

Medicina y Ética



Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

VOLUMEN XXII NÚMERO III 2011 / 3 JULIO - SEPTIEMBRE ISSN 0188-5022

El trasplante renal entre pacientes vivos desconocidos: reflexiones biojurídicas

Claudio Sartea

Incapacidad de alimentación e hidratación autónoma: una confrontación entre el neonato, el lactante y el sujeto en estado vegetativo

Daniele De Luca, Andrea Viridis, Maria Luisa Di Pietro

De la moral médica a la bioética clínica

*Antonio G. Spagnolo, Nunziata Camoretto,
Dario Sacchini, Roberta Minacori*

Objeción de conciencia en salud

*Antonio G. Spagnolo, Marina Casini,
Fabio Persano, Emma Traisci*

Medicina e Morale y el aborto

Adriano Bompiani

Propaganda bioética

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac, México Norte

Centro Di Ateneo Di Bioetica
Facoltà di Medicina Chirurgia "Agostino Gemelli"
Università del Sacro Cuore Roma

**Facultad de
Bioética**

Red de Universidades
Anáhuac

MEDICINA Y ÉTICA

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

Dirección y Administración:
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac
Huilquílucan, Edo. de México, C.P. 52786
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7205 y 7146)
Email: ehamill@anahuac.mx

Dirección y Redacción en Roma, Italia:
Centro di Ateneo di Bioética Facoltà di Medicina Chirurgia "Agostino Gemelli"
Università del Sacro Cuore, Roma
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

Distribución:
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac

México: 200 pesos; América Latina: S80 U.S. Dls;
Otros países: S80 U.S. Dls.

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

[039 0793] Porte pagado.
 Publicación periódica.
 Registro 0390793.
 Características 210451118.
 Autorizado por SEPOMEX.

La Revista *Medicina y Ética* aparece citada regularmente en los siguientes índices:
The Philosopher's index, Latindex y Red Al y C.
The Journal of *Medicina y Ética* is indexed in: *The Philosopher's index, Latindex and Red Al y C.*

3

VOLUMEN XXII NÚMERO 3 JULIO-SEPTIEMBRE DEL 2011

MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

Italia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Lorenzo Ornaghi, Luigi Alici, Leonardo Antico, Sergio Belardinelli, Adriano Bompiani, Carlo Cafarra, Ignacio Carrasco de Paula, Carlo Casini, Numa Cellini, Roberto Colombo, Francesco D'Agostino, Giuseppe Dalla Torre, Maria Luisa Di Pietro, Luciano Eusebi, Maurizio P. Faggioni, Luke A.J. Gormally, John Haas, Gonzalo Herranz, Michele Lenoci, Gonzalo Miranda, Hugo O.M. Obligio, Laura Palazzani, Edmund D. Pellegrino, Adriano Pessina, Angelo Serra, Antonio G. Spagnolo, Dionigi Tettamanzi, Patricio Ventura-Juncá, Juan de Dios Vial Correa, Enrique Villanueva, Dietrich Von Engelhardt, Helen Watt.

México

Director responsable: Dr. Óscar J. Martínez González

Director: Mtro. Carlos Lepe Pineda

Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel

Traductor: Lic. Jesús Quiriarte

Composición tipográfica: Paideia Empresarial

Comité Editorial: Dr. Evandro Agazzi, Dr. Rafael García Pavón,

Dr. Javier Marcó Bach, Dra. Myriam Altamirano Bustamante, Dr. Ramiro Alonso Pando,

Dr. Samuel Weingerz Mehl, Dra. Lourdes Velázquez González.

ÍNDICE

Editorial	209
El trasplante renal entre pacientes vivos desconocidos: reflexiones biojurídicas <i>Claudio Sarlea</i>	215
Incapacidad de alimentación e hidratación autónoma: una confrontación entre el neonato, el lactante y el sujeto en estado vegetativo <i>Daniele De Luca, Andrea Viridis, María Luisa Di Pietro</i>	245
De la moral médica a la bioética clínica <i>Antonio G. Spagnolo, Nunziata Camoretto, Dario Sacchini, Roberta Minacori</i>	263
Objeción de conciencia en salud <i>Antonio G. Spagnolo, Marina Casini, Fabio Persano, Emma Traisci</i>	291
<i>Medicina e Morale</i> y el aborto <i>Adriano Bompiani</i>	307
Propaganda bioética <i>El premio Nobel a Edwards</i>	343

EDITORIAL

Este tercer número de nuestra Revista presenta al lector artículos de novedad editorial, una reflexión de lo que es la metodología y la epistemología de la Bioética; así como lo que la publicación Medicina e Morale ha realizado en el tema del aborto.

Parecen temas desligados entre sí, pero básicamente muestran la transdisciplinariedad de la Bioética. En ella, de múltiples disciplinas, surge una nueva, y aunque existan trazas de las áreas del conocimiento que la fundamentan, el producto inteligible es novedoso. Por ello en Bioética no basta hablar de un elenco de temas, aunque obviamente en una publicación periódica se traten varios temas; sino que hay que tratar dichos temas con una metodología en la que se explique el problema y se describan los aspectos científicos, jurídicos, y/o sociales involucrados con él. Posteriormente aquellos se analizan respecto a los principios éticos y a la jerarquía de valores que surgen de una antropología y, finalmente, se llega así al juicio ético respecto del problema planteado. Nuestra Revista parte de la Antropología personalista ontológicamente fundada, aunque los autores de cada artículo son responsables de su opinión.

La reflexión biojurídica en materia de trasplantes es siempre un problema vigente, máxime si se trata de donantes vivos, como es el caso de los órganos pares. Por ello Claudio Saratea, un connotado jurista recientemente invitado a México, presenta un artículo sobre este tema, enfocándose en los donadores desconocidos en el trasplante renal.

El debate sobre la eutanasia, y las presiones que prácticamente todos los países del mundo tienen para su despenalización, se ve reflejado en múltiples situaciones clínicas. Una de las más cruentas es cuando el paciente no es apto para luchar por su vida, o su capa-

cidad vital está muy disminuida. Esta situación se refleja en un muy interesante y creativo análisis comparativo entre el neonato, el lactante y el paciente en estado vegetativo, en lo concerniente a su autonomía en cuanto a alimentación e hidratación. Este artículo, de De Luca *et al.*, es un ejemplo de la argumentación en Bioética.

Se publican así mismo dos artículos de A. Spagnolo y colaboradores, que son un ejercicio sobre la metodología en la Bioética. Son ambos muy útiles para entender la epistemología de la Bioética y sus nuevos aportes, en relación a la experiencia personal de la ética, y a su aplicación científica en la Clínica. Igualmente el tema de la objeción de conciencia, que sigue siendo hoy en día uno de los puntos clave para la defensa del médico, y casi su único derecho fácilmente evidenciable desde el punto de vista legal. En este artículo se expone la trayectoria histórica de la objeción de conciencia, y por ello constituye un “clásico” para todo estudiante de Bioética.

Por último, el tema que hace referencia directa a la trayectoria de la Revista Medicina e Morale, de Adriano Bompiani, es un artículo de revisión de esta única fuente, pero resulta toda una experiencia para un trabajo de investigación sobre el tema del aborto, y como ejemplo de excelencia sobre lo que constituye un artículo de revisión.

Por su interés en los medios, se publica además la editorial que sobre el tema del Premio Nobel a Robert Edwards publicó Medicina e Morale. Es importante analizar lo que los medios de comunicación social promocionan, ya que esto será la idea que la población general aceptará como propuesta de vida. Al menos la ciencia debería ser neutra. Ésta reflexión puede iluminar la conciencia.

*Dra. Martha Tarasco Michel MD. PhD.
Profesora y Coordinadora del Doctorado
Investigadora y Coordinadora del IHCS
Coordinadora Editorial de Medicina y Ética
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac México Norte*

Criterios para los colaboradores de “Medicina y Ética”

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

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

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

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

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

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

**Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Dra. Martha Tarasco Michel, Coordinadora Editorial
Apartado Postal 10 844
C.P. 11000, México, D.F.
Email: mtarasco@anahuac.mx**

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

El trasplante renal entre pacientes vivos desconocidos: reflexiones biojurídicas

Comentario al Parecer del Comité Nacional para la Bioética sobre “La donación renal de paciente vivo a persona desconocida ” (llamada donación samaritana), del 23 de abril de 2010

*Claudio Sartea**

Resumen

Esta contribución analiza el reciente Parecer del Comité Nacional para la Bioética (CNB) italiano, que se ha expresado en sentido favorable sobre la donación de riñones entre sujetos vivos no consanguíneos ni afectivamente ligados. Luego de haber reseñado la legislación italiana en materia y el precedente más relevante del mismo CNB, el artículo examina las principales críticas de tal práctica desde el punto de vista antropológico, ético y jurídico.

Summary

The kidney transplant form unrelated living persons: biojuridical reflexions

This article analyzes the recent Document of the Italian Committee of Bioethics, which has opened to the donation of kidneys

* Investigador de Filosofía del Derecho, Facultad de Jurisprudencia, Universidad de los Estudios de Roma “Tor Vergata”, Roma; Docente de Bioética y Bioderecho, Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad “Campus Biomédico”, Roma (E-mail: claudio.sartea@gmail.com).

form unrelated living persons and neither emotionally. After the review of Italian law on this matter, and after reading the previous Document of the same Committee on this, the article examines the main critical questions that this practice raises, in terms of anthropological, ethical and legal aspects.

Palabras clave: trasplante de riñón, principio de indisponibilidad, don.
Key words: kidney transplant, principle of unavailability, gift.

Introducción

En Bioética sucede con cierta frecuencia que situaciones de limitado, e incluso limitadísimo relieve estadístico, provoquen discusiones que tienen una tasa de problemáticas conceptuales muy elevada. Son los casos en los cuales la especial consistencia moral de una determinada práctica, si bien rarísima en la realidad de los comportamientos humanos, obliga a tomarla en seria consideración, en unos casos por su extraordinaria fuerza positiva, en otros, en cambio, por el inquietante efecto que provoca en los observadores expertos o en el sentir de la gente.

A este número de fenómenos, y de objetos posibles de estudio bioético y biojurídico, creo que se pueda adscribir la donación de riñón entre pacientes. Se trata de una práctica de hecho ignorada por la opinión pública italiana hasta hace pocos meses, y que de por sí incide poco en el plano clínico: incluso en los países en donde esta práctica es conocida y regulada sin dificultad o límites, permanece como una práctica cuantitativamente marginal, aún frente a las crecientes presiones derivadas del incremento de la demanda. La fuente de órganos para trasplante y, en particular de riñones, son siempre prevalentemente los cadáveres;¹ en segundo lugar los vivos consanguíneos; en tercer lugar, con números drásticamente inferiores, los sujetos “afectivamente ligados” al receptor (la gran mayoría de los cuales está constituida por los esposos), y sólo en situaciones extremas, normalmente admitidas como último recur-

so, una persona viva desconocida, cuyo anonimato se apremia por asegurar.

