporalmente, en la expectativa de que una condición terminal inminente completara su curso.

Cuestiones relativas al estado de ánimo del paciente

¿Constituye el procedimiento una grave carga para el paciente y este peso se ha vuelto inaguantable o insoportable?

Para estimar la gravedad de un peso, quien se encuentra en mejor posición para responder es siempre el que soporta esta carga. En este caso, sin embargo, nos estamos ocupando precisamente de pacientes que no son capaces de dar respuesta alguna. Por lo que se puede observar, el paciente en estado de inconsciencia no experimenta la angustia que podría sentir un sujeto consciente en éstas o en semejantes circunstancias. Las áreas del cerebro, responsables de aquellas cualidades típicamente

humanas de expectación y de angustia que causan dolor, son precisamente las partes que ahora no funcionan. Por lo que se refiere a la intensidad del dolor *físico*, debido a la progresiva atrofia muscular, el malestar de la inmovilidad, los sentimientos suscitados por los diversos tratamientos médicos, etcétera, no parece haber modo alguno en el estado actual para formular juicios definitivos, aun cuando los signos externos del paciente inconsciente no indiquen tan excesivo malestar que no pueda ser aliviado por quienes se ocupan de asistirlo.

No es fácil responder a la pregunta de si un paciente en estado vegetativo persistente experimenta dolor, porque el paciente es precisamente la persona que menos puede proporcionar una respuesta sobre el tema. Parte del problema se basa naturalmente en nuestro modo de considerar el dolor. Se distingue entre el dolor como sensación física y el dolor como respuesta afectiva asociada al sufrimiento humano.²⁹ La reacción del paciente vegetativo a estímulos nocivos parece indicar que existe una reacción física al dolor y al malestar. Sin embargo, determinados signos físicos ponen de manifiesto también que no se da el nivel afectivo del sufrimiento humano. La experiencia con este tipo de pacientes no da indicación alguna en el comportamiento de este tipo de sufrimientos. La autopsia revela generalmente un grado de deterioro de los hemisferios cerebrales suficiente para cerrar el paso a la experiencia del dolor. Exámenes PET evidencian también un nivel metabólico en la corteza tan reducido que resulta incompatible con la conciencia. Podemos decir por tanto que todas las apariencias generalmente parecen indicar que no hay un excesivo dolor en el proceso nutritivo. Los procedimientos de alimentación *mismos*, salvo cuando aparecen graves complicaciones, pueden comportar alguna molestia, pero no excesiva (esto se puede determinar por las reacciones de los pacientes conscientes que, por uno u otro motivo, han sido sometidos a estos procedimientos). Generalmente, los métodos de alimentación no comportan el malestar a veces serio que experimenta un paciente con respirador.

Por lo que se refiere al malestar de encontrarse en este estado durante años, en la imposibilidad de comunicarse y de ayudarse, no se puede formular un juicio final y decisivo. En realidad, si el paciente está inconsciente, no hay ninguna conciencia de estas incapacidades y, por

consiguiente, no debería sentirse angustiado. De todos modos debemos notar que cuanto se ha dicho es una conjetura, desde el momento en que no tenemos manera de saber lo que pasa en la mente de una persona inconsciente. De hecho, si pudiéramos establecer que hay dolor y, por tanto, un sufrimiento considerable, nuestras respuestas podrían ser más bien diversas. La cuestión sigue sin respuesta, aun cuando el actual consenso unánime se expresa contra la existencia de este dolor, físico y mental.³⁰

Preguntas respecto de la familia y quien se ocupa de la asistencia

¿Qué motivos intervienen en los «juicios sustitutivos» dados por otros, por cuenta del paciente? Sin duda una familia sufre considerablemente a la vista de su propio ser querido que permanece en estado vegetativo persistente durante meses o años. No es raro que los familiares se pregunten a veces si la muerte no sería una alternativa mejor para el paciente. Este sentimiento puede ser generado por el amor, por la compasión o por la solicitud para con el enfermo. Casi siempre está influenciado por la lucha interior de quien está bien, que siente el dolor de la pérdida debido al hecho de que la persona amada no puede comunicarse conscientemente con él. Y siente su propio agotamiento si está directamente implicado en la asistencia del paciente. Todas estas son emociones que se espera encontrar en una situación de este género. Los familiares deben, sin embargo, estar atentos para no dejar que sus temores y frustraciones sean la base para la decisión moral que ahora recae sobre ellos. Deben ejercer para con el enfermo la misma gestión de la vida que es deber de cada uno de nosotros para con nosotros mismos. El deseo de escapar a nuestras responsabilidades no puede ser la fuente de una decisión que pondría fin a la vida de otro.

Naturalmente existen también otros motivos, mucho menos dignos, que pueden inducir a los hombres a decidir poner fin a la nutrición del paciente inconsciente. Sentimientos de ira, de rencor, de avidez, una culpable falta de interés, multitud de otras razones pueden entrar a formar parte también de nuestra decisión humana. Por este motivo, es

igualmente deseable que se otorgue el beneficio de la duda al mantenimiento continuado de la vida de la persona inconsciente.

Debemos considerar no obstante también el caso en que la familia ha llegado a los límites de sus propias capacidades morales y de sus recursos. En una situación de este tipo, los familiares han hecho todo lo posible y no están obligados a hacer más. Habrían llegado, pues, a los límites de los medios ordinarios. Sin embargo, en la sociedad en que vivimos esto no constituye un argumento plenamente convincente. Se puede sacar de otras fuentes y éstas pueden ser utilizadas antes de que la familia llegue a las estrecheces económicas. Tal ayuda siempre ha estado y continúa estando disponible todavía.

La eutanasia o el dejar morir

Sería poco sabio finalizar nuestra reflexión sobre estos problemas sin ocuparnos del de la eutanasia. El término se refería en otro tiempo al intento de ayudar a alguien a morir más fácilmente. Hoy expresa todo tipo de intervención que provoque la muerte. «Etimológicamente la palabra *eutanasia* significaba, en la antigüedad, una *muerte dulce* sin sufrimientos atroces. Hoy no se refiere ya al significado originario del término, sino más bien a la intervención de la medicina encaminada a atenuar los dolores de la enfermedad y de la agonía, a veces incluso a riesgo de suprimir prematuramente la vida. Además, el término es usado, en sentido más estricto, con el significado de *procurar la muerte por piedad*, a fin de eliminar radicalmente los últimos sufrimientos o de evitar a niños anormales, a los enfermos mentales o a los incurables, la prolongación de una vida infeliz, tal vez durante muchos años, que podría imponer cargas demasiado pesadas a las familias y a la sociedad. Es por tanto necesario decir claramente en qué sentido se ha de tomar el término en este documento. Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, procura la muerte, a fin de eliminar todo dolor. La eutanasia se sitúa, por tanto, al nivel de las intenciones y de los métodos utilizados».³¹

Aliviar el sufrimiento mediante la destrucción intencional de la vida del que sufre es claramente contrario al respeto propiamente cristiano

por la vida y al amor cristiano para con el prójimo. Sin embargo, diariamente esta solución es propuesta con cada vez mayor frecuencia, incluso por los médicos, cuya auténtica profesión debería estar motivada por la entrega a la defensa de la vida.³² Se ha dicho que en Holanda una sexta parte de todos los fallecimientos se puede atribuir a eutanasia.³³

El movimiento *a favor del homicidio* como solución a los problemas está ya presente en la actitud de la sociedad a favor del aborto. Esta se está rápidamente difundiendo en el campo del enfermo "sin esperanzas". Se puede fácilmente extender a incluir a los discapacitados graves, tanto físicos como mentales. En ninguno de estos casos se pone en tela de juicio el bien del paciente, sino más bien el ejercicio de una discutible autonomía, basada sobre otros igualmente discutibles "derechos" del individuo. Decisiones de este tipo se basan todas demasiado fácilmente en los deseos o temores o hasta en la molestia de los demás, y los deseos del paciente pueden incluso no intervenir en el problema. Tal es ciertamente el caso del aborto y puede ser también fácilmente el caso del enfermo incurable. En ambos casos, la decisión se basa en una actitud muy semejante al concepto de que una vida humana no es digna de ser vivida. Cuantos presentan de alguna manera déficits deben ser suprimidos y no cuidados. Es una actitud que deshumaniza fácilmente no sólo a la víctima, sino también a quien la perpetra.³⁴

En 1986, el Council of Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association estableció que "no es contrario a la ética suspender todos los medios de tratamiento médico para prolongar la vida", en los pacientes en coma irreversible. Esta afirmación tiene el peso de que goza cualquier Consejo, aun cuando no represente la decisión de un referendium entre sus miembros y no se nos informe para nada respecto de cuántos de entre éstos la sostuvieron. Tampoco nos debemos engañar pensando que esta afirmación se basa en el hecho de que tales sujetos están sometidos a sufrimientos particularmente graves debidos al cuidado que se les proporciona. A este propósito, ya hemos reflexionado anteriormente, llegando a la conclusión de que en general no experimentan una molestia excesiva debida a su nutrición. De hecho, el mismo Consejo afirmaba en 1990: "Un aspecto del debate respecto a la interrupción del tratamiento en EVP polariza la atención sobre el hecho de que el paciente

sentirá dolor después de la suspensión del tratamiento” (por ejemplo, experimentará disnea tras retirársele el respirador, o expresión de malestar en el rostro asociado a la deshidratación y al ayuno prolongado después de retirársele las cánulas de alimentación). La contradicción más evidente de esta suposición es que, por definición, en el estado vegetativo persistente se han destruido tanto la capacidad subjetiva de percibir un amplio rango de estímulos cuanto las funciones neocorticales o de la parte superior de la materia cerebral, necesarias para dar respuestas afectivas conscientes a estímulos de ese género. El dolor no puede ser sentido por el cerebro, si éste no posee ya el aparato neurológico para el dolor.³⁵

Pero si el dolor por la incapacidad de respirar o el dolor por la deshidratación o la inedia no puede ser percibido, entonces no hay en modo alguno motivo para sostener la opinión según la cual la supresión de la nutrición y de la hidratación se lleve a cabo sin tener en cuenta los sufrimientos del paciente. ¿Nos debemos, por esto, basar en alguna otra cosa? ¿Y qué es esa otra cosa sino la decisión de que la vida de este paciente en particular, no es digna de ser vivida?

Es triste decirlo, pero al final, de lo que se trata no es de aliviar el dolor, sino más bien de provocar la muerte del sujeto. Ni siquiera se puede sostener que lo único que hay es la intención de «permitir» al paciente morir, más que la de «provocar su muerte». El estado vegetativo persistente no es un estado terminal, porque la nutrición, la hidratación y la asistencia ordinaria pueden permitir al paciente vivir durante años. Sólo si esta asistencia se le niega, salvo ulteriores nuevas enfermedades o debilitaciones, es cuando el enfermo morirá. Es la suspensión de la nutrición y de la hidratación lo que provoca la muerte. Esta es una forma de eutanasia por omisión, más que una eutanasia activa; pero en su intención es una auténtica eutanasia.

Conclusiones

Como conclusión general, casi en toda circunstancia existe la obligación de continuar proporcionando nutrición e hidratación al sujeto en estado de inconsciencia. Existen situaciones en las que esto no es válido, pero

se trata de excepciones a la regla. Quienes deben tomar decisiones tan problemáticas en casos particularmente difíciles cuentan con toda nuestra simpatía y aliento. No podemos en cambio ofrecer nuestro apoyo a cuantos desean retirar de los pacientes los medios para la administración del sustento, partiendo del supuesto de que estas vidas no son dignas de recibir nuestra atención y nuestro interés constante.

El respeto de la autonomía de la persona es un principio fundamental de la ética médica. Este principio consolida el deber del personal hospitalario de asegurarse el consentimiento de los pacientes o de sus delegados antes de emprender o interrumpir un tratamiento. Esto no los reduce a simples funcionarios que pueden y deben hacer sólo y únicamente lo que les ordena el paciente o su representante. La finalidad de la medicina no es la mera satisfacción de los deseos de los pacientes o de sus representantes, lo mismo que el objetivo de la enseñanza no es proporcionar a los estudiantes solamente lo que deseen explícitamente aprender. Como estudioso de la medicina, el médico tiene un conocimiento de la salud y de los efectos de la enfermedad; como profesional, el médico se dedica a mantener en salud a los pacientes, o por lo menos, a aliviar sus sufrimientos. Cuando existen procedimientos alternativos o una serie de tratamientos, el médico examinará las ventajas o las desventajas de las diversas oportunidades y respetará la autonomía de los pacientes, no consintiendo simplemente en sus deseos, sino también diciéndoles la verdad y poniéndolos en la condición de adoptar una decisión acertada. Ni el paciente ni sus representantes tienen el derecho natural de suspender o rechazar una terapia ordinaria; ni siquiera el médico puede hacerlo porque el paciente o sus sustitutos se lo pidan. Bajo esta perspectiva, el médico puede satisfacer los deseos que no contradigan el correcto juicio moral o profesional a fin de promover la salud, salvaguardar la vida o evitar el sufrimiento al paciente. El médico no cumple adecuadamente con su deber si no intenta persuadir al paciente de que siga la correcta línea de acción. Si el paciente decide rehusarse a una terapia excesivamente gravosa o inútil, el médico puede muy bien satisfacer este requerimiento. Si el enfermo decide rechazar una terapia ordinaria, en ciertas circunstancias el médico puede hacer bien poco para impedirlo, pero le queda al menos el deber de intentar disuadirlo o, de

otra manera, si esto fracasara, de ser retirado del caso, de modo que no se haga culpable o cómplice de un suicidio.