A primera vista, parece que se deba concluir que a condición que no exista un daño cierto y previsible para el donador, semejantes prácticas serían no sólo aprobadas, sino de ser posible fomentadas, sin incurrir en un efecto perverso, por ser no deseado, “coercitivo”: la donación de un doble órgano de una persona viva es acto heroico y ciertamente supererogatorio, no puede ser por tanto en ningún modo impuesto; si bien es fomentado, ya sea porque responda a una lógica solidaria que todos deseamos implementar en nuestras sociedades democráticas e igualitarias, así como objetivamente coopera a acelerar el neto mejoramiento de vicisitudes sanitarias frecuentemente dramáticas que implican a pacientes en espera de un indispensable trasplante.

Como sucede usualmente en bioética, es sin embargo necesario ir más allá de las primeras impresiones y profundizar, con un pensamiento atento y crítico, en las implicaciones de las prácticas propuestas: podrá entonces suceder que emerjan dificultades inicialmente ocultas o minusvaloradas. El principio de indisponibilidad de la vida y la conexa tutela de la integridad corpórea; los riesgos crecientes de una perspectiva alienada del cuerpo y de su consiguiente comerciabilidad; el nexo constitutivo yo-soma; la relevancia bioética y biojurídica de los lazos afectivos y en modo del todo particular del vínculo familiar (tanto aquel de consanguineidad, como, a su modo, el conyugal); la naturaleza propia del don interpersonal: son estos los principales puntos problemáticos y de extremo contenido incluso simbólico, que en el proseguir de esta reflexión pretendo poner en evidencia como emergidos de las exigencias del Parecer del Comité Nacional para la Bioética (en adelante CNB) aprobado el pasado mes de abril, y de las primeras críticas que él ha recibido.

La tesis de la presente contribución provisoria, mientras el debate va intensificándose y ya se configura su relieve político,² es doble: por una parte, del lado de las cuestiones generales (éticas,

bioéticas y sociales), quiero sugerir reflexión y prudencia en razón de las múltiples críticas que la práctica en estudio parece ser capaz de evidenciar; por otra parte, en la específica vertiente biojurídica, sufragar las objeciones de cuantos desaconsejan la expresa legalización (y la previsible incitación socio-cultural que siempre, indiscutiblemente, sigue a las legislaciones aún sólo permisivas, en cuanto de por sí paradigmáticas).

A nivel terminológico es necesario desde ahora señalar la censura lingüística con la cual introduce la “Nota” que el Centro del Ateneo de Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore, dirigido por Adriano Pessina; ha derivado inmediatamente después de la aprobación del Parecer del CNB. En ella es subrayada la inoportunidad del recurso a la expresión “samaritana”: aún cuando pueda resultar eficaz desde un punto de vista de *slogan*, es ciertamente del todo impropio aproximar la realidad de la donación de órganos en cuestión con la actividad del personaje descrito en la parábola dada a conocer por el evangelista Lucas.³ No hay duda que el “buen samaritano” del cual habla el Evangelio, se ha vuelto rápidamente el símbolo encarnado de una dedicación a los demás desinteresada y fundamentalmente en contraste con tradiciones comportamentales de matriz religiosa, étnica o política, cuya hipocresía e inadecuación desenmascara límpidamente su ejemplo. Y sin embargo no se puede soslayar –incluso es decisivo precisamente para entender el sentido profundo de la parábola de Jesús– que este personaje instaura una relación profundamente personal con la víctima inocente de los asaltantes, encontrada agonizante al margen del camino que baja de Jerusalén a Jericó: las expresiones del evangelista son en ese sentido inequívocas.⁴ El paradigma del amor caritativo propuesto por la parábola evangélica, por tanto, no va en la dirección de una filantropía universal y por tanto genérica,⁵ sino remarca con fuerza el carácter siempre interpersonal, directo, concreto, de la virtud teológica cristiana, que todas las virtudes abarcan, sintetizan y perfeccionan.⁶ Sobre el plano de la reflexión racional,

veremos cómo estas aclaraciones ayudan también a acercar con más realismo el hecho del cual se ocupa el Parecer del CNB.

Es necesario efectuar aquí, otra observación preliminar siempre sobre el plano terminológico. Ella se refiere a la utilización del término “don” o en clave jurídica, “donación”: también éste aparece bien visto, impropio y forzado, ya que pone como obvio, o de algún modo descontado, precisamente aquello que se trata de verificar, es decir, la idoneidad para encontrar una coherente disciplina normativa de la práctica en cuestión (el ofrecimiento público, aunque necesariamente anónimo de riñón para el trasplante a favor de pacientes desconocidos). En particular, como se verá más adelante, según algunos autores resulta problemático encuadrar tales actos según los esquemas antropológicos del don, en modo que la semántica que la terminología comúnmente empleada evoca, no coincide con la realidad que es llamada a describir.

Ocasión y finalidades del Parecer

Quien ha solicitado la intervención consultiva del Comité Nacional para la Bioética, ha sido, el Subsecretario de la Presidencia del Consejo de Ministros, el cual, en una carta que ha sido publicada entre los apéndices del Parecer el 19 de febrero de 2010, en síntesis pone en evidencia la actualidad del fenómeno de la “disponibilidad a donar en espíritu de absoluta gratuidad un riñón” por sujetos vivientes y “sin pretender indicar un específico receptor”. El Subsecretario, al solicitar el pronunciamiento del CNB sobre estas situaciones, remarca así mismo la diferencia respecto a aquellas sobre las cuales el Comité había precedentemente tenido modo de expresarse, así, en 1997 dio su propio Parecer acerca de “El problema bioético del trasplante de riñón de un viviente no consanguíneo”. La carta recuerda también el criterio esencial individualizado por el CNB en el Parecer de 1997, según el cual la legitimidad bioética de la práctica quedaba subordinada a la subsistencia, verifi-

cable, de una relación al menos afectiva entre donador y receptor: cuanto basta, se podría observar, para sugerir alguna perplejidad si no precisamente oposición en relación de las nuevas formas de ofrecimiento a favor de extraños. E incluso, el Subsecretario agrega que “considerando el notable número de años desde entonces transcurridos, el indudable progreso de la medicina de los trasplantes, las diversas experiencias que se han tenido en otros países, así como la nueva y hasta hoy imprevista perspectiva bioética en la cual se ha determinado el ofrecimiento de los “donadores samaritanos”, no resultaría superfluo e incluso “se considera oportuno que el *Comité Nacional para la Bioética* vuelva a expresarse a este respecto, individualizando los puntos críticos de esta nueva situación y actualizando el precedente Parecer, en los límites en los cuales lo considerase necesario”.

Como se deduce de las palabras de presentación del Parecer firmadas por el actual Presidente del CNB, Francesco Paolo Casavola, el nuevo documento se separa de la impostación precedentemente preferida por el mismo órgano consultivo, considerando “por una gran mayoría” que “la donación samaritana sea legítima, dado que se trata de un acto supererogatorio, como tal éticamente apreciable por el motivo solidario que lo inspira y que no implica riesgos mayores, del punto de vista médico, para el donador viviente de aquellos que están presentes en el ámbito de las otras formas de obtención de riñón *ex vivo*”. Aún con esta premisa de general *favor* para esta práctica, el CNB ya desde la presentación del Presidente indica luego numerosos límites y condiciones a su plena admisibilidad bioética: el carácter no sustitutivo de tal forma de aprovisionamiento del órgano respecto a aquellas más conocidas de cadáver y “viviente consanguíneo o afectivamente ligado”; la imposibilidad de pretender sobre el plano moral y con mayor razón sobre el plano jurídico esta obtención (indicación que parece superflua una vez subordinado el juicio de admisibilidad al carácter supererogatorio de la práctica misma); la necesidad de una cuidadosa información al sujeto donante, así como la obligatoria y concomitante veri-

ficación “sobre las condiciones clínicas del donador y sobre sus motivaciones del gesto”, efectuada por terceras personas respecto a aquellos que procederán a realizar la extracción; en fin, varias cautelas inherentes al anonimato “del donador y del receptor”, con alguna sugerencia práctica dirigida a orientar al legislador que pretendiese ceñirse a la disciplina legal de este hecho en particular, disciplina que se preanuncia muy complicada. La última condición evidenciada por el Parecer es más bien paradójica, pero no nueva si se la confronta con análogas prioridades aseguradas a los otros donadores vivientes: ésta en sustancia alude a la preferencia que será necesario conciliar con los autores de semejante “acto de generosidad” en el caso “de que surja la necesidad de un riñón” por parte de ellos. Como explica la presentación del Parecer, a ello ha dado su voto la mayoría de los componentes del CNB presentes⁷ al momento de su votación final, en la sesión plenaria del 23 de abril de 2010; tres miembros, en cambio, se han abstenido y cinco han expresado voto contrario predisponiendo anotaciones críticas publicadas en el apéndice del Parecer.⁸

La situación Legislativa: Art. 5 del Código Civil y la Ley del 26 de junio de 1967, n. 458

Para encuadrar correctamente la materia en cuestión, en particular desde el punto de vista que aquí he ya declarado privilegiar, es decir el biojurídico, es necesario dar un paso atrás, tanto respecto al Parecer en cuestión, como respecto al precedente pronunciamiento oficial del CNB de 1997, yendo a verificar las disposiciones de ley en materia de donación de órganos de un viviente con fines de trasplante.

La escena legislativa italiana no está de hecho privada de normas sobre esta delicada cuestión: como evidencia el mismo Parecer, la referencia principal es la ley del 26 de julio de 1967, n. 458, titulada “Trasplante de riñón entre personas vivas”. El art. 1, fundamental

para nuestros fines de profundización, dice así: “Derogando la prohibición de la que se habla en el art. 5 del Código Civil, es admitido disponer a título gratuito del riñón con el fin de trasplante entre personas vivientes. La derogación es permitida a los padres, a los hijos, a los hermanos carnales y no carnales del paciente que sean mayores de edad, con tal que sean respetadas las modalidades previstas por la presente ley. Sólo en el caso que el paciente no tenga los parientes consanguíneos de los que se habla en el precedente párrafo o ninguno de ellos sea idóneo o disponible, la derogación puede ser permitida también a otros parientes y a donadores desconocidos”.

Un primer elemento importante que se extrae de la lectura de la norma es que la ley italiana vigente no prohíbe la práctica de la cual el Parecer del CNB se ocupa, e incluso la enumera entre las prácticas legítimas, especificándole sin embargo su carácter residual y subordinado a la inexistencia del caso concreto de las posibilidades alternativas, que han de considerarse preferibles en la mente del legislador.

Un segundo elemento relevante que se recaba del artículo referido es dado por el carácter derogatorio, y por tanto excepcional y ha de interpretarse restrictivamente de la admisibilidad legal de la práctica general de trasplante de riñón entre vivientes: Esta es tolerada en razón de su especial apreciación en una óptica solidaria, incluso si deroga un principio generalísimo que ha de considerarse fundante del ordenamiento. Este segundo aspecto es crucial en la perspectiva biojurídica, como se pondrá en evidencia más adelante.

Un tercer perfil de gran importancia está ligado a la insistencia sobre el carácter gratuito del acto disciplinado: insistencia que tiende ciertamente a colocar esta práctica a salvo de especulaciones comerciales o de tensiones dependientes del insinuarse de intereses extraños a la pura generosidad. Con la finalidad de reforzar esta protección, el art. 2 de la misma ley subraya aspectos como la necesaria mayoría de edad del donador, su plena capacidad de entender y querer así como una adecuada información acerca de “las

consecuencias personales que el sacrificio comporta”, la no imposición de condiciones, la permanente revocabilidad, la no idoneidad del acto para producir derechos del donador en relación con el receptor. El art. 6, sobre la vertiente de las sanciones, establece que “cualquier pacto privado que prevea una compensación en dinero u otra utilidad a favor del donador, para inducirlo al acto de disposición y destinación, es nulo y privado de todo efecto” (el art. 7 provee a conminar la pena para el eventual mediador).