Es importante recordar que históricamente, en algunos casos los médicos y los investigadores se han comprometido firme y heroicamente a ofrecer la mejor asistencia médica a sus propios pacientes. Si no encontraban soluciones posibles a un problema médico, dedicaban su tiempo, sus energías, y a veces incluso su vida y su fortuna, para encontrarlas, para inventarlas, para descubrir nuevos métodos a fin de preservar la vida de sus pacientes o aliviar sus sufrimientos. Esperamos que la ciencia médica siga siendo fiel a esta maravillosa herencia, que ha sido de inestimable beneficio para la humanidad. Cuantos han dedicado su existencia a proporcionar asistencia médica a sus semejantes, con el talento que Dios les dio, merecen saber que su actuación es apreciada y respetada por todos nosotros. El hecho de que quede mucho todavía por hacer, aun cuando ya se haya logrado mucho, no debería desanimarlos y disuadirlos de la búsqueda de ulteriores soluciones a los problemas con los que se enfrentan. Se pueden encontrar nuevos procedimientos para resolver las dificultades del sufrimiento y del malestar. Se deben encontrar terapias y cuidados posibles y menos costosos, de manera que se evite que el peso de la asistencia al enfermo empobrezca a la familia, comportando ulteriores cargas irracionales. Se deberían estudiar métodos de diagnóstico que permitan comenzar a comprobar con mayor precisión si el sujeto inconsciente puede experimentar dolor. La tradición de la ciencia médica revela que médicos y enfermeros no han dejado de resolver problemas que la debilidad humana y la enfermedad comportaban en el pasado. Confiamos en que la misma tradición induzca al personal médico actual y futuro a hacer otro tanto.

Pedimos también que los expertos en el campo legislativo y jurídico aporten la colaboración de su experiencia para enfrentar estos casos y que lo hagan con plena atención no sólo a la ley misma, sino también a las normas fundamentales de la moralidad y del pleno respeto de la vida humana, normas que podrían ofrecer las bases adecuadas para una buena ley.

Las nuevas circunstancias originadas por los avances médicos y científicos han suscitado un profundo interés por las previas declaraciones

de voluntad del paciente para el médico, como el testamento de vida y el nombramiento de un tutor. Es totalmente razonable la petición de que un individuo deje instrucciones respecto de su propia asistencia médica en una eventual inhabilitación futura. No es necesario someterse a procedimientos que sean realmente extraordinarios o inútiles. Pero recomendamos a todos cuantos están implicados en la legislación y en las sentencias, que las leyes deben hundir sus propias bases en los mismos principios que guían nuestras decisiones morales. Recientes sentencias han llegado a aprobar la interrupción de la nutrición y de la hidratación, simplemente porque esto correspondía al querer del paciente, incluso cuando no se trataba de algo excesivamente gravoso o simplemente inútil para el enfermo. La ley y las sentencias nunca deberían fomentar el retirar los medios esenciales de sustento y ceder de esa manera al intento evidente de provocar la muerte y no sólo a la mera voluntad de aceptar la realidad de la condición humana, según la cual todos debemos morir y el día de la muerte llegará para cada uno de nosotros cuando esto sea inevitable. Las leyes deben ser justas y deben basarse en los principios morales inequívocos que reconocen la supresión de una vida humana inocente como ilegal, con plena conciencia de su inmoralidad.

Deberemos ser muy prudentes y desarrollar estos principios con mucha atención, porque muchos de los argumentos ya esgrimidos en favor de la suspensión de la nutrición y de la hidratación en un cierto número de pacientes, por ejemplo los que están en estado vegetativo persistente, podrían ser fácilmente aplicados al caso de otros grupos, como los retrasados mentales, los ancianos, los deformes incurables, y cualquier otro grupo de pacientes afectados de enfermedades que la medicina moderna no es capaz todavía de curar. Naturalmente sería irresponsable permanecer ociosos dejando que una tragedia de este tipo se verificara.

Nos dirigimos finalmente a aquéllos cuyos seres queridos están en el triste estado de inconsciencia. Les pedimos hacer que el dolor que sienten, dé vida a un deseo aún más fuerte de ser útiles a aquéllos a los que aman. Les ofrecemos nuestro apoyo, nuestro consuelo y nuestra simpatía; ofrecemos también nuestras oraciones y nuestro apoyo espi-

ritual. Los exhortamos a confiar en la misericordia y en la bondad de Dios en esta circunstancia como en cualquier otra situación de la vida. Compartimos con ellos la alegría y la carga de la administración del don de Dios que es la vida. Oramos finalmente para que ellos y nosotros, juntamente podamos ser fieles al don de la vida misma, de modo que cuando nos llegue la hora de dejar este mundo para llegar al más completo amor de Dios, podamos llevar con nosotros este profundo amor por la vida que se inicia ahora y encontrará entonces su culminación.

Referencias bibliográficas

¹ CONCILIO VATICANO II, *DIGNITATIS HUMANAЕ*, 7 de diciembre de 1965, n. 3. Traducción en inglés de Austin Flannery, O.P., VATICAN COUNCIL II, *The Conciliar and Post Conciliar Documents*, Boston, MA: St. Paul Edition (C 1975 by Harry J. Costello a Reverendo Austin Flannery, O.P., p. 801).

² Nuestra enseñanza está firmemente enraizada en la convicción religiosa, ampliamente aprobada más allá de la comunión católica romana, de que la vida humana es sagrada y viene de Dios, y que la supresión directa y voluntaria de una vida humana inocente es algo fundamentalmente errado desde el punto de vista moral.

³ La Congregación para la Doctrina de la Fe enfatiza la necesidad de que la ciencia y la tecnología estén al servicio de la persona humana en la *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*, Ciudad del Vaticano: Tipografía Poliglota Vaticana, 1987, p. 7.

⁴ Los términos «cuerpo» y «alma» en el uso que de ellos hacemos no son naturalmente términos médicos. Son más bien términos filosóficos que han sido asimilados por la tradición teológica, con la intención de expresar la realidad de los componentes espiritual y material que forman juntamente a la persona entera.

⁵ Una clasificación de los diversos tipos de los estados de inconsciencia puede encontrarse en *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, Robert Berkow, M.D., Editor in Chief, 15ª edición, Rahway, Nueva Jersey: Merck Sharp & Dohme Laboratorios de Investigación, 1987: 1331-1335.

⁶ PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL RESEARCH. *Defining Death, Uniform Determination of Death Act*, 1981: 72-73.

⁷ Los criterios de Harvard se derivan de un estudio llevado a cabo por la Escuela Médica de Harvard, en 1968. Los criterios no pretendían sustituir a los indicadores clásicos de muerte, sino que fueron desarrollados sobre todo para su uso en aquellos casos en que la determinación de la muerte podría ser problemática. Fundamentalmente, los criterios son los siguientes:

¹ Debería de haber insensibilidad total a los estímulos externos aplicados, incluso a los dolorosos.

² La observación por parte de los médicos durante por lo menos una hora no revela movimiento alguno muscular espontáneo, o ninguna respiración espontánea, o respuesta a ningún estímulo. Si un paciente con respiración asistida tiene una presión normal de anhídrido carbónico y ha respirado el aire de la estancia a través del respirador durante por lo menos diez minutos, el respirador puede ser apagado por tres minutos, a fin de observar si hay algún intento cualquiera espontáneo de respirar.

³ No están presentes reflejos evidentes. La pupila está fija y dilatada y no responde a la luz o a la prueba del pellizco. Los movimientos oculares y el parpadeo están ausentes. No hay ningún estiramiento tendinoso plantar o reacción a estímulos molestos.

⁴ El electroencefalograma (EEG) da una respuesta plana. Este criterio se considera confirmante, pero no es *nunca* en sí un indicador suficiente.

⁵ Todos estos tests deben ser repetidos después de 24 horas, sin ninguna modificación en la aplicación (algunas versiones más recientes de estos criterios limitan los intervalos de tiempo a la duración de doce o incluso de seis horas).

⁶ La validez de estos criterios está menoscabada por la duda, si la causa de la condición es hipotermia o administración de drogas que suprimen el sistema nervioso central. (Este resumen de los criterios se basa en la descripción hecha por O'DONNELL TH. en *Medicine and Christian Morality*, Alba House, Nueva York, 1976, pp. 112-114. Citado en *A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, en *Journal of the American Medical Association*, n. 205, 5 agosto 1968, pp. 337-340). La muerte cerebral, que abarca la pérdida de la función completa del cerebro, incluido el funcionamiento del tronco cerebral, está ampliamente aceptada (véase *Uniform Determination of Death Act*, 1981, PLUM F. y POSNER J. B., *The Diagnosis of Stupor and Coma*, tercera edición, tercera reimpression, Filadelfia: F. A. Davis Company, 1982, pp. 315-316; ASHLEY B. A., O'ROURKE K. D., *Health Care Ethics*, tercera edición, St. Louis: Catholic Health Association, 1989, pp. 366-368).

⁸ Como subraya el doctor C. Everett Koop, es necesario continuar revisando las normas para la determinación de la muerte. Koop afirma a este propósito: «Considero que la situación se puede resumir brevemente de esta manera: la que generalmente se llamaba muerte cerebral no es la muerte cerebral; se trata más bien de la interrupción de la actividad eléctrica de la corteza o la parte pensante del cerebro, mensurables con el electroencefalograma. Hoy, la muerte del cerebro, que tiene una terrible relación con el requerimiento de órganos para trasplantes, no significa sólo la muerte de la corteza sino de toda la materia cerebral, incluido el tronco cerebral» (KOOP EVERETT C., *To Live or Die? Facing Decisions at the End of Life*, Ann Arbor, Michigan: Servant Books, 1987, p. 41).

⁹ Una breve descripción de los estados de inconsciencia se puede encontrar en *Merck Manual...*, *op. cit.*, pp. 1331-1335. Una descripción mucho más detallada la dan PLUM F. y POSNER J. B., *The Diagnosis...*, p. 1-9.

¹⁰ Incluso la Comisión de la Escuela Médica de Harvard, en el desarrollo de los criterios para la comprobación de la muerte cerebral, induce a confusión en el uso del término «coma irreversible», como si éste pudiera ser parangonado a la muerte. El paciente comatoso *no está muerto*. Sin embargo, se podría justificar este error, dado que el documento fue escrito hace más de veinte años, cuando faltaban aún muchas sutilezas de la terminología que han surgido desde entonces.

¹¹ Citado en Council on Scientific Affairs and Council of Ethical and Judicial Affairs, *Persistent Vegetative State and the Decision the Withdraw or Withhold Life Support*, en *JAMA* n. 263, 19

enero 1990: 427 y ss. El texto dice: «La pérdida imprevista de conciencia consiste en un estado agudo semejante al sueño, no “despertable”, denominado “coma”, que puede ser seguido tanto por diversos grados de curación física y cognoscitiva como por graves menoscabos neurológicos crónicos. El estadio de coma, sin embargo, es en sí invariablemente temporal y a menudo ausente en la enfermedad progresiva».

¹² La falta de funcionamiento de la corteza cerebral está confirmada por la ausencia de respuestas comportamentales humanas y por la falta de la normal actividad metabólica. La primera se puede poner de manifiesto por la observación externa, la segunda se puede confirmar con la utilización de la tomografía por emisión de positrones (análisis PET), que mide la utilización de la glucosa por parte del cerebro. Se debería también observar que un electroencefalograma puede ofrecer signos evidentes de la actividad cortical, pero hay que tener presente también que el EEG está en grado de medir la actividad sólo en el centímetro más externo del tejido del cerebro. Aun cuando las técnicas actuales para examinar la condición del cerebro se vuelven cada vez más sofisticadas, se debe hacer notar también que, en muchas circunstancias, no se puede comprobar plenamente la extensión del daño cerebral hasta que no se hace la autopsia.

¹³ Habría que notar que se hace referencia a este estado como «vegetativo», pero esto no quiere decir que el sujeto se haya vuelto un “vegetal”. Este último término se utiliza a menudo con un sentido peyorativo, cuando, en realidad, la palabra “vegetativo” se refiere más bien a un nivel de funcionamiento que está a un nivel involuntario y es suficiente para continuar los procesos vitales fundamentales, como respirar, digerir y a veces deglutir.

¹⁴ El hecho de que el paciente *EVV* no está muerto es evidente por algunos casos referidos en los que los sujetos han recobrado el estado normal temporal o permanentemente. El 29 de marzo de 1990, la Associated Press reportó el caso de un paciente de Madison W. I., que estuvo en estado vegetativo persistente durante ocho años y accidentalmente recobró el conocimiento cuando se le suministró una dosis de Valium en el curso de una curación dental. Antes de esto, combinaciones de fármacos lo habían devuelto al estado de lucidez por un intervalo de tiempo de diez o doce horas cada vez. El 19 de marzo de 1991, el *Time*, p. 70-72, refirió el caso de una mujer cuyo marido había solicitado que se le retiraran los medios de mantenimiento en vida, después de que los médicos le habían dicho que la mujer se encontraba en estado vegetativo permanente. El tribunal rehusó el permiso y, seis días después, la paciente se despertó y está todavía en condiciones normales, excepto por ciertos vacíos de memoria.

¹⁵ *JAMA*, n. 263; 19 enero 1990: 428.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Atendiendo a la ley natural y a la revelación divina, la enseñanza católica moral ha identificado dos principios morales fundamentales como expresión de la verdad moral sobre la salvaguardia o supresión de una vida humana inocente en el campo de la actividad médica. El primero de ellos —que un individuo está obligado a recurrir a todo medio razonable para preservar la vida humana— reconoce las limitaciones humanas e impone el deber no absoluto de continuar y promover la vida humana.

El segundo —que nadie puede jamás, por ningún motivo, intentar suprimir una vida humana inocente— reconoce lo que está siempre en poder del hombre, y prohíbe de forma categórica todo tipo de asesinato deliberado. El primer principio hace posible la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios que la Iglesia hace al discutir temas médico-morales. Es este principio el que nos permite reconocer el hecho de que, en ciertas circunstancias, se puede permitir morir a un sujeto que *ya está muriendo*. El segundo principio prohíbe actos intencionales de homicidio de un inocente, como en el caso del aborto directo, del infanticidio, del asesinato,

del genocidio, del suicidio y de la eutanasia (véase *Gaudium et Spes*, 27, 51). Se debe notar también con mucha atención que estos actos intencionales pueden referirse tanto a la comisión como a la omisión (citado en *Jura et Bona*, Declaration on Eutanasia, II).

¹⁸ Una historia de la tradición de los medios ordinarios y extraordinarios se puede encontrar también en CRONIN D., *The Moral Law in Regard to the Ordinary and Extraordinary Means of Conserving Life* (Dissertatio ad Lauream in Facultate Theologica Pontificiae Universitatis Gregoriana), Roma, 1958. Este trabajo ha sido reimpreso recientemente por el Pope John Center, Braintree, MA., con el título, *Conserving Human Life*, 1991.

¹⁹ Para una discusión de los medios ordinarios y extraordinarios, véase: PAPA PIO XII, «*The Prolongation of Life, the Pope Speaks*, 1958; O'DONNELL, *Medicine...*, p. 55; SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Jura et Bona*, IV, Declaración sobre la eutanasia, 5 de mayo de 1980; ASHLEY y O'ROURKE, *Health Care...*, pp. 380-384. Aun cuando en *Jura et Bona* se utilizan los términos “proporcionados” y “desproporcionados”, en lugar de “ordinarios” y “extraordinarios” concordamos con Ashley y O'Rourke en que los términos ordinario y extraordinario son “precisos como cualquier otro término, si se usan refiriéndose a particulares pacientes y con la conciencia de que, desde una perspectiva ética, adquieren un significado diferente del que tendrían en una perspectiva médica” (citado en *Health Care Ethics*, p. 382).

²⁰ El concepto de “juicio sustitutivo” entra en juego cuando el individuo es incapaz de tomar las decisiones necesarias con autonomía. Es lo que claramente se verifica en el caso del paciente inconsciente. Se pide que los demás, como los miembros directos de la familia, los padres, el procurador legal, etc., intenten expresar el juicio correcto desde el punto de vista moral que habría expresado la persona inconsciente, si ello hubiera sido posible. Esto no implica que el juicio de la persona inconsciente sea dejado de lado y que en su lugar se acepte el juicio de otra persona. El objetivo del proceso es más bien consultar con quienes, presumiblemente, habrían tenido un mejor conocimiento e intuito lo que el paciente habría deseado se decidiera a propósito de la situación actual. Está bastante claro, sin embargo, que quien toma decisiones en lugar del paciente no expresaría un juicio moral correcto si tuviera que concurrir al intento suicida por parte del paciente actualmente inconsciente.

²¹ Pio XII en *The prolongation...*: “Normalmente se está obligado a emplear sólo medios ordinarios, de acuerdo con las situaciones de personas, circunstancias, tiempos y culturas, o bien, aquellos medios que no requieren carga onerosa alguna para sí mismos o para los demás”.

²² Se debería evidenciar que para determinar si un determinado medio es ordinario o extraordinario, se deben calibrar los beneficios y los costos del medio en un determinado paciente en particular. Por tanto, la aplicación del principio es siempre “específica en el caso”.

²³ Citado en PLUM F., *Artificial Provision of Nutrition and Hydration: Medical Description of the Levels of Consciousness, in Critical Issues in Contemporary Health Care*, Braintree, MA: Pope John Center, 1989, 55-59. Citado también en PLUM y POSNER, *The Diagnosis...*, pp. 344-345. Habría que subrayar igualmente que se dan casos de curación incluso después de periodos de años, como observábamos ya anteriormente.

²⁴ Habría que observar que los métodos de nutrición diversos del oral pueden a veces ser facultativos. Aun cuando fueran presentados como una necesidad para «conveniencia» del equipo, no se debe presumir necesariamente que esto sea útil de alguna manera para el interés del paciente mismo. Con bastante frecuencia, lo que es conveniente para el equipo hace también posible darle a cada paciente una atención más completa y una asistencia mejor. No obstante, se debería observar igualmente que un paciente no debería aceptar métodos de mantenimiento facultativos diversos de la alimentación oral, y que además lo gravoso de estos métodos ha sido

a menudo utilizado como pretexto para la suspensión de la alimentación, ¡incluso cuando habría sido posible volver a la oral!

²⁵ Citado en *The Merck Manual*, pp. 904-937.

²⁶ Un método estándar consiste en la introducción de un catéter en el tórax y en la vena cava. Es un procedimiento mucho más serio que el que estamos inclinados a pensar cuando nos referimos a una inyección intravenosa. Se trata, en realidad, de una operación quirúrgica y la colocación del catéter se verifica con rayos X (véase *The Merck Manual*, pp. 907-911).

²⁷ Un ejemplo de esta distinción se puede encontrar en *The Report of the Pontifical Accademy of Sciences on the Artificial Prolongation of Life* (Informe de la Pontificia Academia de las Ciencias sobre la Prolongación Artificial de la Vida), 1985. El texto de este informe se puede encontrar en *Origins*, 5 de diciembre de 1985, y en *Conserving Human Life*, Braintree, MA: The Pope John Center, pp. 305-307. El documento dice, en parte: «Con el término “terapia”, el grupo entiende todas aquellas intervenciones médicas accesibles y apropiadas en un caso específico, cualquiera que sea la complejidad de las técnicas usadas. Si el paciente está en coma irreversible, permanente, por lo que se puede prever que no se requiere ninguna terapia, aunque se le deberían proporcionar generosamente todos los cuidados, incluida la nutrición. La terapia se requiere si se ha establecido clínicamente que hay una posibilidad de curación. Si una terapia no ofrece algún beneficio al paciente, entonces puede ser interrumpida, aun continuando con el cuidado de éste. Con el término “care”, el grupo entiende la ayuda necesaria que se debe al enfermo, como compasión y apoyo espiritual y afectivo a todo ser humano en peligro» (citado también en *Jura et Bona*, IV, Declaración sobre la Eutanasia).

²⁸ La declaración de la Pontificia Academia de las Ciencias se cita en la nota anterior. La declaración del Pontificio Consejo afirma: «Por el contrario, sigue siendo obligación precisa continuar de todos modos aquellas medidas que se llaman “mínimas”, y que tienen por finalidad normalmente y por costumbre mantener la vida, como la alimentación, transfusiones, inyecciones, etcétera. La interrupción de estas medidas mínimas sería equivalente al deseo de poner fin a la vida del paciente» (citado en GRIESE O. N., *Conserving Human Life*, p. 172).

²⁹ Cuanto se ha dicho aquí sobre el dolor puede ser confirmado leyendo algunas fuentes, como M.QUILLEN M. P., *Can People Who Are Unconscious or in the «Vegetative State» Percive Pain? en Issues in Law and Medicine*, Primavera 1991, vol. n. 4, pp. 373-383; *Position of the American Accademy of Neurology on Certain Aspects of the Care and Management of the Persistent Vegetative State Patient*, en *Neurology*, 1989, p. 125, citado por O'ROURKE K., en *Should Nutrition and Hydratation be Provided to Permanently Unconscious and Other Mentally Disabled Persons?* en *Issues in Law and Medicine*, Otoño 1989, vol. 5, n. 2; COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS AND COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, *Persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw or Withhold Life Support*, en *JAMA*, 19 de enero de 1990, pp. 426-429.

³⁰ Puesto que no existe modo alguno por el que podamos llegar a la mente del paciente inconsciente, no podemos ofrecer declaraciones definitivas sobre el sufrimiento. Por ejemplo, leemos: “El sufrimiento es un fenómeno complejo, no necesario ni suficiente para explicar el dolor. Un análisis de la neuroconciencia del dolor conduce a la conclusión de que las vías suficientes para la percepción y la modulación del dolor no necesitan subir o bajar a niveles generalmente considerados como necesarios para la conciencia. Se puede expresar el sufrimiento no sólo con el lenguaje, sino también con un comportamiento autónomo y motor, que parece correlacionado de forma lineal con la sensación subjetiva del dolor. Los sujetos que se vuelven inconscientes por la anestesia o que se curan de un coma traumático, manifiestan reminiscencias de su propio pasado en estado de inconsciencia. A pesar de que el sujeto inconsciente no sea

A. BEVILACQUA

capaz de decir que percibe el dolor, los datos disponibles sugieren que puede experimentarlo; por tanto, no se puede concluir que no sienta dolor". En M. QUILLEN, *Can People...*, p. 383). Otros consideran en cambio que este sufrimiento no es posible (véase COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS AND COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, *Persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw or Withhold Life Support*, en JAMA, n. 263, 19 enero 1990).

³¹ SAGRADA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Jura et Bona. Declaración sobre la eutanasia*, 5 de mayo de 1980.

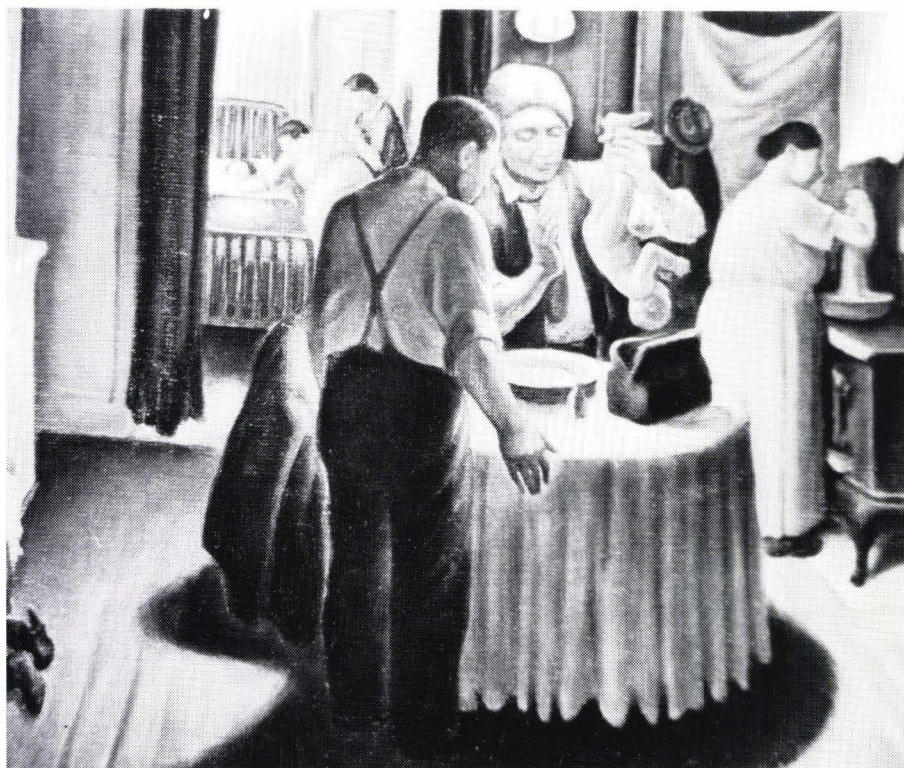
³² En la misma literatura médica hay una clara y creciente evidencia de que hasta los médicos han comenzado a considerar el homicidio de los pacientes como una alternativa al tratamiento y a su cuidado. En un artículo editorial en JAMA (n. 259, 8 de enero de 1988, p. 272, *It's Over, Debbie!*), un médico describe el propio homicidio intencional de un paciente que sufría, y que no le había pedido morir. En un artículo especial en *The New England Journal of Medicine* (vol. 320, n. 13, pp. 844-849, *The physician's Responsibility Toward Hopelessly Ill Patient*), diez médicos, de un grupo de doce, concluían que «no es inmoral para un médico asistir en el suicidio intencional de un enfermo terminal».

³³ Citado por KOOP EVERETT C., *Decisions at the End of Life*, en *Issues in Law and Medicine*, otoño 1989, vol. 5, n., p. 226.

³⁴ *Ibid.* Hace una cita del escrito del doctor Leo Alexander en *The New England Journal of Medicine* de 1948, con referencia al programa de eutanasia en la Alemania nazi. Una vez que se consideraba que una vida no era digna de ser vivida, entonces sólo era cuestión de que una autoridad determinara cuántos grupos de personas entrarían eventualmente en esa categoría. Alexander escribía: "Esta actitud se interesó en una primera fase sólo por los enfermos graves y crónicos. En una segunda fase, la esfera de los que debían ser incluidos en esta categoría fue gradualmente ampliada para incluir a los sujetos especialmente improductivos, los indeseables políticos y, finalmente, a todos los no arios. No es importante darse cuenta de que la base en que cobró ímpetu esta completa orientación de pensamiento era la actitud hacia los enfermos incurables".

³⁵ COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS AND COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, *Persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw or Withhold Life Support*, en JAMA 263, 19 de enero de 1990, p. 428.

³⁶ El suministrar nutrición e hidratación puede ser considerado acertadamente como un medio extraordinario, por su inutilidad; por ejemplo, cuando la muerte es inminente, su administración no sirve ni siquiera como paliativo, cuando el paciente no es capaz de asimilar lo que se le da.



Recién nacido,
Daniel Celentano, 1939.



De la concepción al parto,
Sonokochi Hasegawa, 1890.

Bioética clínica.

Inducción de la ovulación en una paciente beta-talasémica homocigótica

*P. Negri**, *A. Tomasi***, *A. Ricciardelli***, *E. Grechi***
y *A. G. Spagnolo****

Resumen

Los autores presentan el caso de una mujer estéril talasémica sometida a una intervención de «procreación asistida» mediante inducción de la ovulación y el sucesivo embarazo natural, que concluyó con el nacimiento de una niña sana. La solicitud de intervenciones análogas en otras pacientes talasémicas lleva a los autores a preguntarse si es moralmente lícito: a) exponer a tan frágiles pacientes al riesgo incluido en la inducción de la ovulación, el embarazo y el parto; b) dar vida a niños destinados a quedarse huérfanos más o menos pronto; c) favorecer la difusión del rasgo talasémico entre la población.

Concluyen que compete al médico y a la sociedad informar y hacer conscientes a los padres del riesgo y de las consecuencias sociales y jurídicas que una intervención semejante comporta, pero que sólo a los padres compete, realmente informados, decidir si procrean o no. A éstos pueden los especialistas, en conciencia, suministrar los medios lícitos y proporcionados en el caso de una opción procreativa.

* Profesor Asociado de Endocrinología Ginecológica, Universidad de Ferrara.

** Médicos visitantes, Escuela de Especialización en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Ferrara.

*** Centro de Bioética, Universidad Católica del Sagrado. Corazón, Roma (Dir. Prof. E. Sgreccia)

El caso clínico¹

Una paciente, actualmente de 26 años de edad, es reconocida como talasémica con necesidad de terapia transfusional a la edad de dos años. Actualmente, recibe transfusiones de dos unidades de sangre cada 21-27 días, cuando los niveles de hemoglobina (Hb) pre-transfusionales son 9.5-10.5 gr/dl.