El aparato legal aquí compendiado tiene claramente la finalidad de circundar la naturaleza excepcional de la práctica con cautelas que hagan imposible, o al menos limiten abusos y coacciones, en el seno de una actividad ya de por sí contrastante con el principio fundamental del art. 5 del Código Civil. Este, como se sabe, establece que “los actos de disposición del propio cuerpo están prohibidos cuando causen una disminución permanente de la integridad física, o cuando sean de algún modo contrarios a la ley, al orden público o a la buenas costumbres”. El criterio de la “disminución permanente de la integridad física” es muy claro, y ciertamente la extracción de un riñón, no obstante se trate de un órgano doble, constituye un ejemplo: sólo en modo excepcional es, por tanto, legítimo producir intencionalmente un semejante *vulnus*, obviamente excepto los casos en los cuales aquello sea impuesto por una necesidad de salud o incluso de supervivencia (como sucedería, por ejemplo, en el caso de la extirpación de un órgano enfermo o dañado que acarreó daño, o peligro de daño al organismo). Es así mismo claro que la previsión de una prohibición general acerca de los actos de disposición del propio ser corpóreo no puede sino responder a una lógica diversa de aquella de la mera autodeterminación, de la cual incluso descendería *de plano* la legitimación de prácticas autolesivas, hasta el suicidio (así como, coherentemente, de toda cooperación material o formal a su realización, no obstante que haya quedado a salvo la plenitud de autodeterminación del sujeto que se mutila o mata): y es oportuno preguntarse por cuáles razones el orden jurídico considera ilegítimos tales actos de dispo-

sición frente a un principio general de disposición de los bienes materiales. La intuición subsistente parece ser aquella de que el cuerpo del viviente humano no puede jurídicamente equipararse a una *res* en el sentido común del término: y es por tanto sustraído del régimen general de disponibilidad y circulación de los bienes materiales, que responde en cambio, al principio de autonomía privada que sostiene internamente toda la normatividad civil y comercial.

Incluso sin evocar la inmensa expresión de la Carta Constitucional, que en el art. 32 define la salud como “fundamental derecho del individuo *y conveniencia de la colectividad*”, basta referirse a la heterogeneidad del trato jurídico entre bienes materiales genéricos y bienes materiales pertenecientes al cuerpo humano para explicar la peculiar disciplina a la cual esta segunda tipología de bienes está sujeta en modo inderogable. El principio voluntarista, de otro modo universal por cuanto concierne al régimen de las *res*, es limitado (y por tanto, en cuanto dominante, negado) en modo que el objeto de la disposición no es un bien material cualquiera, sino el bien-cuerpo o bienes que de él son parte no regenerable (como en cambio lo son el cabello o las uñas, o, más seriamente, la sangre y la médula ósea).⁹

Quien autorizadamente ha leído esta norma a la luz de una nunca más claramente especificable “constitucionalización de la persona”, según una determinada lectura voluntarista del pensamiento de los Constituyentes, ha debido luego, consiguientemente, sostener que de este desafiado principio descende “un compromiso del Estado (que rechace debidamente tanto el utilitarismo como toda tendencia paternalista) a ocuparse a fin que se realice el pleno desarrollo y la plena actuación de la persona humana y el momento de la *libertad de decidir sobre sí mismo no puede prevalecer sobre la tutela de la integridad física*”.¹⁰ El límite principal de tal impostación, aparentemente coherente con el principio liberal-personalista que ciertamente inspira nuestra Constitución y preside en general todo el orden jurídico italiano, consiste en la cómoda objeción de naturaleza lógico-filosófica que observa cómo la tutela de la vida biológica del

individuo humano es la premisa necesaria para toda ulterior tutela de la persona. Desviarse –al menos sobre el plano de las normas generales y abstractas– en orden al principio absoluto de la tutela de la vida humana individual, implica como inevitable consecuencia el debilitamiento de las tutelas sucesivas de la persona, que a este punto queda estrechamente identificada con el individuo adulto plenamente capaz de actuar, a su vez reducido a un núcleo voluntarista único objeto de tutela por parte del derecho en cuanto única fuente de libertades negativas y positivas ejercitadas en plenitud.¹¹

Por tanto, el mismo autor continúa afirmando que “cuando, por las finalidades que lo determinan, el acto dispositivo del cuerpo tiende a la prosecución de bienes y valores constitucionalmente relevantes, la libertad de decidir sobre sí mismo prevalece sobre la tutela de la integridad física, mientras, en caso contrario, es esta última la que debe considerarse prevalente”.¹² ¿Cómo deberíamos valorar, sin embargo, la “relevancia constitucional” de un bien o de un valor en presencia del cual la tutela de la integridad física del agente es recesiva respecto a aquella de su libre disposición? Me parece muy arduo sostener que sea legítimo, o incluso obligatorio, poner en grave peligro la propia integridad o incolumidad –no digo la vida misma– por el derecho a la instrucción, que es ciertamente un bien de rango constitucional en base al art. 34; por no hablar del derecho al trabajo (por el cual incluso es el Estado quien disciplina cuidadosa y penetrantemente las obligaciones de los empresarios y generadores de empleo, precisamente con el fin de salvaguardar a los trabajadores del riesgo de accidentes), o –y aquí se caería en el ridículo– para la tutela del patrimonio paisajístico e histórico-artístico (art. 9).

Aún sin considerar la escasa consistencia reguladora y la inaceptable generalidad del criterio de relevancia constitucional, es necesario ulteriormente comprender cómo el bien de la “vida física”, al cual está estrechamente, por no decir inseparablemente, unido el bien de la “integridad física” tutelado por el art. 5 del Código Civil

también en relación con los actos dispositivos del mismo titular, es un bien estructuralmente preliminar a todo bien jurídico; ni se debe considerar esta postura como inconciliable con la defensa (ético-política, más que jurídica en sentido estricto) del martirio o, más modernamente, de la objeción de conciencia no legalizada y castigada al límite con la muerte: en tales casos, o se trata del ingreso en la esfera del derecho de motivaciones religiosas que permanecen públicamente irrefutables, o incluso nos encontramos de frente a fenómenos en los cuales el derecho entra en contradicción consigo mismo y muestra un inaceptable carácter violento.¹³

El Parecer del CNB de 1997 sobre “El Problema Bioético del Trasplante de Riñón de viviente no consanguíneo”

Como hemos tenido modo de notar, no es esta la primera vez que el CNB es llamado a pronunciarse sobre las cuestiones relativas a los trasplantes: a ellas ha tenido modo de dedicarse en ya numerosas ocasiones, según puntos de vista y reflexiones éticas más bien variadas.¹⁴ En particular sobre el trasplante entre no consanguíneos, el CNB ha aportado un elaborado Parecer provisto abundantemente por el análisis de las legislaciones vigentes en varios países europeos así como por tablas relativas a los resultados estadísticos de estas prácticas en contraste (en términos de eficacia sanitaria, de difusión social, y así sucesivamente) con las de trasplante de cadáver o de viviente consanguíneo.

En la parte de las “valoraciones bioéticas”, en aquel Parecer de la CNB –cito la síntesis que hizo el Presidente Francesco D’Agostino desde la “Presentación” –reafirmó “su profunda convicción, según la cual la donación de órgano –y en particular de viviente– aún siendo cualificada como acto supererogatorio, no puede sino gozar de un altísimo aprecio ético y bioético”; al mismo

tiempo, sin embargo, se mostró consciente “de los peligros objetivos que están inevitablemente ligados a esta práctica y que con el pasar de los años tienden ineludiblemente a aumentar, en vez de disminuir”. De aquí deriva la apelación del CNB al legislador, al deber de que asuma o siga asumiendo una postura rigurosamente prudente en el caso que se resuelva eliminar, o al menos limitar la excepción (prevista sólo para el trasplante de riñón) a la regla general que prohíbe la donación de órganos entre no consanguíneos”.

A la luz del análisis crítico-comparado de las normativas nacionales e internacionales inherentes (cuanto a las segundas, en particular de las normas de la Convención para la protección de los derechos humanos y la biomedicina, del Consejo de Europa, aprobada el 19 de noviembre de 1996), al fulcro de una eventual actualización de la legislación sobre el trasplante de riñón entre vivientes, era por tanto indicado por el CNB en el hecho que el “donador sea consanguíneo o afectivamente cercano al receptor (*emotionally related*): el donador próximo no consanguíneo puede ser el cónyuge, el conviviente estable o un amigo, del cual se pruebe el efectivo vínculo de afectividad en modo de justificar un acto altruista como la donación de un órgano propio, limitado a casos particulares”. Sobre el plano del procedimiento, este criterio esencial era, en esas circunstancias, asegurado mediante la siguiente ulterior indicación: “la documentación relativa a tal vínculo de proximidad debe ser reunida y puesta a disposición para eventuales necesidades luego de un coloquio psicológico-psiquiátrico capaz de comprobar la efectiva espontaneidad de la donación”.

La lógica seguida en aquella ocasión por el CNB aparece bastante nítida: quedando firme el principio fundamental de la indisponibilidad de la vida y, por conexión, de la integridad del cuerpo humano, y aumentando el porcentaje de seguridad técnica y de éxito de los trasplantes y en consecuencia volviéndose siempre más amplia la separación entre la demanda de órganos idóneos y su efectiva disponibilidad, la extensión de la derogación introducida por el

art. 5 del Código Civil por la ley 1967 puede ser justificada *sólo y exclusivamente* –por tanto según un criterio de excepcionalidad muy marcado– por la subsistencia verificable de una relación entre donador y receptor. El motivo de este criterio restrictivo residiría en el hecho de que son los sujetos afectivamente ligados al receptor que parecen ofrecer las mejores garantías: tanto con el fin de salvaguardar la naturaleza propia de una donación tan extraordinaria, como con el fin de asegurar la autenticidad psicológica y evitar lo más posible abusos y comercializaciones.

Por lo demás, como se observa en el Parecer, “el riesgo vinculado a la transformación de la donación en venta no es, evidentemente, intrínseco a la donación, sino está relacionado a las transacciones humanas, y también a aquellas que deberían por sí mismas ser marcadas al máximo altruismo”: pero es precisamente al orden jurídico que toca específicamente la tarea de garantizar prácticas con una alta tasa de problematicidad y de riesgo respecto a toda posible o previsible forma de degeneración.

Precisamente asumiendo el estilo del análisis médico-legal, el CNB en 1997 ponía en evidencia cómo “la reciente interpretación extensiva y preceptiva del art. 32 de la Constitución, que valora la tutela de la salud, por otra parte subordinándola a la voluntad del sujeto, puntualiza cómo toda derogación (siempre asistida por una específica norma de ley) pueda referirse sólo al sujeto interesado y no a otros, poniendo así en duda, bajo ciertos aspectos, la misma constitucionalidad de la Ley 458/1967”.¹⁵

La rápida mirada, que aquí se concluye, sobre el Parecer del CNB dado en 1997, en orden a la donación de riñón entre vivientes no consanguíneos, confirma en modo indiscutible la naturaleza del todo excepcional de la práctica y la necesidad, que parecería bioéticamente vinculante, de una relación preexistente al menos afectiva entre donador y receptor que parece constituir la mejor garantía posible de rectitud del acto contra toda posible instrumentación, especialmente comercial.