Fue sometida a terapia quelante² a la dosis de 20 mg/Kg de peso corporal 2-3 veces a la semana hasta 1976. Desde esa época la administración de deferoxamina se hace por transfusión subcutánea por 10/12 horas/día a la dosis de 20-50 mg/Kg. Los niveles de ferritina sérica eran en 1985 iguales a 330 mcg/ml.

La paciente tuvo la menarca a la edad de 15 años y las menstruaciones sucesivas se sucedieron cada 60 días aproximadamente con una duración de 4-5 días e intensidad normal. A la edad de 17 años, sin embargo, se volvió amenorreica.

Habiéndose casado, a la edad de 24 años manifestó deseos de ser madre, y por este motivo se llevaron a cabo una serie de investigaciones preliminares para poder evaluar las condiciones generales de la paciente y la idoneidad de la pareja para concebir.

No estaban presentes signos de disgenesia gonádica, y el desarrollo de las mamas y el vello púbico estaban en el estadio 4 de Tanner.³ La exploración funcional de los diversos órganos no evidenció patología alguna de relevancia clínica. Las investigaciones hormonales aptas para evaluar la funcionalidad del eje hipotálamo-hipófisis-ovario mostraron una reducida respuesta de la hipófisis a las pruebas funcionales, mientras había una buena respuesta del ovario a la administración de gonadotropina. La viabilidad de las trompas se probó por medio de la histerosalpingografía. Se efectuó además un espermiograma del cónyuge, cuyos valores estaban dentro del rango de la normalidad.

Después de los largos años de amenorrea se estableció como paso preliminar una terapia tendiente a recobrar el trofismo de los órganos estrógeno-dependientes. Se administraron estrógenos conjugados (1.250 mg) y acetato de medroxiprogesterona (20 mg) según el esquema terapéutico secuencial estándar durante seis meses.

A continuación se llevó a cabo la inducción de la ovulación administrando gonadotropina (HMG), monitoreando sus efectos con ecografía pélvica cotidiana en relación con el número y las dimensiones de los folículos que se desarrollaban, y con mediciones radioinmunológicas (RIA) en relación con las concentraciones plasmáticas del 17beta estradiol (E_2).

Después de nueve días de terapia el ovario izquierdo mostraba dos folículos de 22 y 19 mm de diámetro mientras la concentración de E_2 plasmática era de 1116 pg/ml. Se administró HGG (5,000 UI) y se recomendaron relaciones conyugales normales, frecuentes.

La realización de la ovulación se demostró con el hallazgo ecográfico de dos cuerpos lúteos císticos con una dimensión de 39 y 36 mm respectivamente y una concentración de progesterona de 65, 5 ng/ml a tres días de haber sido administrada la HGG.

El hallazgo de un nivel de betaHGG mayor de 50 mUI/ml en el duodécimo día indicó que se había iniciado un embarazo.

La gestación se desarrolló desprovista de eventos clínicamente significativos. La paciente prosiguió la terapia transfusional no flanqueada por terapia quelante⁴ hasta la semana 35 cuando, después de ruptura espontánea de las membranas, se le hizo una cesárea que dio a luz a una niña con 2,740 gr de peso, en buenas condiciones.

El nacimiento de una niña hermosa y sana fue el evento del año para los atentos y bien informados miembros de la asociación de talasémicos. La difusión de la noticia tuvo como consecuencia la llegada, desde muchas partes, de solicitudes de procreación asistida, cosa que indujo al equipo médico a reconsiderar todo el asunto a la nueva luz de una actividad rutinaria y no de un aislado, inusual y excitante caso clínico. En realidad, junto a los ya numerosos problemas que se proponen a la atención de quien vive diariamente las preocupaciones y las dificultades ligadas al tratamiento de la esterilidad conyugal, surgen aquí algunos de los que poco se encuentran todavía en la literatura bioética, y la respuesta a los cuales puede tal vez esclarecer la cuestión de fondo sobre si es moralmente lícito seguir en esta actividad clínica.

Sin excluir que pueda haber otros, los problemas específicos suscitados por el caso pueden formularse como sigue:

1) ¿Existe la posibilidad de que la intervención médica para esta procreación asistida ponga en entredicho las frágiles, preciosas vidas de estas jóvenes mujeres talasémicas, añadiendo a su cotidiana lucha por la supervivencia los riesgos inherentes a la estimulación ovárica, al embarazo y a la cesárea?

2) En el estado actual no podemos saber con exactitud cuál será la duración de la vida de los talasémicos, aunque sea con todas las terapias con que hoy se dispone, pero es probable que esté más bien por debajo de la media: ¿es éticamente aceptable ayudar a dar a luz niños con la perspectiva de que estarán destinados a quedarse huérfanos a una edad joven?

3) Cada nuevo nacimiento de tales pacientes significa hacer que venga al mundo un individuo que es obviamente talasémico heterocigoto. ¿Se puede considerar esto como una intromisión indebida y un debilitamiento de los mecanismos de selección natural que protegen nuestra especie de la degeneración genética mediante una menor prolificidad de los sujetos genéticamente enfermos?

4) ¿Cuál puede ser el significado moral de una maternidad proporcionada a mujeres que se encuentran en una situación clínica semejante y que por esto están muy conscientes del valor de una vida humana?

Identificación de los problemas médico-científicos

Gracias a los modernos criterios terapéuticos, hoy las pacientes talasémicas pueden llegar a la vida adulta en condiciones discretamente buenas y están en grado de llevar una vida satisfactoria. Muchas de ellas alcanzan la plena madurez sexual y pueden gozar de todas las alegrías físicas, emotivas y psicológicas vinculadas con la adolescencia y con la edad adulta. Es ésta una situación nueva respecto del pasado, cuando la mayor parte de los niños talasémicos tratados de un modo inadecuado con la terapia transfusional o con fármacos quelantes no lograban tener el desarrollo puberal o el proceso se retrasaba o se detenía. Incluso con el establecimiento de una terapia hormonal sustitutiva no alcanzaban nunca una completa madurez sexual: el vello pubico se mantenía ralo,

en los muchachos apenas les crecía la barba o no les salía y el pene se mantenía pequeño, permaneciendo las características somáticas de todos modos visiblemente anormales.⁵

Hoy, pues, muchas muchachas talasémicas a menudo se casan y algunas hasta acarician la idea de ser madres. Sin embargo pueden ser estériles⁶ y necesitan por eso de la asesoría de los especialistas ginecólogos los cuales tienen que vérselas con una serie de problemas de los que sólo algunos son los habituales de la mujer estéril. En realidad, si bien racionalmente tratadas con metodologías modernas y con una adecuada terapia quelante, las pacientes talasémicas a menudo presentan daños de diversa gravedad a costa de los órganos vitales, provocados por los depósitos hemosiderínicos consecutivos a las transfusiones de sangre que se ven obligadas a hacer.

Corazón, hígado, riñones, páncreas, sistema endocrino, etc., pueden estar comprometidos, por lo que se hace necesaria una serie preventiva de investigaciones clínicas y de consultas específicas (un decurso exploratorio de los órganos vitales lo sintetiza la tabla 1).⁷

Tabla 1
Exploración funcional de los órganos vitales

Vísceras	Patología	Investigaciones recomendadas
CORAZON	— miocarditis difusa	— ECG, ecocardiografía angiocardiocintigrafía
HIGADO	— hepatopatía por hemosiderosis — hepatitis transfusionales — litiasis colecística pigmentaria	— enzimemia, ecografía
RIÑON	— acidosis tubular distal (hemosiderosis)	— creatininemia, azotemia
TIROIDES	— hipotiroidismo compensado > respuesta del TSH al TRH	— TSH, T3, T4, prueba al TRH
PANCREAS	— diabetes clínica o bioquímica	— ecografía, cintigrafía — insulinemia, OGTT

Tabla 2
Evaluación de la potencialidad reproductiva de la pareja

HIPOTALAMO	Pulsatilidad de la LH
HIPOFISIS	Secreción basal y después GnRH prueba de las gonadotropinas
OVARIO	Secreción basal y después Pergonal de E2
TROMPAS	Evaluación de su viabilidad con ISG (celioscopia)
CANAL CERVICAL	Prueba postcoital; Exámenes de cultivos (por <i>Chlamydia</i> , <i>Mycoplasma</i>)
CONYUGE	Espermiograma.

El mismo problema de daño hemosiderótico involucra, o puede involucrar, al eje hipotálamo-hipófisis-ovario (el hipotálamo parece en realidad sufrir más bien problemas funcionales), por lo que es necesario llevar a cabo una evaluación en profundidad de la potencialidad reproductiva de la pareja, como se esquematiza en la tabla 2.

En el caso presentado los exámenes indicaron una esterilidad por falta de ovulación⁸ y por tanto se ha procedido a la inducción de la ovulación, una intervención, ésta, que siempre debe ser llevada a cabo por el médico de un modo escrupuloso y personalizado.⁹ Por esto, antes de iniciarlo es necesario proceder a una cuidadosa exploración funcional del aparato reproductor, a modo de identificar los fármacos más adecuados para usar, las modalidades de administración de éstos, la entidad y la duración de la estimulación. Los detalles clínicos de la intervención llevada a cabo en este caso han sido descritos en otra parte.¹⁰

La conducción del caso clínico resulta, pues, hasta este punto, comprometida en su conjunto, pero aborda temas conocidos en el ámbito del tratamiento de la esterilidad y se vale de «instrumentos» de diagnóstico y terapéuticos bien probados.

Un compromiso consciente y atento de los problemas técnicos que están en la base de una intervención de este tipo representa, evidentemente, una premisa importante en la evaluación del caso y en particular respecto del primero de los interrogantes suscitados, esto es, la evaluación del riesgo: el equipo de especialistas debe aplicar respecto de la paciente talasémica todos aquellos procedimientos y observaciones encaminados a resolver el problema terapéutico de la esterilidad debida a la ausencia de ovulación. Está claro que deben evaluarse atentamente tanto los riesgos vinculados con el tratamiento de inducción en sí como los que surgen de la presencia de la situación patológica de base (talasemia). Respecto de los primeros, por ejemplo, se sabe que la inducción de la ovulación mediante el uso de fármacos ha llevado a la revelación de algunos riesgos tanto para la mujer misma sometida al tratamiento (síndrome de hiperestimulación ovárica),¹¹ como para el sucesivo desarrollo del embrión fecundado (mayor riesgo de aborto espontáneo,¹² posibles riesgos de defectos del tubo neural).¹³ Muchos de estos riesgos, sin embargo, con el uso de nuevos fármacos y con la realización de particulares observaciones, se han reducido hoy al mínimo y parecen, de todos modos, proporcionados a los beneficios buscados.

En el plano estrictamente médico-científico, además, junto a las consideraciones generales sobre el tratamiento propuesto como consecuencia de un cuidadoso diagnóstico, a las posibles alternativas terapéuticas, a las previsiones generales de éxito y de efectos secundarios, debe examinarse la entidad de las repercusiones del tratamiento sobre cada una de las pacientes en particular, en relación con los beneficios que puede sacar de ello. Una inducción que evolucione con éxito hacia la concepción abre, en efecto, toda otra serie de problemas vinculados con la evolución del embarazo y con el parto, eventos que, aunque definidos como «fisiológicos», representan un indudable riesgo añadido para quien tiene ya una patología como la talasémica. En el ámbito de este riesgo añadido debe incluirse también la posibilidad de que la estimulación

ovárica lleve a la maduración y a la ovulación de más ovocitos con la consiguiente fecundación de todos: no es difícil, en efecto, que en el curso de las terapias de hiperestimulación se llegue a embarazos múltiples.

Hay que decir, de todos modos, que también otras situaciones clínicas han impuesto desde hace tiempo una reflexión análoga: la mujer cardiópata o nefrópata que quiere tener un hijo, con los riesgos que el embarazo comporta; los cónyuges hemofílicos que están seguros, si conciben un varón, de dar vida a un hijo marcado por la enfermedad; y muchos ejemplos más. La ciencia se está dedicando desde hace años a reducir al mínimo los daños que una concepción en tales condiciones comportaría, por lo que quien se ocupa de estas situaciones debe ser capaz de ofrecer todo lo que la medicina pone a disposición, antes de desencadenar el mecanismo que genera el riesgo. A este propósito, finalmente, siempre en el plano médico, no se puede excluir de la reflexión, con honestidad intelectual, si existen o no adecuadas condiciones para el tratamiento: además de la competencia personal de cada médico en particular, también del equipo con el que se trabaja, la disponibilidad de tecnologías, una suficiente claridad sobre el estado de la investigación científica y de la experiencia médica codificada, etc. Sólo un equipo médico verdaderamente competente puede, pues, dar una respuesta a este primer problema del riesgo, y es una respuesta que resulta indispensable antes de la evaluación estrictamente ética.

A la pareja talasémica que pide poder concebir, el especialista debe ser capaz de ilustrar —y estar seguro de que haya una real y completa comprensión!— todo lo que el embarazo en estas condiciones comporta, desde la inducción a la ovulación hasta el parto, a las perspectivas de vida del hijo nacido, al significado que tiene para la población en general el nacimiento de un nuevo sujeto talasémico.

Examen de los problemas éticos

A) *La decisión de inducir la ovulación.* Nos parece que se puede concluir también, haciendo una reflexión más estrictamente ética, frente a la revelación más o menos confirmada de algunos riesgos —aunque sean

mínimos— debidos a la inducción de la ovulación, en una sustancial aceptación, en conciencia, de tales riesgos, al ser suficientemente controlables y consiguientes a una intervención que se ha llevado a cabo por rigurosa indicación médica. En el plano ético esto entra en el que se ha llamado *principio terapéutico*, en cuanto a que, con la inducción a la ovulación, se nos propone favorecer la recuperación de una función que resulta comprometida como consecuencia de una patología. Esta situación, por otra parte, sería diversa —y por lo menos, discutible en el plano de lo ético¹⁴— de la de una estimulación ovárica efectuada en mujeres infértiles, que no obstante ovulan regularmente, para las cuales la superovulación está “indicada” para poder disponer de más ovocitos (respecto del único ovocito que naturalmente madura en el ovario), con el fin de realizar programas de fecundación artificial (FIVET, GIFT, etc.). En estos casos, precisamente, es más difícil justificar en el plano ético el riesgo, sobre todo el que se corre para la sucesiva implantación del embrión y para su integridad, e incluso en el plano médico se evalúan hoy los pros y los contras de una intervención semejante.¹⁵

B) *Las modalidades de la concepción*. Respecto de la moral católica, no presenta problemas la modalidad por la que se ha producido la concepción, al surgir de un acto conyugal “de por sí idóneo para la generación de la prole”, “regulado” a indicación del médico por el período periovulatorio, más favorable para la concepción. Se mantiene, como estructura íntima del acto conyugal, la conexión inseparable entre el significado unitivo y el significado procreativo y se ha respetado, por tanto, la ley inscrita en el ser mismo del hombre y de la mujer.¹⁷ El juicio ético sería claramente diverso cuando bajo el término de procreación asistida se llevaran a efecto intervenciones que, desde el punto de vista moral, privan a la procreación de su perfección, excluyendo el gesto específico de la unión de los esposos, y/o que amenazan de manera concreta a la vida del ser humano llamado a la existencia: vale también aquí todo cuanto con claridad ha afirmado recientemente el magisterio de la Iglesia católica acerca de la procreación artificial.¹⁸

C) *Las intervenciones sucesivas a la concepción*. Sería también inaceptable hacer la estimulación ovárica en la mujer talasémica con la clara determinación de producir un aborto selectivo en el momento en

que se advirtiera por el diagnóstico prenatal la concepción de un feto afectado de enfermedad de Cooley o se determinara un embarazo múltiple (evento no improbable en terapias de este tipo): desafortunadamente, en la literatura reciente, además de la «indicación» de la presencia de uno de los fetos malformados —indicación absolutamente inaceptable desde el punto de vista ético— se propone y realiza la *reducción fetal* (término científico con que se designa la inducción del aborto de uno o más fetos en un embarazo múltiple) también en situaciones en las que la multiplicidad de fetos podría ser un peligro para el embarazo mismo (elevado riesgo de mortalidad perinatal, mayor riesgo de complicaciones, etcétera).¹⁹ Es precisamente en el caso de parejas con riesgo de concebir un hijo talasémico cuando se propone el aborto selectivo: en el curso del primer trimestre de embarazos múltiples, debidos a hiperestimulación ovárica y sucesiva procreación asistida, las mujeres son sometidas a biopsia de las vellosidades coriales para disponer del diagnóstico genético de cada uno de los fetos y proceder a la “reducción” de los afectados de anomalías genéticas.²⁰ Y con una aberrante y dramática lucidez se considera por estas experiencias preliminares que se debe concluir en la indicación de que es «posible y ventajosa la combinación de embarazo múltiple obtenida por hiperestimulación ovárica, diagnóstico genético precoz y reducción fetal: el nuevo procedimiento, en efecto, haría más probable, para la pareja con riesgo genético, la consecución del objetivo de dar a luz a un hijo no afectado, evitando a un tiempo el trauma psicológico y las complicaciones médicas del aborto, circunstancia desafortunadamente que no raramente se da en caso de embarazo natural con feto único».²¹

D) *Las consecuencias en el plano social.* Una reflexión colateral a los problemas que hemos considerado debe reservarse también al examen de las repercusiones en el plano social y de salud pública que comporta el nacimiento de un sujeto afectado por una enfermedad genética transmisible. Esta reflexión se debe hacer hoy también en relación con las posibilidades ofrecidas por la terapia genética somática en general, la cual podrá, como la mejor gestión del paciente talasémico, hacer llegar a la edad adulta y más o menos fecunda a muchos de estos sujetos genéticamente enfermos, permitiéndoles procrear y dar a luz a

sujetos que pueden estar afectados por la patología o ser portadores de la misma.

Hoy día, diversos genetistas se hacen este razonamiento: si se considera la historia natural de las enfermedades hereditarias «letales» —esto es, las que ahora, en cambio, pueden ser susceptibles de terapia génica o de otras intervenciones terapéuticas— el nacimiento de todo sujeto afectado de la enfermedad determina la pérdida de un par de genes mutantes en cuanto que ese sujeto no llegará a la edad reproductiva o de todos modos no estará en condiciones de procrear. Esto contribuye, evidentemente, a mantener baja en la población la frecuencia de ese gen patológico. En presencia de una terapia genética eficaz o de otros procedimientos terapéuticos, el paciente podrá ser capaz de reproducirse; pero al hacerlo, transmitirá los genes mutantes y éstos permanecerán en la población, haciendo aumentar el número de heterocigotos (portadores sanos) y por tanto la posibilidad de nuevos enfermos.²²

Es obvio que una comprobación semejante no debe en modo alguno configurar un obstáculo para el desarrollo de la geneterapia o de todas aquellas intervenciones que aumentan la duración de la vida, pero las consecuencias previstas deben ciertamente tenerse presentes en el ámbito de las políticas sanitarias y evaluadas globalmente, aun no pudiéndose proyectar en el plano ético sustraer a una terapia válida al individuo en vistas a salvaguardar la especie. Desgraciadamente, como decíamos, es en nombre de esta “filosofía” por lo que se llevan a cabo hoy muchas campañas encaminadas a identificar en la fase prenatal a los portadores de enfermedades genéticas programando su supresión. En estos casos, pues, la única motivación que justifica el aborto sería un mejoramiento de la “calidad de vida” de las generaciones futuras, eliminando, con el sujeto enfermo (aunque el razonamiento se hace también respecto del sujeto sano portador en cuanto que corre el riesgo de tener hijos enfermos²³ los genes o los cromosomas defectuosos del acervo génico o cromosómico de la población. Aparte la ineficacia de este procedimiento para la consecución del objetivo mismo, parece evidente la inadecuación de la motivación, que viola el derecho fundamental a la vida de un sujeto enfermo y el derecho de ser cuidado; y tal derecho es seguramente anterior al de la “calidad de vida” de las

generaciones futuras. La sociedad cumple su deber no ciertamente programando campañas de rastreo que lleven al aborto selectivo o impidiendo que se reproduzcan los portadores de una enfermedad genética transmisible, esterilizándolos o quitándoles la posibilidad de ayuda, sobre todo proporcionando una información genética equilibrada y promoviendo la mentalización de estos problemas.

E) *El llamado derecho del hijo a nacer sano*. En relación con el caso en cuestión queremos aludir aquí a un último argumento, que se presenta sobre todo a la reflexión jurídica aun cuando tenga también consecuencias importantes en el plano ético. En los últimos años el interés del derecho se ha ido centrando cada vez más en un nuevo protagonista de la vida jurídica, el feto, para el cual se habla de diversos derechos, como el de ser concebido sano, crecer sano, ser cuidado, no ser suprimido.²⁴ Este interés del derecho tiene su justificación tanto por el hecho de que el progreso médico-científico ha puesto de relieve con mayor claridad las diversas causas de daño para el feto, cuanto por la posibilidad médica de prevenir, diagnosticar y en algunos casos incluso curar ciertas enfermedades del feto. Ahora bien, según el derecho vigente el feto en su vida prenatal no sería titular de derechos subjetivos, los cuales se adquieren en el momento del nacimiento. No obstante lo cual, desde siempre el feto ha sido considerado como merecedor de protección jurídica (¡incluso dentro de las contradictorias legislaciones sobre el aborto!), de tal manera que se puede efectivamente hablar de una protección jurídica de la salud del feto o, como se dice con un término jurídicamente impropio, del derecho del feto a nacer sano.²⁵

El tema ha sido particularmente desarrollado con relación a todas las intervenciones directas o indirectas que conciernen hoy al feto o que pueden comprometer precisamente su salud (exposición de la madre a tóxicos durante el embarazo, intervenciones diagnósticas y terapéuticas más o menos experimentales en el feto, etc.). La jurisprudencia, sobre todo norteamericana, ha considerado desde hace tiempo el daño acarreado al feto entre las nuevas fronteras del daño resarcible,²⁶ y en el curso de los últimos 20 años se han desarrollado dos nuevos conceptos, el de *Wrongful Birth* y *Wrongful Life*.²⁷ El primer término se refiere a la acción legal emprendida por los padres respecto de un médico cuya conducta

negligente ha llevado al nacimiento de un niño afectado de un daño cualquiera (el término, sin embargo, se ha usado también en relación al nacimiento no previsto de un niño —independientemente de que esté enfermo o no— como consecuencia de una intervención de esterilización o de aborto no idóneo: en tales casos se habla también de *Wrongful Conception* o *Wrongful Pregnancy*). Hoy la acción civil y penal por un *Wrongful Birth* es emprendida incluso contra personas diversas del médico, a las que de alguna manera se les reconozca responsables de haber producido un daño al feto durante la vida prenatal; hasta los mismos padres pueden ser convocados a responder cuando su conducta haya determinado un daño al feto.

El término *Wrongful Life*, en cambio, aun estando estrechamente conectado con el primero, se refiere en particular a la situación por la que es el mismo sujeto que ha sufrido el daño (el niño afectado de una anomalía cualquiera, a través de sus propios representantes legales, o cuando ha alcanzado la mayoría de edad) el que inicia un procedimiento legal respecto de quien (médico u otra persona) haya determinado su existencia, caracterizada por una desventaja física, mental o moral. Es decir, no se trata de pedir un resarcimiento correspondiente al daño sufrido (cosa que ya está cubierta por el derecho tradicional, la *Tort Law*) sino el resarcimiento por una “existencia injusta”, como sería la de un individuo con una situación de desventaja. Este tipo de acciones legales han sido emprendidas incluso respecto de los mismos padres que han dado vida a un hijo marcado por una patología cualquiera, con tal que se pudiera prever, o sin adoptar todas las prevenciones que habrían evitado el nacimiento del hijo enfermo. Como se comprenderá, el tema interesa estrictamente a la responsabilidad procreativa de los padres y encuentra precisamente en el caso clínico que hemos examinado una aplicación concreta.

En particular, en nuestro caso podría pensarse en un “daño” (si por daño se puede considerar también el ser portador del rasgo talasémico) acarreado por los padres al que va a nacer, en el momento mismo de la concepción, a través de la transferencia del patrimonio genético:²⁸ sin la concepción no existiría la persona del lesionado, y de una conducta semejante éste “no podría dolerse sin dolerse juntamente de la vida” que

con la concepción recibió. Está claro, en efecto, que en algunas situaciones genéticas los padres no pueden estar seguros de dar vida a hijos sanos; sólo podrían decidir no darles vida.

En realidad, incluso en el plano solamente jurídico la doctrina se orienta fuertemente a excluir cualquier responsabilidad civil de los padres, reconociendo que la libertad de procreación determina la aplicación de reglas especiales y que el mismo «derecho a nacer sanos» contrastaría de manera insuperable con el derecho de procrear, esto es, que el ejercicio de las capacidades genéticas propias excluiría la subsistencia de una responsabilidad aquilana.³⁰ El punto es sumamente delicado y no puede ser abordado en este lugar pero es importante tener presentes los interrogantes que ahora se plantean:³¹ el derecho a la salud, reconocido y garantizado por la Constitución, ¿está excluido en relación a algunas situaciones? ¿Puede el derecho a la procreación justificar un comportamiento abstractamente ilícito? Y por el contrario: ¿comporta el derecho a nacer sanos una obligación eugenésica para los padres de comprobar diligentemente los eventuales defectos genéticos transmisibles; la abstención de la actividad procreativa cuando ésta determine la discapacidad y la interrupción del embarazo cuando la discapacidad sea identificada sólo a continuación de la concepción?

Para volver al plano ético, nos parece que estos interrogantes excluyen cualquier reflexión —aunque sea importante— sobre el valor de la vida: “si uno enfermo vale menos que otro sano, *a fortiori* la vida, incluso de un enfermo, vale algo, mientras que la no vida no vale nada”.³² No se trata de un juego dialéctico sino del “reconocimiento de la más alta verdad: prescindiendo de las posibilidades, cada vez mayores (de curar), para quien no confunde el mal con la enfermedad y el dolor, precisamente la vida de un enfermo puede alcanzar las vetas más altas: si Leopardi (poeta italiano. *N. del T.*) hubiera sido un atleta, al mundo le faltaría, con bastante probabilidad, una de sus bellezas más puras”.³³ Los padres han tenido desde siempre la responsabilidad de decidir lo que es el mejor interés para sus hijos, y así junto a padres que pueden considerar que la vida marcada por una desventaja cualquiera no tiene valor, hay muchos otros que de ninguna manera están de acuerdo con esta posición (piénsese en un sujeto con alguna discapacidad, que debería renegar de

su existencia si, aun pudiendo procrear, se rehusara a hacerlo para no engendrar una vida enferma).

Pero la lícita y responsable decisión de los padres en materia de procreación se debe detener en el momento prematrimonial y preconceptico: una vez que se ha iniciado una existencia personal de un nuevo individuo humano —y sabemos que esto se verifica en el momento de la concepción— nadie puede solicitar la supresión de esa vida sólo porque no sería merecedora de ser vivida. Y esto vale también en el plano jurídico además del ético: en las legislaciones que prevén el aborto voluntario en relación con la presencia de un feto malformado, no es la malformación en sí la que justifica la intervención sino las “consecuencias” de tal anomalía sobre la salud psicofísica de la madre. El programa eugenésico nazi de “destruir las vidas no merecedoras de ser vividas” debería seguir siendo un poderoso aviso para la así llamada “tiranía de los normales”.

Consideraciones sobre el caso

Frente el caso presentado, y en relación a los interrogantes que se suscitan, nos parece, en conclusión, que se pueden ofrecer las siguientes consideraciones para quien tenga que vérselas con situaciones semejantes.