Las críticas de la Donación de Riñón a Personas Desconocidas

Críticas antropológicas y éticas

A la luz del precedente pronunciamiento del CNB sobre el cual ahora nos hemos detenido, y de las precedentes reflexiones sobre el estado del arte en materia normativa, el actual Parecer que en cambio ensancha el espectro de legitimidad bioética de la práctica suscita nuevas críticas. He decidido exponerlas en base a una sucesión más bien elemental e intuitiva, ya que los perfiles críticos sobre el plano antropológico, resultan luego influyentes sobre la ulterior reflexión bioética y biojurídica: esto no quita, por otra parte, que la perspectiva que según mi parecer resulta más definitiva obstante al ensanchamiento hipotizado, permanece aquella aplicativa (y, por tanto, tiene que ver más estrechamente con el bioderecho y sus exigencias).

Las dos notas críticas al Parecer más balanceadas sobre la vertiente teórica, es decir, aquella firmada por Francesco D'Agostino y aquella firmada por María Luisa Di Pietro, mencionando ambas el pensamiento de Kant con una cierta insistencia. En efecto, especialmente en las *Lecciones de ética* desarrolladas entre 1775 y 1781 –es decir en el inmediato período precrítico– el filósofo de Königsberg tuvo modo de reflexionar ampliamente sobre los “Deberes hacia el cuerpo”: tanto en la crítica del acto suicida, como en la presentación de los deberes primarios en relación a la propia vida, al propio estado y a los impulsos sexuales.

Como explicaba Kant a sus alumnos, “nuestro cuerpo constituye la condición absoluta de la vida, a tal punto que nosotros no podemos tener una idea de otra vida, si no es mediante nuestro cuerpo y no nos es posible usar nuestra libertad si no es sirviéndonos de él; de lo cual concluimos que el cuerpo constituye *una parte de nosotros mismos*”.¹⁶ Vuelve sobre el mismo concepto un poco más adelante, recurriendo a un diverso pero complementario argumen-

to: “Si un ser que exista por su propia necesidad no puede de ningún modo suprimirse a sí mismo, un ser cuya existencia no sea necesaria debe considerar la vida como la condición de todo lo demás”.¹⁷ Pasando luego al plano lógico y antropológico, a aquel propiamente práctico y moral, Kant en relación al suicidio como supremo acto de disposición de sí, observa críticamente que eso “suscita una aversión acompañada por el horror por el hecho de que toda naturaleza busca conservarse: un árbol golpeado, un ser viviente, un animal; ahora bien, en el hombre, debería convertirse en un principio dirigido a la destrucción de sí mismo precisamente la libertad, que es el grado supremo de la vida y aquello que le confiere valor”.¹⁸

Como es evidente, y como las mencionadas notas puntualmente recuerdan, Kant llega a aplicar tal principio de intangibilidad de la vida a cada parte del cuerpo humano considerada como proporción de un todo orgánico e indivisible: el principio, que es especialmente desarrollado en la consideración antropológica y ética del matrimonio y en la conexas prohibición de separar el sexo y la fecundad sexuales del conjunto de la personalidad moral, vale según Kant también en relación a partes menos significativas del cuerpo humano viviente, por ejemplo un diente, cuya comercialización permanece por tanto siempre prohibida.¹⁹

Aún prescindiendo de la aceptación de las tesis kantianas, es importante considerar aquí la lineal continuidad ente la concepción antropológica y las conclusiones éticas: a la cosificación del cuerpo se llega poniendo como premisa un sustancial dualismo antropológico, que luego de su necesario rechazo se llega a la inadmisibilidad de toda práctica de disposición del propio ser corpóreo.²⁰ Considerar inescindibles, en el cuerpo humano, la dimensión corpórea y la psíquica,²¹ conduce sin posibles desviaciones ni excepciones a la humanización (o si se prefiere a la personalización) plena del cuerpo viviente y de cada una de sus partes como componente de un todo orgánico. Asumido este principio guía, toda concesión a actos de disposición (actos mediante los cuales se disponga del sí corpó-

reo como si fuese un bien de propiedad del yo, es decir, diverso del yo, un objeto a disposición de un sujeto distinguible de él) permanece necesariamente como una excepción, y ha de ser balanceada rigurosamente, en el razonamiento jurídico, con adecuadas y proporcionadas razones.

Un segundo perfil antropológico, sobre el cual insiste la “Nota” del Centro de Ateneo de Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore que hemos ya mencionado, se refiere a la antropología del don. “El concepto de don comporta por su propia naturaleza la relación de persona a persona y es dictado sólo por motivaciones gravísimas y excepcionales”: es claro que esta segunda condición se refiere esencialmente a la problemática de donación de órganos entre vivientes, la primera, que aspira a un alcance más general y tiende a proveer una definición conceptual de don, amerita una particular reflexión. Se ha ya mencionado previamente que, en la perspectiva exquisitamente cristiana y evangélica, la caridad parece jugar su propia autenticidad sobre la condición de “proximidad”: es precisamente respondiendo a la pregunta sobre: “quién es mi prójimo” que Jesús elabora la parábola del Buen Samaritano. Y hemos ya considerado cuán impropio sea recurrir a tal referencia evangélica para describir las prácticas de trasplante de órganos entre vivientes *desconocidos*. Incluso fuera de un horizonte específicamente confesional, además, la ética desde siempre ha asumido una actitud crítica y racional en relación de las acciones humanas incluso más solidarias, llegando a censurar las conductas de prodigalidad, que constituirían el exceso positivo del exceso negativo de la avaricia: porque sólo en el justo medio de la generosidad está la virtud auténtica.²² Aún cuando pueda resultar muy ardua la aplicación de estos criterios de discernimiento ético a la acción de cuanto estamos aquí hablando, permanece en todo caso claro que no bastan la gratuidad y el desinterés, como cualidades formales o intencionales para garantizar completamente la bondad de un acto solidario.²³

Existe luego un perfil más profundo todavía que comprende las características específicas del don en su función de construcción del vínculo interpersonal. La idea es sumamente clásica y célebre, pero se muestra peculiarmente fecunda en nuestro discurso presente. En vista de que forma parte del amor también la amabilidad, es decir, la actitud y la disponibilidad a dejarse amar por aquellos que se aman, es muy difícil imaginar cómo pueda eso producirse cuando, a diferencia de la relación entre sujetos previnculados por lazos de sangre o existenciales, entre donante y receptor, no subsiste forma alguna de relación que no sea la común pertenencia al género humano. Aún más: la consanguinidad evoca en último análisis, y no sólo en el plano simbólico, una común pertenencia hecha de carne y de sangre, así como el lazo afectivo, tanto más si es sexualmente mediado, genera una coparticipación: dono, por tanto, una parte de mi cuerpo a una persona diferente de mí, que sin embargo al mismo tiempo es parte de mí, y no a nombre de una genérica coparticipación humana, sino en el signo de una concreta, encarnada comunión interpersonal. Asegurar la supervivencia, o incluso una mejor calidad de vida, a un semejante que es también parte de mí por las relaciones arriba mencionadas, donándole por pura gratuidad de amor un órgano mío disponible, es una cosa mucho más fácil de comprender y justificar, y por tanto eventualmente justificable bioética y biojurídicamente del proceder al mismo modo según un código de anonimato, que parece evocar la mera autosustracción de un bien, en principio indisponible.

Parece por tanto que podemos concluir sobre el perfil antropológico y ético que la mera constatación de la naturaleza supererogatoria de las prácticas analizadas no asegura en modo incontrovertible su legitimación ética: es necesario reflexionar más en profundidad sobre la característica especialísima del don de una parte del propio cuerpo, parte no negable cuya sustracción determina inevitablemente un deterioro de la integridad y la perspectiva, al menos potencial, de una disminución de la calidad de vida con incrementada exposición a riesgos de salud. La justificación de seme-

jante acto debe necesariamente confrontarse tanto con la estructura constitutiva del ser humano, y por tanto con el problema fundamental de la unidad psicosomática del individuo, como con las condiciones de una razonable disposición de parte de sí (excluyendo por principio todo acto de disposición tal que acarree un daño grave e inmediato a la salud de quien dispone).

Crítica bioética

Iluminada un poco la carga problemática, sobre el plano antropológico y ético, de la forma de donación a desconocidos de la cual se ocupa el Parecer del CNB en examen, es más simple individualizar sus principales dificultades bioéticas. Sobre el plano puramente clínico, es oportuno recordar que el trasplante no es de por sí una práctica salvavida: desde hace varios decenios se han perfeccionado técnicas alternativas que permiten, sin riesgos específicos, la supervivencia del paciente agudo, incluso por mucho tiempo. No hay necesidad de agregar que, en vista de la problemática física, psíquica y existencial que se relacionan con el tratamiento hemodialítico o de diálisis peritoneal, la vía del trasplante es ciertamente preferible: aquí el problema es sin embargo entender si, además de la obtención de órganos de cadáver, que no pone específicos problemas ni tampoco requiere precisas limitaciones normativas, más allá del consentimiento manifestado en vida,²⁴ es lícito o incluso un deber, impeler en la dirección de una extensión de vida a aquellos en espera de órganos a disposición. La diferencia es crucial: si en el caso del cadáver la entidad biológica de la cual proviene el órgano está en vías de descomposición, y no es posible imaginar para ella un futuro diverso, en el caso del viviente, la perspectiva de salud que ha de ser tomada en consideración no se refiere sólo al paciente a favor del cual se prevé efectuar el trasplante, sino también el sujeto a someter a la extracción.²⁵ Es en este orden de ideas que el CNB, en el actual Parecer, entre las indicaciones conclusivas deja también

aquella ya mencionada, a su modo paradójica,²⁶ según la cual, una vez admitida sobre el plano bioético y biojurídico esta práctica, sería necesario tener en cuenta “este acto de generosidad, en modo de traducirlo en un criterio de preferencia en las listas de espera en caso de necesidad de un riñón por parte del donador mismo”.