En conciencia, el médico puede afrontar un riesgo añadido para las pacientes talasémicas que se dirigen a él solicitando poder ser madres, a condición de que ese riesgo (por la estimulación ovárica, por el embarazo, por la cesárea, etc.) sea en conciencia controlable por un equipo verdaderamente competente y, sobre todo, que antes de efectuar cualquier intervención la pareja sea consciente de las dificultades que el procedimiento mismo comporta. Es necesario, en efecto, que se dé una información real —la cual habrá de darse con sensibilidad y comprensión por parte del médico, ayudado eventualmente por otros profesionales— no sólo sobre los riesgos que el procedimiento comporta para la mujer sino también sobre los del que eventualmente va a nacer (las dificultades eventuales vinculadas con el ser portador de una anomalía genética, la posibilidad de quedarse huérfano a tierna edad) y sobre las repercusiones

que el nacimiento de un nuevo portador tiene para la difusión de la enfermedad entre la población, etc. Entre estas informaciones no deben faltar tampoco las relativas a las posibilidades de la geneterapia sobre las células somáticas que hoy se muestra muy prometedora.

En esta cuidadosa consulta preliminar —que jamás debería faltar— no pueden silenciarse a la pareja todas las alternativas que se pueden proponer para su caso, y no en último término la adopción, haciendo el médico de esta manera un esfuerzo para superar esa actitud natural que lo llevaría a intervenir con cualquier medio puesto a disposición por la medicina más avanzada para dar a la mujer un hijo propio. Es oportuno, en efecto, que también el equipo médico tenga claro el significado profundo que tienen la maternidad y la paternidad, y que no está sólo ni exclusivamente ligado a la procreación sino que debe ser ubicado en horizontes más amplios. La fecundidad humana es rica, efectivamente, en potencialidades y expresiones diversas de la exclusiva generación de un hijo y éstas pueden concretarse en muchas formas de “fecundidad espiritual”.

Por otra parte, pensamos que es obligado que el especialista al que la pareja solicita intervenir en ayuda a la procreación se abstenga, en conciencia, de iniciar un tratamiento médico en el caso de que, tras una cuidadosa evaluación preliminar, éste resultara gravado por un riesgo desproporcionado para la vida de la madre y del que va a nacer. De esta decisión es oportuno proporcionar una amplia y documentada justificación a la pareja a fin de que ésta comprenda su significado y no sea inducida a buscar en otro lado, por parte de profesionistas sin escrúpulos, una intervención que podría revelarse dramática, siguiendo aún siendo lícito su derecho a consultar a otros especialistas.

Sólo con una completa información real la pareja podrá ser capaz de tomar la decisión, que compete solamente a ella y a nadie más, de transmitir o no transmitir de forma responsable la vida dentro del matrimonio. Una reciente investigación llevada a cabo en la región de Ferrara (Italia) muestra, por ejemplo, que las parejas talasémicas —a diferencia de tiempos pasados— no consideran a los hijos que nacen afectados como niños que hay que reemplazar por otros con la esperanza de que sean sanos, sino como miembros efectivos de la familia, que se

harán adultos y que contribuyen plenamente a las dimensiones deseadas de la familia.³⁴ Cónyuges que presentan un riesgo genético pero que poseen altas cualidades humanas, con capacidades pedagógicas fuera de lo común, pueden actuar más responsablemente decidiendo transmitir la vida, a diferencia de otros que, incluso sin tener problemas genéticos, pueden estar menos calificados para ofrecer a los hijos un ambiente humano digno y una experiencia de amor genuino.³⁵

Se trata de una responsabilidad que no niega la vida y no la mortifica sino que la ama y la protege, incluso a costa de un sacrificio personal; y son sobre todo las personas dotadas de mayor sensibilidad para pagar en estos casos el precio más alto en términos de sufrimiento. También es responsabilidad aceptar el consejo de los expertos cuando el riesgo se revele cierto y elevado.³⁶ Y en caso de una decisión de procrear, los cónyuges tienen el derecho de solicitar a los especialistas que se les ayude, cuando no es posible alcanzar espontáneamente la concepción con medios lícitos, que tienen el significado de ayuda y no de sustitución del acto conyugal, con el compromiso de hacer nacer de todos modos a todos los hijos concebidos y de acogerlos y cuidarlos aun cuando estén marcados por una enfermedad.

Referencias bibliográficas

¹ El caso llamó la atención y fue manejado en la Clínica Obstétrica y Ginecológica de la Universidad de Ferrara por el equipo del Prof. P. Negri.

² Se trata de la terapia que los talasémicos reciben periódicamente para evitar los graves efectos colaterales debidos a la acumulación de hierro que se tendría con las continuas transfusiones. Esta intervención está hoy en la base del significativo alargamiento de la vida de los talasémicos.

³ Es el estadio inmediatamente anterior al del completo desarrollo de los caracteres secundarios; en definitiva, pues, el desarrollo de las gónadas y de los caracteres sexuales secundarios de la chica era sustancialmente normal. Cfr. WILLIAMS R. H. (ed.), *Textbook of Endocrinology*. Filadelfia: W. B. Saunders Company, 1981, p. 360-363.

⁴ La deferroxamina se ha revelado como teratógena en los animales y por tanto no puede ser administrada en el embarazo, por lo menos hasta el tercer mes.

⁵ KATZ M., DE SANCTIS V., WONKE B. y otros, *Sexual Performance and Fertility Potential in Patients with Beta Thalassemia Major*. Prog. Clin. Biol. Res. 1989, 309: 57-66.

⁶ Sobre la incidencia de la esterilidad en estos pacientes los datos son discordantes: para algunos se trata de una complicación que se establece a pesar de aplicar el tratamiento oportuno; para otros los datos de su experiencia los llevan a considerar que el 30-40% de los casos de no ovulación observado en las talasémicas de 16-17 años no se aparta mucho de los porcentajes reportados para las adolescentes «normales» no talasémicas (cfr. APTER D., VIHKO R., *Hormonal Patterns of the First Menstrual Cycles*. EN: C. FLAMIGNI, S. VENTUROLI, R. R. GIVENS (eds.), *Adolescence in Females*, 1985, pp. 215-238, citado en KATZ, DE SANCTIS, WONKE y otros, *Sexual Performance...*). Una comparación análoga se hace también para la fertilidad de los varones talasémicos, en comparación con la población «normal» masculina no talasémica; por tanto, los sujetos talasémicos que son bien tratados desde la infancia y hasta la edad adulta tienen una expectativa de función sexual normal y de fertilidad potencial.

⁷ NEGRI P., TOMASI A., GRECHI E., RICIARDELLI A. y otros, *Induzione della ovulazione nelle beta talassemiche omozigoti: protocollo di indagini preliminari*, Actas del XV Congreso de la Sociedad Italiana de Fertilidad y Esterilidad, Palermo: 1990.

⁸ La esterilidad en estas mujeres se debe a una falta de maduración de los ovocitos y por tanto de la ovulación subsiguiente, y esto no está en contradicción con la plena madurez sexual que pueden alcanzar. Se calcula que cerca del 40% de las mujeres talasémicas sexualmente desarrolladas, a pesar de que se les dé un seguimiento oportuno, enfrenta un hipogonadismo secundario—manifestado en una amenorrea secundaria—después de cuatro años en promedio de la aparición espontánea de la menarquia (cfr. KATZ, DE SANCTIS, WONKE y otros, *Sexual Performance...*). También otras situaciones clínicas pueden presentar esta discrepancia: por ejemplo, en el síndrome del ovario policístico las pacientes son sexualmente maduras pero muchas de ellas no tienen ovulación espontánea. Por tanto, hay que distinguir—y lo mismo vale para los varones talasémicos—entre madurez sexual y producción de gametos.

⁹ SCOTT R. T., ROSENWAKS Z., *Ovulation Induction for Assisted Reproduction*. J. Reproductive Medicine 1989, 34(1) Supl.: 108-114.

¹⁰ DE SANCTIS V., VULLO C., NEGRI P. y otros, *Induction of Ovulation in a Thalassaemic Patient*. Acta Europaea Fertilitatis, 1989; 20(4): 223-225.

¹¹ GERMOND M. y otros, *Syndrom d'hyperstimulation ovarienne*. Arch. Gynecol. Obstet. 1989, 246: 553-564.

¹² CORSAN G. H., KEMMANN E., *Risk of Second Consecutive First-Trimester Spontaneous Abortion in Women who Conceive with Menotropins*. Fertility and Sterility 1990, 53(5): 817-821.

¹³ MILLS J. L. y otros, *Risk of Neural Tube Defects in Relation to Maternal Fertility and Fertility Drug Use*. Lancet 1990, 336: 103-104.

¹⁴ DI PIETRO M. L., SPAGNOLO A. G., SGRECCIA E., *Meta-analisi dei dati scientifici sulla GIFT: un contributo alla riflessione etica*. Medicina e Morale 1990, 1: 13-40.

¹⁵ SHARMA V. y otros, *Influence of Superovulation on Endometrial and Embryonic Development*. Fertility and Sterility 1990, 53(5): 822-829; WALLACH E. E., *Gonadotropin Treatment for the Ovulatory Patients - The Pros and Cons of Empiric Therapy for Fertility*. Fertility and Sterility 1991, 55(3): 478-480.

¹⁶ Código de Derecho Canónico, canon 1061.

¹⁷ PABLO VI, *Encíclica «Humanae Vitae»*, n. 12, AAS 60 (1968): 488-489.

¹⁸ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Donum Vitae*, Ciudad del Vaticano, 1987.

¹⁹ BOULOT P. y otros, *Techniques, résultats et indications des réductions embryonnaires au cours des grossesses multiples*. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1991, 20: 309-316; WAPNER R. J. y otros, *Selective Reduction of Multifetal Pregnancies*. The Lancet 1990, 335: 90-93.

²⁰ BRAMBATI B. y otros, *Selective Reduction of Quadruplet Pregnancy at Risk of Beta-Thalassaemia*. The Lancet 1990, 336: 1325-1326.

²¹ BRAMBATI B., *Gravidanza multipla tra etica e scienza*. Medicina Moderna Italiana (MeMo) 1991, 5: 28-31.

²² Así se expresa G. NERI en un comentario suyo al documento del Comité Nacional de Bioética: *A proposito del documento: Terapia genica*, Medicina e Morale 1991, 3: 465-468.

²³ Desafortunadamente, no han faltado propuestas en este sentido. F. Fuchs escribe: «Pienso que es pertinente preguntarse si nosotros debemos eliminar los heterocigotos como hacemos con los homocigotos. No hay razón por la que no podamos aplicar las mismas técnicas de amniocentesis y aborto selectivo para las hijas de madres portadoras, si ellas mismas son portadoras, y continuar este proceso de generación en generación» (cfr. FUCHS F, *Discussion* al artículo de HSIA D. Y. Y., *Selection of Heterozigotes*, en HARRIS M., *Early Diagnosis of Human Genetic Defects. Scientific and Ethical Considerations*. Fogarty Intern. Center Proceedings 1971, 6: 119). E. K. Hirschhorn ha afirmado: «Yo estaría particularmente de acuerdo [con el aborto selectivo] en el caso de una traslocación porque en realidad no se abortaría un sujeto normal, sino un sujeto que tendrá un alto riesgo él mismo de tener hijos anormales» (cfr. HIRSCHHORN K., *Discussion* al artículo de LUBS H. A., *Cytogenetic Problems in Antenatal Diagnosis*, en HARRIS, *Early Diagnosis...*

²⁴ MANTOVANI, F., *Il c.d. diritto del feto a nascere sano (problemi medico-legali della diagnosi e trattamenti del feto in utero)*, Rivista Italiana di Medicina Legale 1980: 237-248.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Para tener un panorama de la jurisprudencia sobre el tema véase ZENO-ZENCOVICH V., *La responsabilità per procreazione*. Giurisprudenza Italiana 1986, CXXXVIII (parte IV): 113-127. Otras indicaciones bibliográficas se pueden encontrar en la tesis de especialización en Medicina Legal y de los Seguros de A. G. SPAGNOLO, *Il danno alla persona nella vita prenatale. Orientamenti giuridici e implicazioni medico-legali in tema di responsabilità per danno al nascituro*, Universidad Católica del Sagrado Corazón, a.a. 1988/89.

²⁷ FLEISHER L. D., *Wrongful Birth. When is there Liability for Prenatal Injury?* AJDC 1987, 141: 1260-1265; BOTKIN J. R., *The Legal Concept of Wrongful Life*, JAMA 1988, 250(10): 1541-1545.

²⁸ Este tema es particularmente interesante desde el punto de vista doctrinal, configurando el llamado *daño de procreación*, tema ya ampliamente debatido por la doctrina a principios de los años cincuenta con ocasión de la sentencia del tribunal de Piacenza del 31 de julio de 1950 (Pres. Lanero, Est. Zauli; T. [Abogado Bellocchio] y C. [Abogado Battaglia]. Véase en Foro Italiano 1951, I: 987-990, con una nota de M. ELIA y una apostilla de F. CARNELUTI) que declaró la responsabilidad «por hecho ilícito respecto de los hijos, cuando se les haya transmitido, mediante la concepción, una condición morbosa [en el caso contemplado, la lúes congénita] que menoscabe la integridad física». La peculiaridad del caso, conocido también por la jurisprudencia alemana (cfr. RESCIGNO P., *Il danno da procreazione*, Rivista di Diritto Civile 1956, p. 614 ss.), está en la circunstancia de que la transmisión de la enfermedad se produce con la concepción, de manera que el autor del daño es también el autor de la generación. Contra el pronunciamiento del tribunal de Piacenza la doctrina, con alguna excepción, manifestó una disensión radical.

²⁹ ELIA, *Nota alla sentenza del tribunale di Piacenza*, cit. 988.

³⁰ ZENO-ZENCOVICH V., *La responsabilità per procreazione*, op. cit., p. 124.

³¹ *Ibidem*.

³² CARNELUTI, *Postilla alla sentenza del tribunale di Piacenza*, cit. 990.

³³ *Ibidem.*

³⁴ GAMBERINI M. R. y otros, *Reproductive Behavior of Thalassemic Couples Segregating for Cooley Anemia*. *Am. J. Medical Genetics* 1991, 38: 103-106.

³⁵ HARING B., *Tansmettere una vita sana*. En: *Liberi e fedeli in Cristo*, Paoline: Roma 1981, III: 31-34.

³⁶ ZEGA L., *Un'altra maternità*, *Famiglia Cristiana* 1991, 32: 5-6.



Escenas de la práctica Médica. Ilustración de un libro de Galeno. Medios del siglo XV.

Bioética y medicina de las catástrofes

Elio Sgreccia, Giuseppe Fasanella**

Resumen

En nuestra época, la intervención del hombre sobre la naturaleza se ha vuelto más incisiva y con un mayor riesgo. Por otra parte, por los conocimientos científicos en aumento la sociedad actual puede dominar mejor los daños causados en otro tiempo, por la naturaleza y prevenir o reducir los riesgos para la salud y la vida de la humanidad.

Por esto existe una creciente responsabilidad ética por parte del hombre, respecto de la que podía tener en épocas anteriores.

Los autores, tras examinar los principios éticos a los que debe hacer referencia la acción del hombre en las catástrofes, abordan algunos aspectos particulares: a) la individualización de los riesgos y de las posibilidades operativas; b) algunas cuestiones éticas; c) el derecho al respeto del cadáver. Cobra especial importancia la medicina de las catástrofes, que en los últimos años se ha venido configurando como una nueva disciplina médico-quirúrgica.

La relación del hombre con el ambiente se ha modificado en el curso de los siglos a medida que avanzaba el desarrollo técnico. La historia de

* Centro de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía «A. Gemelli», Universidad Católica del Sagrado. Corazón, Roma. (Director: Prof. Elio Sgreccia).

la técnica representa, efectivamente, la voluntad por parte del hombre de aumentar su poder sobre la naturaleza. Pero si, por un lado, la aplicación de tecnologías cada vez más innovadoras determinaba profundas transformaciones en la vida del hombre, por otro, incrementó también el riesgo de catástrofes.

En la era primitiva es posible individualizar sólo el *riesgo natural*, esto es, el que dependía de los eventos naturales como fuerzas cósmicas, epidemias, etcétera. Al vivir en chozas o en grutas y usando piedras y palos para cazar y pescar, el hombre se pone en una relación inmediata con la naturaleza. Lo único de que dispone es de su fuerza. Pero está dotado también de inteligencia y de fantasía creativa, y así reflexiona sobre las fuerzas naturales y observa constantemente al mundo físico: la técnica nace del éxito de procedimientos obtenidos casualmente, pero sometidos sucesivamente a precisas teorizaciones.

En la era agrícola-pastoril, con la invención de una cada vez más amplia gama de utensilios, de la rueda y de la escritura; con la construcción de casas y la elaboración de los metales, las condiciones de vida del hombre mejoran y se alcanzan notables grados de civilización, de la que los pueblos modernos son tributarios hoy todavía. De esta manera, la relación con la naturaleza ya no es inmediata; pero se logra un mayor control del suelo y de las aguas. Piénsese en la nave que puede ofrecer ya la posibilidad de viajar por mar; en los carros tirados por caballos, en los instrumentos bélicos y de labranza de la era egipcia, asiática o de Centroamérica, y en el periodo clásico y medieval. Al riesgo natural, sin embargo, se añade entonces el llamado *riesgo instrumental*. La nave romana que naufraga con su cargamento de hombres y de mercancías es un ejemplo.

En la era industrial, la máquina multiplica la fuerza del hombre y transforma cada vez más la naturaleza. En el siglo XVIII el carbón fósil es utilizado para producir energía térmica y mecánica con las máquinas de vapor. Mientras tanto, se desarrolla también el aprovechamiento de la energía hidráulica; a continuación, le toca la vez al petróleo, que es utilizado primero para iluminar y luego como fuente de energía mecánica. Se recurre igualmente a gases naturales como el metano y, finalmente, a la energía eléctrica.

Está claro que el riesgo no es sólo natural e instrumental, sino también *industrial*. Si por una parte las máquinas proporcionan bienestar al hombre,, por la otra contaminan el aire, el suelo, los mares. Los riesgos industriales han aumentado desmedidamente respecto de los del periodo agrícola.

La que hoy vivimos es una era postindustrial, definida mejor como era tecnológica. La máquina guía a la máquina. Se ha hecho realidad la fisión del átomo, se ha hecho posible el vuelo espacial y la computadora se ha vuelto un instrumento indispensable. La misma cultura, en cuanto moderna, tiene tendencia a presentarse como *cientifismo tecnológico*. El axioma, “mensuro, ergo possum” (mido, luego puedo) describe muy bien esta tendencia. El ser es reducido a lo mensurable; el conocimiento no es sino la medida cuantitativa de los fenómenos y la elaboración matemática de las cantidades medidas. Las cualidades no traducibles en términos cuantitativos son excluidas del mundo físico y por tanto — según la lógica científiesta— del mundo del conocimiento.¹

En esta época nuestra el riesgo de catástrofe se viene multiplicando, al añadirse a los precedentes, todos presentes, el *tecnológico*. El desastre nuclear de Chernobyl en abril de 1986 es el ejemplo reciente de cómo un accidente nuclear puede tener consecuencias incalculables para la humanidad entera.

Simon habla de “tecnología catastrófica”. Nunca como hoy la humanidad ha tenido la capacidad de autodestruirse enteramente, de anularse a sí misma y las cosas admirables que ha realizado. Los mares resultan contaminados, y hasta en la leche materna se han encontrado sustancias nocivas; las armas químicas, biológicas o nucleares acumuladas por las diversas potencias constituyen un instrumento de “disuasión” inimaginable, mientras arden focos de guerra en el mundo y continúa el tráfico internacional de armas. Y si la misma ingeniería genética hace entrever, por una parte, la posibilidad de curar diversas enfermedades hereditarias, por la otra abre el camino a peligrosas manipulaciones para el género humano.

La intervención del hombre sobre la naturaleza en la era tecnológica es, pues, más incisiva y de más alto riesgo. Por otro lado, por los crecientes conocimientos científicos, la sociedad actual puede dominar

mejor los daños ya causados y prevenir riesgos notables para la salud y la vida de la humanidad. Esto podrá hacerlo destinando recursos y fuerzas económicas con una finalidad sobre todo preventiva. Incluso las fuerzas naturales, las que no dependen de la voluntad y de la intervención del hombre, podrán ser controladas y limitadas mejor, gracias a una mayor disponibilidad de conocimientos y de medios.

Para indicar con precisión que, aunque la «tecnología catastrófica» incrementa riesgos, también incrementan las capacidades de control, se podría utilizar la siguiente fórmula:

$$\frac{R}{C} = K$$

(R = riesgo; C = capacidad de control)

Existe, no obstante, un hecho importante que hay que hacer notar y es la creciente *responsabilidad ética* por parte del hombre, respecto de aquélla que podía tener en la era precedente. Un descuido al conducir un tiro de caballos no tiene los mismos efectos catastróficos que el descuido al conducir un avión supersónico. Por otra parte, la implicación en la responsabilidad se vuelve universal. Nunca como en esta época el bien de un pueblo se ha convertido en el bien de los otros pueblos. Por esto, cuanto más se eleva el potencial tecnológico, más debe crecer la responsabilidad ética, para que se tenga una seguridad idónea.

Este concepto se puede expresar con otra fórmula que debería mostrar la relación entre Seguridad (S), aumento del Potencial tecnológico (Pt) y la Responsabilidad social (Rs):

$$S = \frac{Rs}{Pt}$$

Valores éticos de referencia

El bien común como bien de toda persona. Las catástrofes involucran de forma característica al concepto de «bien común» de una población o de

la humanidad entera. Semejante principio no se debe entender como la búsqueda de ese mínimo indispensable en sentido cuantitativo que hay que dar a todos, como por ejemplo lo estricto necesario para vivir, porque sería una medida necesaria pero insuficiente; y tampoco como el bien de la mayor parte, relegando por tanto a las minorías, puesto que también esto sería una medida estadística y cuantitativa. Por bien común debemos entender el bien de cada una de las personas promovido por cada una de las personas. Este concepto personalista y cualitativo supone que el fin de la ética social es contemplado dentro del llamado *humanismo plenario*: todo el hombre en todos los hombres, con la corresponsabilidad de cada uno.

La persona tiene, pues, un valor ontológico que no puede hacerla considerar sólo como una parte de la sociedad. La sociedad misma nace del centro de la persona, la persona sobrepasa a la sociedad. Por esto la noción de bien común engloba y supera al bien particular, sin oponerse a él.

Consiguientemente, la ética fundamental que inspirará las intervenciones en las catástrofes, y, en especial, la medicina de las catástrofes deberá, a nuestro parecer, tener como base el concepto personalista del bien común. Por otra parte, el género humano es cada vez más interdependiente; y querer hacer corresponder el bien con el fin del Estado en particular significaría interpretar de manera reductiva el principio y subordinar la cooperación entre los Estados al prestigio y a la prosperidad únicamente de cada una de las naciones.²

Se debería hablar, más propiamente, de «bien común universal» referido a la humanidad entera. Sobre esta base, muchos invocan una «autoridad política mundial», ciertamente no impuesta por la fuerza sino constituida de común acuerdo, que «pueda ejercer su acción sobre toda la superficie de la tierra», para el crecimiento de toda la familia humana y el «respeto efectivo de los derechos del hombre en todo el mundo».³

La vida física como valor fundamental de la persona. La vida física no agota ciertamente toda la grandeza de la persona, pero constituye el fundamento único en el cual y por medio del cual es posible a las

personas expresarse y manifestarse. La misma libertad no puede construirse y expresarse sin ella.

De aquí deriva el precepto moral sobre la inviolabilidad de la vida humana. Incluso la vida del reino vegetal y del reino animal tiene un valor propio y exige un equilibrio en la medida en que está ligado a la salud y a la supervivencia del hombre. Los diversos movimientos ecologistas son particularmente sensibles a ello y nos recuerdan el deber de mantener y salvaguardar este equilibrio. Sin embargo, no podemos olvidar que el hombre se halla en un nivel ontológicamente superior y trascendente y, por esto, representa el polo y el eje central del ecosistema.

En el ámbito de la defensa de la vida humana, podemos introducir el tema de la salud del hombre. Toda persona tiene derecho a la defensa y a la promoción de la salud, que es un valor subordinado pero consecuente a la vida. No es lícito, por tanto, poner en peligro la vida o procurar la supresión de la vida ajena, pero tampoco descuidar la salud de indefensos, como los discapacitados, los ancianos, los enfermos incurables o el embrión. Habrán de llevarse a cabo mayores esfuerzos para colmar la diferencia existente entre los países occidentales industrializados, en los que se comprueba hasta el exceso los gastos para la salud, y los países subdesarrollados. La OMS afirmaba en 1948 que la salud de todos los pueblos es condición fundamental para la paz en el mundo.

El principio terapéutico o «principio de la totalidad» afirma que sólo se puede poner en peligro o menoscabar la integridad física de la persona en los casos en que es necesario salvar ese bien superior que es la vida de la misma persona, y a condición de que la intervención sea sobre la parte enferma, no haya otros medios para curar la enfermedad, la posibilidad de éxito sea proporcionalmente alta y el paciente otorgue su propio consentimiento. Toda la licitud de la terapia médica y quirúrgica está basada en este principio.

El principio de libertad y responsabilidad. La libertad es fuente del acto ético, pero debe hacerse cargo responsablemente de la vida propia y de la de los demás. No es lícito suprimir la vida, incluso la propia, en nombre de la libertad, porque la vida es el fundamento de la misma libertad.

Tampoco es lícito intervenir sobre la persona de otro, incluso en sentido terapéutico, sin el consentimiento del sujeto, consentimiento explícito o, cuando sea el caso, consentimiento presunto.

El principio de solidaridad y subsidiariedad. Expresa tanto el vínculo cuanto la responsabilidad que existe entre todos los hombres. La dignidad de la persona y su dimensión comunitaria llevan inevitablemente a afirmar que cada uno es corresponsable del bien de cualquier otro, superando con ello tanto el colectivismo como el individualismo. El principio de socialización debe ser entendido e integrado en el sentido de la subsidiariedad que implica el respeto de las capacidades operativas del sujeto en particular y de los grupos intermedios, pero también el deber de socorrer más a quien más lo necesita. Este es un punto de capital importancia para los problemas de la cooperación internacional.

Tales son los principios que a nuestro juicio deben guiar la prevención y las intervenciones en las catástrofes. En ellos se basa la creciente responsabilidad ética del hombre, de la que hablábamos antes. De esta manera, nos resulta más fácil abordar ahora en los siguientes párrafos algunos aspectos particulares: *a)* individualización de los riesgos y de las posibilidades operativas; *b)* algunas cuestiones éticas; *c)* el deber de respetar el cadáver.

Individualización de los riesgos y de las posibilidades operativas

La individualización de los riesgos presentes en una región determinada es premisa indispensable para preparar un plan eficaz de prevención y/o de intervención. Es posible identificar las zonas del territorio de más alto *riesgo sísmico*, estudiar las situaciones de desequilibrio *hidrogeológico* actual o la posibilidad de que éstas se manifiesten con ocasión de un evento sísmico. Así también, con el estudio de los cursos de agua, de los canales, de los diques, se pueden localizar las zonas del territorio en las que el *riesgo de inundación* es mayor.⁴ Un tercer tipo de riesgo es el que se debe a la *contaminación química*. Sobre todo las instalaciones industriales deberán ser objeto de mayores controles. Aquí recordaremos solamente que una sustancia perjudicial puede ser producida durante la

transformación de productos inocuos. En cuanto a los laboratorios en los que se manipula material genético, se recurre a una reglamentación y a controles severos, por la posibilidad de que se produzcan *bacterias* y *virus modificados*, ante los cuales podría sentirse indefensa la humanidad. El *riesgo de contaminación nuclear* está vinculado no sólo a las instalaciones presentes en el territorio, sino también a los barcos de propulsión nuclear, a los depósitos de combustible nuclear gastado, a los transportes por carretera, a los usos médicos e industriales de material nuclear, etcétera.

La documentación sobre el territorio y sobre los altos riesgos debe guiar la localización de todas las posibilidades operativas del mismo territorio, abarcando no sólo la búsqueda de hombres, sino también y sobre todo de medios especiales, de tecnologías particulares, de conocimientos técnicos, de posibilidades de alojamiento, etcétera. Por ejemplo, por lo que a la organización sanitaria se refiere, se debería tener actualizada continuamente la lista de hospitales y clínicas, de los edificios destinados a hospitales provisionales, de los médicos disponibles en tareas de auxilio indiferible, de las enfermeras, de las ambulancias, de los choferes, de los voluntarios de protección civil, así como el conocimiento de las disponibilidades sanitarias de las Fuerzas Armadas o de la Cruz Roja.