Aún sobre el plano del concreto cumplimiento de las prácticas en cuestión, que tiene mucho que ver con una bioética que no quiera permanecer indiferente y abstracta respecto a las vivencias de las cuales pretendería ocuparse, es necesario considerar dos problemas aplicativos para nada secundarios, de los cuales ciertamente el CNB da muestra de ser consciente, pero para los cuales no parece ofrecer una solución definitiva. El primero concierne al anonimato del donador: si es claro que buena parte de la credibilidad de las prácticas de donación entre desconocidos —y la mayor parte de los actos de tutela contra la comercialización de los órganos y la mediación— depende de la imposibilidad técnica de encontrar la identidad del donante por parte de cualquiera, y en particular por parte del receptor y de sus familiares y amigos, obtenida mediante la sinergia entre anonimato y la marcada configuración publicista de la práctica, es necesario reconocer que tal condición es muy difícilmente alcanzable y verificable en el concreto contexto del procedimiento clínico de trasplante: no sólo se desarrollará en la mayor parte de los casos en el mismo hospital, y como quiera en un restringidísimo margen espacio temporal (para asegurar la vitalidad del órgano); además, muy frecuentemente será necesario acceder previamente o *a posteriori* a la generalidad al menos biológica del donador para verificar la histocompatibilidad y reconstruir una genealogía completa, para eventuales actividades diagnósticas sucesivas.²⁷

Existe luego la ulterior problemática ético-clínica de los criterios de colocación de los riñones obtenidos de donadores anónimos: la *call for proposal*, evocada por ejemplo en la nota de R. Colombo como criterio de solución,²⁸ no parece en realidad decisiva en los casos de trasplante como estos, que no representan normalmente prácticas salvavida.²⁹

Se refieren también a la reflexión bioética posibles consideraciones de filosofía de la medicina. En efecto, las prácticas que el Parecer actual del CNB tiende a considerar bioéticamente admisibles aluden a una concepción de los cuidados de no fácil conciliación con las perspectivas hipocráticas consolidadas:³⁰ tanto el principio de igualdad como la norma bioética fundamental de la no maleficencia se ofrecen al menos problemáticas a una mirada atenta que indague sobre la donación entre desconocidos. Es claro que la obtención no debe en lo inmediato acarrear daño al donador, y que el órgano obtenido debe ser cualitativamente apetecible, es más, debe ser necesario incluso antes que se proceda a la obtención: y no obstante la regla de la prioridad en una gradación de los donadores desconocidos en vista de posibles necesidades de recibir el órgano aparece ya reveladora de una derrota de la bioética, combatida entre las razones del incremento de la demanda de órganos de vivientes, y aquellas de la inadmisibilidad de que un cuerpo a su vez viviente, presumiblemente sano, sea por el contrario lesionado o tratado en último análisis como un banco vivo de órganos.

El último pasaje que es necesario a este punto cumplir, se refiere a la distinción entre donación entre desconocidos y donación entre consanguíneos o parientes, si cabe, y sucede, todo el aparato justificante, no sólo de los trasplantes entre desconocidos, sino de todo trasplante entre vivientes. Más allá de las consideraciones arriba expuestas acerca de la naturaleza de los actos supererogatorios o las garantías antropológicas y éticas derivadas de la relación preconstituida entre persona donante y persona receptora, es necesario ilustrar mejor este último pasaje recurriendo al discurso más propiamente biojurídico.

Crítica biojurídica

Como observa D'Agostino en su nota, es sobre todo del punto de vista del bioderecho que la práctica estudiada del CNB en el actual

Parecer muestra los puntos más débiles y contestables, en referencia específica a la diferencia, en seno a la donaciones *inter vivos*, entre el caso de vivientes consanguíneos o al menos afectivamente vinculados, y vivientes desconocidos. “La donación de riñón entre consanguíneos puede parecer justificada, en modo de superar el principio de la indisponibilidad del cuerpo humano, a partir del altísimo valor ético-jurídico de los vínculos familiares, como aquellos vínculos gracias a los cuales todo sujeto a través del rol familiar que le compete, construye, afirma y define su identidad (el valor-persona presupondría el valor-familia, dado que no existe persona humana que no venga al mundo en el contexto de una comunidad familiar). Aún no estando ausentes en contextos familiares muy concretos riesgos de instrumentalización e incluso de violencia, parece razonable pensar que en situaciones extremas, como aquellas de la exigencia de un enfermo, de obtener la donación de un riñón con fines terapéuticos, sea justificable legítimamente la donación del órgano (respetando las condiciones bioéticas y biomédicas más arriba indicadas). Tal justificación era sabiamente ilustrada por el CNB (*El problema bioético del trasplante de riñón de viviente no consanguíneo*, de 1997) a la hipótesis de que donador y receptor fuesen personas *emotionally related*, es decir unidas por vínculos afectivos plenamente asimilables a aquellos de un contexto familiar. Se note que estas dos justificaciones tienen una específica valencia biojurídica, porque son susceptibles de una positiva verificación social, la única forma de verificación que al derecho le es permitida”.

Es evidente, en la larga cita, que la perspectiva biojurídica ofrece la considerable ventaja de ir en busca de criterios objetivos para una verificación empírica, excluida al razonamiento teórico abstracto. Por cuanto loable pueda resultar, y efectivamente ser, todo acto supererogatorio parece necesario con el fin de darle una confiable valoración ética y luego jurídica poder continuar considerándolo excepcional y no debido, y mantenerlo a salvo de cualquier instrumentalización mediante su inserción en una relación preestablecida y consolidada. Si el riesgo más temible (y esto parecen so-

breentender el actual Parecer del CNB, así como el de 1997) para las prácticas de transición de órganos de viviente a viviente es constituido por la reificación comercial del cuerpo humano, que la entera tradición antropológica y ética occidental se muestra muy reticente a tolerar; de ello se sigue que la modalidad menos incierta y, sobre todo, más dócil a controles razonables, sea aquella de vincular en estructuras relacionales suficientemente seguras, como las familiares, incluso en sentido amplio (pero según un criterio de gradualidad, y se diría casi de subsidiariedad que justamente encuentra espacio en la legislación italiana desde 1967: de las relaciones biológicamente más consistentes, poco a poco hasta aquellas que no tienen ninguna matriz material sino, en la hermenéutica del CNB de 1997, gozan de un intenso significado afectivo).³¹ La apertura a una casuística diversa, no sólo presenta apertura a los diversos problemas prácticos y organizativos que hemos evocado, sino produce también el efecto de relegar los lazos familiares en una dimensión puramente biológica, que se presumiría no idónea para fundamentar un confiable criterio de verificación para la rectitud de intención, o por lo menos un criterio mejor de otros.³²

En el corazón de la cuestión existe por tanto la derogación del principio de indisponibilidad del cuerpo humano, que hemos visto estar circundado por motivaciones antropológicas, éticas y jurídicas que son consideradas pertinentes y persuasivas. Una derogación en los límites del lazo familiar o al menos afectivo, aún permaneciendo discutible en una perspectiva de rechazo a ultranza en relación de algunas formas de reificación del cuerpo, parece admisible siempre y sólo en los términos de una acción gratuita y no debida, términos en relación de los cuales el vínculo afectivo ofrece en conjunto y en general³³ una garantía creíble y verificable. Separar, como intenta hacer ahora el CNB, tal derogación del criterio del lazo previo, más que deslegitimar el recurso a la semántica del don,³⁴ expone esta práctica a una gama potencialmente inagotable de abusos e instrumentaciones, dejando constantemente incertezas acerca del significado del gesto de liberalidad que el donante se de-

clara dispuesto a cumplir.³⁵ Por otro lado, en un escenario moderno en el cual el derecho correctamente rechaza juzgar las intenciones y discierne en base a ellas acerca de la oportunidad de dar seguimiento jurídico a las voluntades individuales, la conexión con situaciones contextuales significativas es la única modalidad coherente para garantizar objetivamente, sobre la fidabilidad ética y jurídica de tales ofrecimientos.

En este sentido, era ya más bien generosa la ampliación que en 1997 el CNB efectuó a favor de las relaciones no familiares, o al menos no estructuradas jurídicamente como familiares (en razón de consanguinidad o matrimonio): ampliación al menos en parte debida también a la fuerte presión de la demanda de órganos *ex vivo* y a la creciente relevancia sociológica de las relaciones parafamiliares, como las convivencias no legalizadas o formas análogas de establecimiento de relaciones afectivas. Pero una praxis legitimada en base a determinadas razones no puede coherentemente ser extendida a nuevas modalidades en base a razones diversas, o confundiendo el plano de una relación concreta, quizá no estructurada normativamente pero siempre intensamente personal, con una idea de la humana solidaridad que corre el riesgo de resultar vaga.

Parece, en definitiva, biojurídicamente difícil o al menos arriesgado banalizar o incluso cancelar la referencia vinculante a la preexistencia de lazos concretos entre donador y receptor, porque hecho esto es muy breve el paso hacia la eliminación de la dimensión oblativa misma, en virtud de una nueva modalidad de exaltación de la autonomía individual, ligada estrechamente a la reificación del cuerpo en nombre de su disponibilidad prácticamente ilimitada. Si incluso Kant, el más formidable y riguroso teórico de la autonomía (en sentido, obviamente, no libertario), ha considerado establecer el límite vinculante de la indisponibilidad de la vida biológica y en general del sí corpóreo, no parece por tanto razonable traspasar estas columnas de Hércules: incluso porque el océano que se nos presentaría delante es mucho más que desconocido y misterioso,

consistiendo simplemente en la posibilidad de comercialización del cuerpo humano y por tanto del hombre.

Conclusión

Por todo cuanto se ha dicho, analizando el problema tanto sobre el plano clínico y operativo, como sobre el teórico (en la necesaria pero consecuente triple vertiente: antropológica, ética y jurídica), el actual Parecer del CNB suscita no pocas perplejidades con su extensión de la legitimación del ofrecimiento del riñón a la esfera de los destinatarios desconocidos: en particular, sobre el plano de las aplicaciones biojurídicas, ya que las dificultades que hemos evidenciado sobre los otros planos pueden también no aparecer, si tomadas individualmente, de por sí idóneas a justificar una oposición definitiva a esta práctica.

Evidenciar tales perplejidades, naturalmente, no significa cerrar los ojos frente al enorme éxito de la trasplantología, y a la consiguiente creciente demanda de órganos idóneos: simplemente, responde a una perspectiva de evaluación de la *técnica* en base a criterios *metatécnico*s, valoración particularmente urgente y necesaria cuando desde el nivel de la reflexión teórica se decide si y cómo pasar a nivel de la disciplina jurídica.

Referencias bibliográficas

¹ Las estadísticas puestas a disposición por el Centro Nacional de Trasplantes (CNT) por el período comprendido entre el 1° de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2009, hablan en tal sentido muy claro, sobre todo, en general (la escala de referencia es la europea), los trasplantes entre vivos no superan en ningún país el 25% del total de los trasplantes, y la media europea es bastante más baja (por ejemplo en Francia es sobre el 3.5%, en España el 3.4%, en Italia el 2.2%, en Alemania el 6.9%, en Gran Bretaña el 15.3%). En cuanto a las indicaciones llegadas al CNT, al 31 de diciembre de 2009 eran 1657: de ellas, 1201 provenientes de consanguíneos (el 27.5% del total de las indicaciones). 430 provienen de

esposas/esposos (acceso del 15.05.2010, en: <http://www.trapianti.salute.gov.it/imgs>).

² El 25 de mayo de 2010 el Consejo Superior de Salud ha aprobado la práctica en cuestión: pero también esta solución institucional no ha dejado de suscitar disputas y contestaciones, tanto de los médicos como de los políticos.

³ Lc XI, 30ss. Se trata de un relato de Jesús que sólo este evangelista refiere, aunque es expuesto por el Maestro para sufragar una afirmación acerca de la prioridad del amor a Dios y al prójimo de la cual también los otros Evangelios frecuentemente tratan, y textualmente los sinópticos (Mt XXII, 34-40; Mc XII, 28.31).

⁴ “Un samaritano, que estaba de viaje, pasando cerca, lo vio y le tuvo compasión. Se le acercó, le vendó las heridas, derramándoles aceite y vino; luego lo cargó en su cabalgadura, lo llevó a la posada y se ocupó de él. Al día siguiente, sacó dos denarios y los dio al posadero, diciéndole: “Cuida de él; aquello que gastes de más, te lo pagaré a mi regreso” (Lc XI, 33-34).

⁵ Que en último análisis es el sustitutivo moderno, ateo y cerrado a la común filiación divina sobre la cual se funda la hermandad cristiana, de la *fraternité* revolucionaria como secuaz de la propuesta ético-social iluminista. A propósito se vean las reflexiones de: RATZINGER J. *Fraternità cristiana*. Milán: Ediciones Paulinas; 1960. Precisamente en este texto Ratzinger luego de haber evidenciado que un perfil esencial de originalidad de la fundación de la fraternidad cristiana consiste en su no-idealidad (p.74: “Como la paternidad divina, así también la dignidad de una realidad auténtica, que se ha realizado en Cristo y continuamente vuelve a realizarse”), explica que “implicando por su naturaleza una radical abolición de límites, el Cristianismo no cesa de llevar a juicio todas las diferencias externas, sin excluir las mismas prácticas de diferenciación al interior de la Iglesia, y nos obliga incesantemente a purificarlas desde el interior, animándolas con el espíritu de una fraternidad igual para todos, fraternidad para la cual ya nos hemos vuelto todos “una sola persona” en Cristo Jesús” (p.91).

⁶ Sobre este punto ver también, como primicia y autorizadamente, RATZINGER J. *Gesù di Nazareth*. Milán: Rizzoli; 2007, el cual en el comentario de la célebre parábola observa que “una cosa es evidente: se manifiesta una nueva universalidad, que se apoya sobre el hecho que yo íntimamente ya me he vuelto hermano de todos aquellos que encuentro y que tienen necesidad de mi ayuda”. La dedicación del cristiano caritativo, ejemplarmente encarnado por el samaritano solícito hacia la víctima de los asaltantes, es al mismo tiempo universal en la intención (porque no distingue entre hombre y hombre) y en el motivo (porque ama desde el corazón de Dios), pero concretísima en la acción, porque actúa en consciente provecho de la persona que se encuentra delante, sin anonimato y sin retóricas universalísticas que corren el riesgo de constituir más una coartada, que una praxis creíble.

⁷ De las palabras del Presidente es del conocimiento que los cinco miembros ausentes aquel día habrían “manifestado comoquiera su adhesión al documento”.

⁸ En realidad, además de las anotaciones de los Profesores Colombo, D'Agostino (con adhesión de Scaraffia) y Di Pietro, a los cuales tendremos ocasión de referir-

nos en la prosecución de este estudio, también el Profesor Bompiani (que en ocasión de la elaboración del precedente Parecer del CNB en 1997 había formado parte del "Grupo de Trabajo" dedicado), ha entregado una breve nota, por lo demás no directamente crítica sino en tal forma de poner unos *distinguo* entre funciones consultivas del CNB y el carácter político-institucional, incluso supranacional, de las normativas en esta materia.

⁹ A lo cual el legislador ha dedicado una específica atención: cfr. por ejemplo la ley del 14 de julio de 1967, n. 592, sobre la obtención, conservación y distribución de la sangre humana, la cual dicta una disciplina legal del fenómeno que, bien visto, se explica sólo en clave de indisponibilidad del cuerpo humano y de rechazo social y cultural de la mera comercialización incluso sólo de sus tejidos regenerables, como es precisamente el tejido hemático.

¹⁰ Así ROMBOLI R. *La libertà di disporre del proprio corpo* en AAVV (coordinador: GALGANO F). *Commentario del Codice Civile Scialoja-Branca*. Bologna: Zanichelli; 1994, volumen "De las personas físicas", p. 241 y ss., cursiva mía.

¹¹ Se trata, en último análisis, de límite principal de las teorías jurídicas liberales: para esta crítica cfr. para todos D'AGOSTINO F. *Giustizia e disabilità mentale* en ID. *Parole di giustizia*. Turín, Giappichelli; 2006, pp. 91 y ss.

¹² Romboli. *La libertà...*, p. 243.

¹³ Para algunas importantes consideraciones sobre este delicadísimo, y frecuentemente desconocido problema, ver D'AGOSTINO F. *Obiezione di coscienza* en ID. *Lezioni di filosofia del diritto*. Turín: Giappichelli; 2006.

¹⁴ Los Pareceres y Moniciones en los cuales precedentemente el CNB se había ocupado de argumentos conexos a la donación y al trasplante de órganos y de células embrionales, además del documento fundamental de 1997 del cual nos ocupamos ampliamente en este párrafo, son los siguientes: *Definición y certificación de la muerte en el hombre* (febrero de 1991); *Donación de órgano con finalidad de trasplante* (octubre de 1991); *Trasplante de órganos en la infancia* (enero de 1994); *El neonato anencefálico y la donación de órganos* (junio de 1996); *Experimentación sobre animales y salud de los vivientes* (abril de 1997); *Parecer sobre la propuesta de moratoria para la experimentación humana de xenotrasplantes* (noviembre de 1999); *Moción del Comité Nacional para la Bioética sobre la compra-venta de órganos con fines de trasplante* (junio de 2004); *Terapia celular del morbo de Huntington a través de la implantación de neuronas fetales* (marzo de 2005).

¹⁵ La referencia es pertinente, incluso si como se ha visto en la teoría, la deducción no es tan pacífica: para la panorámica de las diversas posiciones sobre la interpretación del art. 32 Const., ver de nuevo ROMBOLI, *La libertà...*, p. 234ss

¹⁶ KANT I. *Lezioni di etica*. 1775-1781, trad. it. por GUERRA A, Roma-Bari: Laterza; 1998, p. 169 ss. (cursiva mía). En el mismo tono lo que algunas páginas después añade el filósofo es: "Nuestro cuerpo concurre con nuestra identidad y participa de las leyes generales de la libertad, según el cual hay atribuciones de los deberes" (p. 180). Y otra vez en la p. 190: "En cuanto parte del propio ser, es con el cuerpo que el hombre constituye una persona".

¹⁷ Id. *Lezioni...*, p. 172.

¹⁸ Id. *Lezioni...*, 173. E incluso, un poco antes: “El poder de destruir el propio arbitrio contradice el libre albedrío; si la libertad es la condición de la vida no puede ser usada para suprimir la vida y por tanto para destruir o suprimirse a sí misma; el hombre usaría entonces la vida para suprimir la vida” (p. 170)

¹⁹ “El hombre no puede disponer de sí mismo. No le es permitido vender un diente u otra parte de sí mismo. Si por tanto una persona, por interés, se deja usar por otro como objeto de satisfacción sexual, sometiéndose a sus deseos, dispone de sí como de un cosa” (Id. *Lezioni...*, p. 189).

²⁰ El tema es de por sí inmenso: se nos permita aquí limitarnos a citar la intensa expresión de un personaje ajeno a nuestro tema, el diplomático sueco y primer Secretario General de las Naciones Unidas Dag Hammarskjöld. “El cuerpo: no una cosa, ni “de él”, ni “de ella”, no un instrumento para tus fines o tu deseo. En la extrema desnudez: el Hombre” (HAMMARSKJÖLD D. *Tracce di cammino*. 1963. Ed. curada por DOTTI G. Biella: Edizioni Qiqajon: 2005. P. 116).

²¹ De una verdadera y propia “espiritualización” de la subjetividad humana no duda a hablar, la “Nota” del Centro de Ateneo de Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore, que la considera “inquietante”.

²² *Pour cause* hago aquí uso de un diccionario aristotélico, ya que como es sabido el Estagirita dedica un amplio parágrafo de su *Ética a nicómaco* a la definición de la “liberalidad” y de la ilustración de sus modos propios y de los vicios contrarios (avaricia, precisamente, y prodigalidad: cfr. Aristóteles. *Ética nicomachea*. IV, 1, 1119b y ss.).

²³ Se podría ulteriormente observar que la relación de donación ha sido estudiada –aún prescindiendo de las especificidades evangélicas y de sus giros éticos– por la antropología cultural, y en particular, como es conocido, por Marcel Mauss y por su escuela (cfr.: para todos MAUSS M. *Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*. 1925, Turín. 2002). En tiempos más cercanos, además, ha profundizado sobre el plano filosófico esta relación también MARION JL. *Dato che, Saggio per una fenomenologia della donazione*. 1997, Turín, 2001. Interesantes reflexiones sobre el tema, en la frontera entre filosofía y derecho, en ZINI F. *Il perdono come problema filosofico giuridico*. Turín: Giappicchelli; 2007.

²⁴ Consentimiento cuya necesidad, pacíficamente indicada por la legitimidad de la práctica, tiene recientemente mucho que ver con aquello que más arriba hemos observado acerca de la unidad psicosomática del individuo humano y la dignidad consiguiente participada por alma y cuerpo: principios que, prescindiendo de ellos, se vuelve francamente difícil comprender el motivo de determinados vínculos legales, dada la enorme y creciente demanda de órganos para trasplante. La dignidad del cuerpo de alguna manera se conserva también más allá del umbral de la muerte biológica, y sólo un acto dispositivo libremente efectuado *ante mortem* hace ética y jurídicamente lícito el ataque a la dignidad del cadáver, por sus fines buenos. Ni siguiera el criterio, recientemente introducido, incluso por el legislador italiano, del consenso presunto, incide en tal orden de ideas: al contrario, lo presupone.

²⁵ Es así, argumentando a partir de esta elemental consideración – a la cual se agrega aquella, igualmente elemental que no se ha de olvidar, en una perspectiva sanamente realista, relativa al hecho de que en la práctica en cuestión, permanece siempre esencial la aportación profesional de un tercer sujeto, el médico, de cuya autonomía es necesario hacerse cargo también sobre el plano de la tutela deontológica y biojurídica – que uno de los protagonistas del debate americano sobre este tema, Aaron Spital, ha aportado algunas observaciones críticas a la “heroic kidney donation”: cfr.: SITAL A. *Reflecting Heroic Kidney Donors protects much more than Public Trust*. American Journal of Transplantation 2004; 4: 1727, con alguna ulterior indicación, incluso bibliográfica, al debate estadounidense.

²⁶ Como no deja de remarcar la Nota del Centro de Ateneo de Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore: “La vía ordinaria de la medicina debe pasar a través de la obtención de órganos de cadáveres y no abrirse a la idea que se puedan crear mutilaciones y situaciones patológicas para responder a las exigencias de salud de los pacientes, creando un círculo vicioso e impropio”.

²⁷ Así como, a la inversa, la insurgencia de una patología en el órgano no donado por parte del donante, podría proveer utilísimas informaciones pronósticas para el receptor del otro órgano: cfr. también sobre este aspecto la Nota de Colombo.

²⁸ La alternativa a aquello, justamente criticado por Colombo, previsto por el Parecer y consistente en la inscripción de los potenciales donadores a un registro nacional o regional.

²⁹ Debo esta y otras consideraciones, especialmente de tipo clínico, a un intercambio de opiniones para mí muy iluminantes con un nefrólogo muy competente y experto, el Dr. Nicola Panocchia, al cual aprovecho aquí la oportunidad de agradecer.