Es importante hacer notar que, aunque los centros operativos sean numerosos, el órgano de coordinación en un territorio determinado habrá de ser único.

Todo esto no sólo permitirá reducir al máximo el intervalo de tiempo entre la verificación del evento calamitoso y la intervención de socorro, sino mejorar también la calidad de la ayuda.

Consideración aparte merece la posibilidad de una guerra nuclear generalizada, que además de destruir directamente a una parte considerable de la humanidad, por la onda de presión de las explosiones, la intensa luz y los calores producidos, así como los feroces huracanes de humo y gases tóxicos, causaría durante muchos meses —según la opinión de estudiosos autorizados— el oscurecimiento del sol y una notable reducción de la temperatura sobre la tierra. En el mordisco de este llamado «invierno nuclear» es verosímil que se verifique la extinción definitiva de muchísimas formas de vida vegetal y animal, incluida la especie

humana. Los sobrevivientes presentarían, en diverso grado y en combinaciones diversas, lesiones sobre todo traumáticas, quemaduras y enfermedades por radiaciones.⁶

Una primera consideración es que las zonas más afectadas serían inaccesibles durante muchos días para las eventuales brigadas de socorro, ante el nivel prohibitivo alcanzado por las radiaciones: por esto, para un gran número de heridos no habría posibilidad de recibir algún tipo de auxilio. Además, la catástrofe nuclear destruiría en un alto porcentaje no sólo a los hombres de los centros operativos, sino también estructuras como hospitales, depósitos de medicinas, ambulancias, etcétera. El número de médicos, enfermeros y demás personal sanitario resultaría insuficiente para tanta necesidad. En la práctica, podría verificarse la hipótesis de la imposibilidad de organizar incluso las formas más elementales de socorro.

La medicina de las catástrofes⁷ tiene como tarea ilustrar todas las posibles consecuencias de una explosión nuclear: la mortalidad aguda por radiación, la gravedad de las quemaduras y de los traumas, las consecuencias inmunológicas, la previsible incidencia de cáncer, las consecuencias genéticas y las consecuencias psicológicas.⁸

Esto contribuirá ciertamente a una mayor responsabilización de los gobiernos, para que se busque el objetivo de la reducción, hasta llegar a la destrucción, de todos los arsenales atómicos.⁹ Es inútil recordarlo: la eventualidad de una guerra nuclear está en manos de pocos hombres, y la locura o el orgullo de uno solo podría decidir el holocausto de toda la humanidad. Todo ello resulta simplemente "inconcebible".

En todo caso, el riesgo de desastre nuclear no está ligado sólo a las armas atómicas. Por esto, también la construcción de centrales nucleares, consideradas por muchos como indispensables para las necesidades energéticas de la sociedad, plantea a la conciencia del hombre un juicio sobre la licitud o ilicitud de la utilización de la energía nuclear, con relación a los riesgos que comporta.

A parte del riesgo de la localización de una central sobre un terreno sujeto a terremotos o a fallas o en las inmediaciones de un aeropuerto, de polígonos militares, de bosques, de depósitos de carburante o de polvorines (por la posibilidad de incendios, riesgo por fortuna casi nulo),

hay que considerar ante todo la posibilidad de que los sistemas de seguridad no funcionen por error de una computadora o del hombre, por interrupción de la corriente eléctrica o por ruptura del sistema de refrigeración: en este caso, la central podría explotar, con la consiguiente emisión de radioactividad.

Por otra parte, el reactor, aunque esté blindado, pierde siempre una cierta cantidad de radiaciones. Y, también, el previsto vertido de las escorias radioactivas, aunque se depositen en "sitios" seguros como yacimientos antiguos de sal gema o en estratos geológicos estables y profundos, en fosas marinas o bien en tubos de vidrio revestidos de acero inoxidable, hipoteca el futuro del hombre, en cuanto que las escorias se mantienen activas durante miles de años emitiendo radiaciones, y luego por diversas causas puede verificarse la ruptura de los contenedores.¹⁰

Las consecuencias biológicas sobre el hombre son bastante conocidas y fácilmente imaginables. Baste pensar sólo en las neoplasias y las alteraciones genéticas que las radiaciones pueden provocar.

En la sociedad contemporánea, la lógica de la producción económica induce a menospreciar los riesgos relacionados con ese desarrollo. Indudablemente hay que tener en cuenta el desarrollo económico, pero en primer lugar es necesario "salvaguardar la salud del hombre".

Al dirigirse Juan Pablo II en 1980 a los médicos, decía: "La verdad es que el desarrollo tecnológico, característico de nuestro tiempo, experimenta una ambivalencia fundamental: mientras que, por una parte, permite al hombre empuñar su propio destino, lo expone, por otra, a la tentación de sobrepasar los límites de un razonable dominio sobre la naturaleza, poniendo en peligro la misma supervivencia y la integridad de la persona humana".¹¹

Algunas cuestiones éticas

Los medios de socorro pueden ser insuficientes sólo temporalmente en las primeras horas del desastre, o bien ser inadecuados justamente en el momento oportuno, por la amplitud de la catástrofe o por incapacidad e

imposibilidad de programar los planes de emergencia debidos.

El imperativo ético es salvar a todos sin distinción alguna, en el más breve tiempo posible y recurriendo a todos los medios disponibles.

Puede acaecer, sin embargo, que sobre todo en las primeras horas sea prácticamente imposible prestar todos los cuidados necesarios sólo a un número reducido de personas. En este caso se habrá de dar prioridad a las personas que corren un inmediato peligro de la vida, según los principios que antes recordábamos. No es lícito abandonar a un anciano en peligro de muerte para curar a un niño o a un joven adulto que, aunque heridos, no corren ese peligro inmediatamente.

Pongamos ahora el caso de que todos o la mayor parte de los individuos se encuentren en peligro de muerte. ¿Es lícito entonces tratar de salvar primero a los niños y las mujeres y al último a los ancianos y discapacitados? Recordemos a este propósito, una vez más, que la dignidad de la persona humana es idéntica en todas las fases de la vida y en todas las condiciones. En este caso los medios de auxilio deberían actuar indistintamente, respetando al propio tiempo la voluntad de quien deseara anteponer la salvación ajena a la suya.

Subsisten algunas dudas acerca de la licitud o no de ofrecer la posibilidad de salvación, antes o solamente, a las personas con mayor esperanza de supervivencia. Por ejemplo, se nos pregunta si es lícito ofrecer los medios de reanimación a una persona que tendría más posibilidades de supervivencia respecto de otra en condiciones gravísimas. De hecho no se puede quitar el sostén vital a quien lo está aprovechando para dárselo a otro; si en cuanto a quien se puede ofrecer primero el único medio disponible, algunos sostienen que se debe regir según el principio de la prioridad temporal (el primero que se encuentra); otros afirman la necesidad de actuar según el principio "terapéutico" de quién se puede aprovechar más y con más posibilidades de salvación.

El deber de respetar al cadáver

El respeto al cadáver se manifiesta a través de la conservación y la protección de los restos humanos en su integridad, o incluso mediante las

honras fúnebres. Complementario de este aspecto positivo está también un aspecto pasivo, que consiste en evitar por parte de los vivos procurar un perjuicio o bien una ofensa al cadáver antes y después de la sepultura, o a las cenizas después de la incineración.

Desde el momento de la muerte, el cuerpo humano deja de ser un elemento de la persona humana. Se vuelve cadáver, una "cosa sagrada". Se pierde la personalidad ontológica y jurídica y sus atributos. El respeto deriva entonces de la dignidad que se reconoce a la persona humana en vida. Ese cadáver, inanimado y rígido, que reviste para todos un carácter religioso y más aún para los cristianos en cuanto que creen en la resurrección, no podrá por tanto ser utilizado para fines económicos o patrimoniales. Es, sí, una cosa, pero *extra-commercium*, impropia para convertirse en objeto de negocio jurídico-económico.

La utilización de cadáveres para eventuales trasplantes deberá de todos modos seguir las normas éticas propias del trasplante de órganos o tejidos en el hospital: la catástrofe eventual o el anonimato del cadáver no autoriza un comportamiento diferente. No obstante, a efectos de evitar infecciones es lícita la cremación.

Conclusiones

Ya hemos aludido a la necesidad de individualizar los riesgos y las posibilidades operativas. Añadamos aquí otra reflexión. Ante todo, es importante que se constituya un grupo de trabajo permanente para cada región: de este modo es posible no sólo establecer de una vez para siempre la lista de los riesgos previsibles como causa de catástrofe, sino tener siempre actualizada esa lista identificando nuevos riesgos, incluso antes de su manifestación objetiva. Se trata de un trabajo comprometido, porque no sólo hay que catalogar los riesgos, sino estudiar también todas las combinaciones posibles, adelantando propuestas válidas para la conducta a seguir, elaborar la organización de ayudas nacionales e internacionales y establecer o fomentar cursos de formación no sólo para especialistas, sino también para las poblaciones a todos los niveles. Este último aspecto no es de importancia secundaria. Piénsese en una

población instruida sobre una determinada catástrofe: ciertamente podrán limitarse los daños y mejorarse las ayudas. La misma *medicina de las catástrofes* se ha venido configurando en los últimos años como nueva disciplina médico-quirúrgica.¹² Igualmente importante es la formación ética tanto para la prevención como para los valores de solidaridad.¹³

Son estos aspectos particulares los más comunes que se pueden presentar, pero no pretendemos cerrar el panorama de la casuística.

Referencias bibliográficas

¹ LOMBARDI VALLAURI, L., *L'impatto della tecnologia sulla vita e sulla autopercezione*, Milán: Vita e Pensiero, 1987: 40-64. Véase también SGRECCIA E., *Bioetica e tecnologia*, en *Manuale di Bioetica*. Milán: Vita e Pensiero, 1988: 507-525.

² GAUDIUM ET SPES, *La construcción de la comunidad internacional*. En *Documentos del Vaticano II*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos, 1975: 287-294. Véase también Pío XII, *A los participantes en la Asamblea Mundial de la Salud* (27 de junio de 1949). En: *Discorsi ai medici* (a cargo de F. Angelini). Roma: Orizzonte Medico, 1961: 107-112.

³ JUAN XXIII, Encíclica *Pacem in Terris* (1963). En: *Ocho grandes mensajes*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos, 1979: 246-250.

⁴ LUGLI L., MANFREDINI A., *Difesa delle società dalle calamità naturali nel bacino del Mediterraneo*. Roma: ed. Autonomie, 1982.

⁵ Cfr. AA. VV., *Protezione civile: enti locali e volontariato*. A cargo de la Fondazione Emanuela Zancan, Padua, 1983; AA. VV., *Enti locali e volontariato per una educazione alla protezione civile*. A cargo de la Fondazione E. Zancan, Padua, 1984.

⁶ AA. VV., *Le implicazioni mediche e sociali della guerra nucleare* (a cargo de F. Biasia). Padua: ed. GB, 1988. Véase también CLARKE R., GUNN S. W., *Attacco alla città. Rapporto della commissione Glawars*. Palermo: ed. Guida, 1987.

⁷ GUNN S. W., *La médecine des catastrophes: une nouvelle discipline medico-chirurgicale*. Hel. Chir. Acta 1985, 52: 11-13; MANNI C., *La medicina dei disastri: passato, presente e futuro*. Dolentium Hominum 1986, 3: 33-47.

⁸ GIST R., LUBIN B. (eds.), *Psychological Aspects of Disaster*. Nueva York: Wiley, 1989. Véase también BEVERLEY R., *Psychological Care*. En: *When Disaster Strikes. How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. Nueva York: Basic Books, 1986: 245-290.

⁹ HEYER R. (ed.), *Nuclear disarmament. Key Statements of Popes, Bishops, Councils and Churches*. Nueva York: Pauling Press, 1982; TORNETTA V., *Deterrenza nucleare e morale cristiana*. Bari: Laterza, 1987.

¹⁰ DE FILIPPIS V., ROMAGNO D., *Centrali nucleari ed inquinamento ambientale: responsabilità del medico nei confronti della presente e delle future generazioni*. Ospedale Miulli 1987; 2: 7-16. Véase también LATTUADA A., *Il problema della deterrenza nucleare*. La rivista del clero italiano 1989; 10: 689-699.

¹¹ JUAN PABLO II, *A los participantes en dos Congresos de Medicina y Cirugía* (27 de octubre de 1980). En: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*. Libreria Editrice Vaticana 1981; III (2): 1007.

¹² Por lo que a Europa se refiere, indicamos el Centro Europeo para la Medicina de las Catástrofes, establecido oficialmente el 27 de noviembre de 1986, dependiente del Consejo de Europa y con sede en la república de San Marino. Se conoce con la sigla italiana y francesa de CEMEC y es una de las principales organizaciones internacionales dedicadas a la enseñanza y capacitación de la *medicina de las catástrofes*. Cfr. a este propósito MANNI C., GUNN S. W., *Il Centro Europeo per la Medicina delle Catastrofi*. Federazione Medica 1989; XLII: 347-348. Entre las varias publicaciones del CEMEC, señalamos los volúmenes *Prime misure di soccorso sanitario sul luogo e durante il trasporto* y *Ustioni di massa e organizzazione dei soccorsi*, los cuales recogen las actas del II Curso Internacional sobre la Medicina de las Catástrofes celebrado en San Marino del 17 al 19 de octubre de 1988.

¹³ MOCALISTER-SMITH P., *International Humanitarian Assistance. Disaster Relief Actions*. En: *International Law and Organisation*. Dordrecht: Nijhoff, 1985; PARR A. R., *Disasters and Disabled Persons: an Examination of the Safety Needs of a Neglected Minority*. Disasters 1987: 148-154; FOSTER HAROLD D., *Disaster Planning: the Preservation of Life and Property*. Nueva York: Springh-Verlag, 1980.



El doctor Pean preparando una intervención quirúrgica en el Hospital St. Louis, H. Cervex, Asistencia Pública de Paris.