³⁰ Recuerdo que el arte médica (*iatrikè tèchne*) es definida en el *Peri Tèchnes* del “Corpus Hippocraticum” como “liberar a los enfermos de los sufrimientos, mitigar la violencia de las enfermedades, no intervenir sobre los enfermos ya dominados por la enfermedad, en la consciencia que todo esto está en poder del arte” (cito de la traducción que de ese párrafo hace JORI A. *Medicina e medici nell’antica Grecia. Saggio sul Peri Tèchnes ippocratico*. Napoles-Bologna: El Molino; 1996, p. 74). El art. 3 del Código Italiano de Deontología Médica (me refiero a la versión aprobada el 16 de diciembre de 2006 por la Federación Nacional de los Órdenes de los Médicos, Cirujanos y Odontoiatras), en el individualizar los “deberes del médico” expresa con estas palabras la autocomprensión teleológica de la categoría profesional: “Deber del médico es la tutela de la vida, de la salud física y psíquica del Hombre y el alivio del sufrimiento”.

³¹ Es claro que esta impostación implica tomar muy en serio, coherentemente con la precedentemente afirmada unidad integral de cuerpo y alma, la dimensión corpórea de la personalidad humana y su incidencia, incluso simbólica, en la construcción de la identidad subjetiva (no relegada, por tanto, a la esfera puramente racional y volitiva: como ha escrito, con eficacia, Hammarskjöld en apunte de 1954: “Sangre y suciedad, sudor y tierra: ¿dónde está todo esto, en tu mundo de voluntad? Por todas partes, como el terreno del cual se alza recta la flama”); HAM-

MARSKJÖLD. *Tracce...*, p. 116). La alternativa –que consiste en la apertura a la legitimación de la donación entre desconocidos– implica una intencionalidad que, en el mejor de los casos, es simplemente heroica: y, como explica D’Agostino en su Nota, “El carácter objetivamente extremo de esta donación induciría a pensar que sólo poquísimas personas, dotadas de un sentido moral absolutamente heroico podrían declararse dispuestas a tanto; pero el derecho no es capaz de reglamentar y garantizar prácticas tan nobles (porque de esto se trata y esto es lo que la ley pretende hacer), prácticas que lo proyectarían en una atmósfera tan extraordinariamente enrarecida, que parece más pensable que experimentable”.

³² Nótese que algunos pensadores, entre los cuales sobresale eminentemente Martha Nussbaum, tachan de hipocresía e estoicismo fuera de lugar, la actitud ciceroniana que distingue (*De Officiis*) entre connacionales y extranjeros para establecer un límite entre deberes de ayuda material (reservados a familiares y compatriotas) y deberes de justicia. No obstante, el intento de eliminar la diferencia entre vecinos y lejanos, entre prójimo y humanidad, por cuanto generoso y noble, se revela más bien abstracto, y en tal modo de olvidar o al menos minusvalorar la limitación humana de los sentimientos y de las posibilidades concretas de acción. Por lo demás, en el escrito de Nussbaum cada vez que se refiere a deberes “transnacionales” es necesario aludir a la actividad de los Estados y de las organizaciones internacionales (cfr.: NUSSBAUM M. *Giustizia e aiuto materiale*. 2000, trad. it. de LELLI F. Bologna: Il Mulino; 2008). Naturalmente no está aquí en cuestión la fundamentación de los deberes de solidaridad, que según mi parecer es argumentable, pero ameritaría un tratamiento bastante diferente, más bien el análisis de ponderación de la relación interpersonal directa y concreta en orden a la legitimación –ética y jurídica– de prácticas oblativas físicas extremas.

³³ El razonamiento jurídico, y por tanto también el biojurídico, tienen entre sus características aquella de la universalidad de la perspectiva, ya que el “privilegium” es precisamente lo contrario de la ley, y la excepción hace de contrapeso a la regla.

³⁴ Para los detalles de profundización, también en diversa dirección, se vea, por ejemplo, SOMMAGGIO P. *Il dono preteso*. Padova: Cedam; 2004; o también ZINI F. *La donazione degli organi come problema biogiuridico: il dono della vita come dono alla vita* en AAVV (curador: Zanuso F). *Il filo delle Parche. Opinioni comuni e valori condivisi nel dibattito bioagiuridico*. Milán: Franco Angeli; 2009.

³⁵ No estoy aquí insinuando, es incluso superfluo explicarlo, que eventuales argumentos filantrópicos sean inconsistentes o de por sí inaceptables, en modo que no fuese casi posible presumir detrás de ellos otra cosa que inconfesables psicopatologías megalómanas o peor todavía tráfico ilícito y clandestino. Es más, es muy probable que, *en la mayor parte de los casos*, las intenciones del oferente sean límpidas y de puro altruismo: pero precisamente, en la mayor parte de los casos, es un criterio no suficiente cuando lo que se pone en juego es la excepción de un principio fundamental, la violación del cual es penalmente perseguida. En general, no está el derecho llamado a disciplinar el heroísmo, que por definición escapa, tanto a una lógica de la obligatoriedad, como a reglamentaciones de tipo general y abstracto.

Incapacidad de alimentación e hidratación autónoma: una confrontación entre el neonato, el lactante y el sujeto en estado vegetativo

*Daniele De Luca**, *Andrea Viridis***, *María Luisa Di Pietro****

Resumen

Al interior del amplio cuadro asistencial de la persona en estado vegetativo (EV), la alimentación e hidratación artificial representan un aspecto de fundamental importancia, de modo similar a cuanto sucede en el ámbito de la asistencia dirigida a neonatos y, más en general, a los lactantes.

Dado que frecuentemente la ausencia de funciones fisiológicas o de relación con el exterior son adoptadas para justificar la interrupción de los procedimientos asistenciales en las personas en EV, el artículo pretende afrontar la cuestión del deber de la hidratación y de la alimentación artificial en tales personas a través de una confrontación entre las diversas "funciones" vitales, fisiológicas o comportamentales y relacionales presentes tanto en los sujetos en EV cuanto en los neonatos y en los lactantes.

A la luz de tal confrontación, es evidente cómo la sólo razón por la cual pueda ser erróneamente sostenida la licitud de la interrupción de la alimentación en los sujetos en EV, es de naturaleza ideológica y no científica.

* Especialista en Pediatría y en Neonatología y Terapia Intensiva Neonatal, de la División de Neonatología, de la Universidad Politécnica Delle Marche.

** Doctor en investigación en Bioética, del Instituto de Bioética.

*** Profesora asociada en Medicina Legal y de los Seguros, del Instituto de Higiene, de la Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (E-mail: dm.deluca@fastwebnet.it)

Summary

Inability to autonomous hydration and nutrition: a comparison among newborns, unweaned infants and subjects in vegetative state.

With the broad framework of the care for the person in vegetative state (VS), artificial nutrition and hydration have a fundamental importance, similarly to what happens in the assistance given to newborns and to unweaned infants.

As the absence of physiological functions of relationships with the outside world are often given to justify the assistance withdrawal in subjects in VS, the article aims to address the issue of artificial nutrition and hydration dutifulness in these persons, through a comparison between the various vital, physiological "functions" or behavioral and social skills present both in the subject in VS and in newborns and infants.

By the light of this comparison, it appears that the only reason that can wrongly support the legality of the nutrition withdrawal in the subjects in VS is ideological and not scientific.

Palabras clave: Hidratación y alimentación artificial, estado vegetativo, neonato, calidad de vida.

Key words: Artificial nutrition and hydration, vegetative state, newborn, quality of life.

Introducción

Los grandes progresos de las técnicas médicas alcanzados en los últimos decenios, han permitido un mayor grado de supervivencia en todos los tipos de lesiones cerebrales. Muchos de los sujetos que sobreviven a un daño cerebral de moderada o severa intensidad continúan, de algún modo, teniendo necesidad de cuidados médicos y de enfermería, y de un cierto tipo de asistencia, en la cual se vuelve particularmente evidente la situación de dependencia de otros, especialmente en relación a las actividades ligadas de diversos modos al cuidado de la persona. El nivel de asistencia re-

sulta bastante más significativo en el caso de personas que se encuentran en estado vegetativo (EV). En tal caso –que se caracteriza también por el notable impacto emotivo sobre los familiares y sobre los *caregivers*¹– y en modo particular en la fase de la cronicidad,² la que se realiza es un tipo de asistencia prolongada en el tiempo y, sobre todo, no terapéutica, es decir no encaminada de por sí a la “curación” de la persona: buena parte de los medios, de las acciones y de los procedimientos asistenciales, en tal contexto, no tienen como objetivo específico la resolución del EV mismo, sino más bien el de garantizar la vida del sujeto y mejorarle, en cuanto sea posible, la calidad y el decoro de la condición de vida misma por ejemplo, al cuidado de las úlceras por decúbito, a las maniobras de movilización pasiva, o también más simplemente a la asistencia de la higiene cotidiana).

Es al interior del cuadro de asistencia a la persona en EV, que se inserta la cuestión relativa al mantenimiento de la hidratación y de la alimentación por vía artificial. Tal cuestión ha representado (y continúa siéndolo) objeto de debate en relación a tres principales puntos argumentativos, entre ellos frecuentemente relacionados:

1. la naturaleza del acto de “alimentación artificial” (si es o no un “acto médico”, y sobre el significado de la “artificialidad” de tal acto);

2. el deber de la alimentación, aún cuando sea artificialmente suministrada, con la finalidad de garantizar la nutrición (y, por tanto, la supervivencia) de cualquier sujeto viviente;

3. la posibilidad de interrumpir tal acto –independientemente de las indicaciones terapéuticas, y generalmente sobre consideraciones basadas en un malentendido criterio de “calidad de vida”– en relación a la preferencias precedentemente expresadas por el sujeto, o a las indicaciones de familiares, o a las convicciones de los médicos.

Ahora bien, prescindiendo de la consideración sobre la naturaleza de la alimentación e hidratación artificiales,³ al interior del amplio cuadro asistencial de la persona en EV, tal acto representa un aspecto de fundamental importancia, similarmente a cuanto suce-

de en el ámbito de la asistencia dirigida a neonatos y más en general a lactantes.⁴ Ellos, de hecho, requieren una compleja y atenta asistencia necesaria para su supervivencia y crecimiento, que los hace del todo dependientes de la hidratación/alimentación (y no sólo) por parte de la madre-nodrizo o de los *caregivers* que los tomen bajo su cuidado. En esta perspectiva, los puntos de semejanza entre los dos contextos de cuidado son evidentes ya en un primer análisis superficial; sin embargo, nunca se ha puesto en el segundo contexto, en manera problemática, la cuestión en torno al deber ético de la alimentación e hidratación que los neonatos evidentemente no pueden garantizarse por sí solos. La ausencia de comportamientos, funciones fisiológicas o de relación con el exterior son frecuentemente adoptadas para justificar la interrupción de los procedimientos asistenciales en las personas en EV. Es interesante notar, y es esto lo que buscaremos mostrar en las páginas sucesivas, cómo estas características están presentes también en el neonato y, en general, en el lactante sano en vías de desarrollo, sin que hayan nunca inducido a justificar una interrupción de la asistencia materna, que sería incluso considerada penalmente perseguible.⁵

Confrontación entre las diversas edades

Queremos efectuar aquí un análisis detallado sobre las diversas “funciones” vitales, fisiológicas o comportamentales y relacionales que están presentes en varios modos en las diversas edades de la vida durante el desarrollo y que han sido convocados para justificar la no asistencia en los casos de EV persistente. La Tabla 1 muestra la comparación de las diversas funciones según cuanto hoy la literatura científica nos permite saber.

A. Funciones vitales

Es necesario recordar que en todos los casos, tanto en los lactantes, como en los EV, la actividad cardiaca y la respiratoria espontánea

Tabla 1

Confrontación entre las varias funciones en los diversos momentos de la edad evolutiva y en las personas en estado vegetativo

	<i>Neonato sano (<30 días de vida)</i>	<i>Lactante sano (<6 meses de vida)</i>	<i>Adulto en estado vegetativo</i>
Funciones vitales			
<i>Actividad respiratoria espontánea</i>	Presente	Presente	Presente
<i>Actividad cardiaca</i>	Presente	Presente	Presente
Funciones fisiológicas			
<i>Sistema endócrino</i>	Parcialmente funcional	Mayormente funcional	Normal
<i>Sistema digestivo</i>	Parcialmente funcional	Mayormente funcional	Normal
<i>Otras funciones fisiológicas y metabólicas</i>	Parcialmente funcional	Mayormente funcional	Normal
Funciones corporales y relacionales			
<i>Sensoriales</i>	Presente	Presente	Mayormente ausente pero incierta
<i>Motilidad</i>	Descoordinada sin finalidad	Paulatinamente más coordinada	Ausente
<i>Lenguaje verbal</i>	Ausente	Elemental-ineficaz	Ausente
<i>Relación con el exterior</i>	Mayormente ausente	Paulatinamente más presente	Ausente
Capacidad de consumir líquidos y alimento autónomamente	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE

nea están igualmente presentes: esto manifiesta y significa que nos encontramos frente a sujetos vivientes y que, por tanto, se presenta una fundamental diferencia con aquello que sucede en sujetos en los cuales es en cambio certificada –a través de criterios cardiológicos o neurológicos para los cuales la Ley prevé un preciso y cuidadoso procedimiento⁶– la muerte, y para los cuales tal certificación permite legalmente la interrupción de la asistencia. *Sic stantibus rebus* y sin entrar en ulteriores consideraciones morales y filosóficas tales sujetos, neonatos, lactantes o personas en EV, están todos igualmente vivos por cuanto concierne a la Ley en vigor. La falta de las condiciones previstas por la Ley para el verificarse del único y auténtico caso en el cual sea posible suspender la asistencia exige ya la duda razonable que se pueda encontrar en una posición equivocada conceptualmente. La normativa vigente, reforzada por las consciencias científicas sobre este argumento, individualiza un procedimiento muy detallado y casos muy precisos a los cuales se pueda aplicar, no dejando dudas a interpretaciones acerca de los pacientes que podrían eventualmente ser dirigidos a la verificación de la muerte. Ni los neonatos, ni los lactantes, ni las personas en EV *ipso facto* responden a los requisitos para acceder a tal procedimiento de verificación. Por lo demás, es conocido el principio moral según el cual incluso la simple duda de estar en presencia de una persona viva, establece ya la obligación de su pleno respeto y de la abstención de cualquier acción dirigida a anticipar su muerte. No en vano tal principio moral encuentra un alto reconocimiento en el derecho a la vida, legitimado por la Constitución de la República⁷ como primero entre los derechos inviolables. Igualmente, con un rango similar, tal principio es recordado por los primeros estatutos y constituciones liberales del siglo XVIII, hasta la reciente “Constitución Europea”.⁸

B. Funciones fisiológicas

En esta categoría se incluyen todas aquellas funciones que nuestro organismo desarrolla sin la participación de la voluntad, y que son

elaboradas para el mantenimiento de la homeóstasis del organismo mismo, y por tanto de parámetros bioquímicos y biofísicos dentro de los límites de la normalidad para la vida humana. En el paciente crítico, ya sea adulto o pediátrico, estas funciones requieren normalmente un soporte más o menos intensivo que es efectuado usualmente a través de máquinas o medios farmacológicos en las secciones de terapia intensiva. Nada de esto sucede al paciente en EV que, por ejemplo, digiere naturalmente los alimentos, cumple las otras funciones metabólicas y se encuentra en una situación muy diferente de la aguda, incluso estable. Esta situación es parcialmente igual a la del neonato y del lactante en los cuales algunas funciones fisiológicas todavía no han madurado, ni son plenamente capaces como en el adulto⁹, aún en EV.

En las primeras etapas de la vida sucede, de hecho, la transición de muchas funciones metabólicas que sólo pocos días o meses antes eran, para el feto, realizadas por la placenta o por otros órganos maternos. Pensemos en el complejo *corpus* de funciones metabólicas realizadas por el hígado que cambian y maduran con el tiempo.¹⁰ Ejemplo de ello es que en cerca del 60-70% de los neonatos de término, por lo demás sanos, la inmadurez de los sistemas enzimáticos hepatocitarios de glucoronidación y excreción de la bilirrubina representa la principal causa de ictericia neonatal, la más común condición patológica del neonato de término.¹¹ Pensemos en la digestión y la absorción de los diversos tipos de micro- y macronutrientes: las enzimas depuradas por la digestión aparecen sobre el epitelio intestinal en diversos momentos durante el crecimiento y son todavía relativamente más tardías en los neonatos pretérmino, aunque no particularmente de bajo peso.¹² Esto comporta los bien conocidos problemas nutricionales que el neonatólogo o el pediatra deben afrontar en el período neonatal y, después, durante el cambio de la alimentación.¹³ Se pueden considerar todavía tantas otras funciones no del todo presentes en las primeras etapas de la vida, porque la expresión génica no se encuentra todavía activa como en las etapas sucesivas, y faltan por tanto los adecuados re-

ceptores para los mensajeros activos a distancia o localmente, por vía parácrina o iso/autócrina. Numerosos ejemplos podrían citarse: desde la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides sobre todo en los neonatos pretérmino,¹⁴ a la maduración de los sistemas de termorregulación corpórea,¹⁵ y a los multipresentes receptores para las aminas vasoactivas, sobre cuyo efectivo rol fisiopatológico en el neonato sabemos todavía muy poco.¹⁶

De este punto de vista, el adulto incluso en EV, es perfectamente competente y capaz de realizar todas las funciones arriba citadas, suponiendo que no se vean comprometidas por otra patología subyacente. El EV no es de hecho una enfermedad que altere de por sí estas funciones que en cambio son relativamente deficitarias, y las hay más en desarrollo en las primeras fases de la vida.

Desde el punto de vista estrictamente homeostático el neonato/lactante está por tanto en un equilibrio más precario respecto al adulto en EV: tal equilibrio caracteriza típicamente las primeras etapas del desarrollo y es la causa de muchas necesidades existenciales neonatológicas o pediátricas que, por el contrario, el paciente en EV no tiene. El neonato puede tener necesidad de incubadoras, sistemas de control de la temperatura, suplementos vitamínicos u hormonales, incluso si es de término y sano. El adulto en EV es, en cambio, del todo autónomo para estas funciones que sin embargo no son frecuentemente consideradas por la percepción común. Nunca se ha pretendido la hipótesis de una interrupción de la asistencia para los lactantes en los cuales tales funciones no están completamente maduras.

Estas funciones fisiológicamente fundamentales son todavía “poco visibles” ya que son realizadas por órganos internos a través de procesos bioquímicos y biofísicos: tal razón es probablemente la causa por la cual no son considerados por la mayoría, en la correcta valoración de las condiciones de los pacientes en EV. La confrontación con la edad evolutiva es sin embargo útil y prelude de puntos de reflexión precisamente porque tales funciones son relativamente deficitarias en el neonato/lactante y obviamente no

justifican una interrupción de la asistencia o de los cuidados de estos pequeños.

C. Funciones comportamentales y relacionales

En esta categoría se consideran las funciones más elevadas propias de la especie humana. Ellas son los comportamientos humanos que nos ponen en relación con otros sujetos y también con seres no humanos, gracias a la compleja estructura de la neocorteza cerebral típica exclusivamente de nuestra especie. El modo de comportamiento y de relación, determinado por las redes corticales, se basa también sobre un complejo de conexiones y de informaciones provenientes de la periferia o de centros encefálicos situados a un nivel más bajo respecto al cortical.¹⁷ De aquí deriva la importancia del sistema sensitivo, entendido como el conjunto de todos los órganos de los sentidos, y de la motilidad que permite la exploración del mundo circundante, y por tanto de la ulterior adquisición de información. La relación y el intercambio con el mundo circundante y las otras personas, suceden bajo la forma de comunicación verbal (es decir por medio del lenguaje propiamente dicho) o por medio de otras formas de comunicación no verbal. Es la total ausencia de relación con el exterior la consecuencia probablemente más evidente y emotivamente más pesada en los casos de EV: La presencia de un cuerpo aparentemente sano y la imposibilidad de ponerse en relación con la persona con la cual se está manifestando, es ciertamente una situación distante de la realidad humana común, además que es difícil de aceptar y de comprender plenamente. Esta característica es en el fondo un reflejo de la situación en la cual se encuentran tales personas por cuanto se refiere a las funciones metabólicas y fisiológicas descritas más arriba, en perfecto funcionamiento pero “invisibles” a las personas cercanas, las cuales perciben inmediatamente la imposibilidad de relacionarse con la persona.

En realidad, tal imposibilidad no es un caso único en la naturaleza y está diversamente presente en una situación absolutamente

fisiológica, que es la edad evolutiva. La tabla 1 delinea en detalle la comparación entre las mencionadas funciones en esta categoría. La modalidad espontánea que está ausente en el adulto en EV, en el neonato está en realidad del todo descoordinada, no finalizada y disfuncional en la exploración del espacio circundante o en la relación con el otro.¹⁸ El lenguaje verbal está mayormente ausente en forma muy similar entre los ejemplos referidos. El sistema sensitivo está presente aunque no del todo funcional en el neonato y en el lactante, pero en la persona en EV, aún siendo con frecuencia aparentemente ausente o extremadamente reducido, la ciencia no es capaz hoy de excluir completamente que estos pacientes no perciban ningún dolor y no todas las conexiones cerebrales parecen totalmente inactivas.¹⁹ Esto tiene evidentes implicaciones asistenciales.

En sustancia, una vez más la situación concreta del EV y del bebé en las primerísimas etapas de la vida resulta muy similar. La semejanza nos impulsa a la retórica y provocativa pregunta “¿por qué considerar la interrupción de la hidratación/alimentación en estado vegetativo y no en el lactante? y en consecuencia “¿por qué considerar más digna de atención la vida de una persona respecto de otra?”.

La evidencia de tal confrontación nos parece proponer una respuesta lógica a tal pregunta, y es evidente que los defensores de la interrupción de la hidratación para aquellos que se encuentran en EV, no favorecerían lo mismo para la edad evolutiva. La confrontación disponible pone sin embargo un problema lógico que permanece y que podría ser explicado en dos modos:

1. Aquellos que promueven la interrupción de la hidratación y alimentación artificial sostienen tal acto por la inevitabilidad del EV que proseguirá en el tiempo, a diferencia de las características del neonato/lactante que se modificarían con el tiempo haciéndolo más capaz de interactuar con los otros, más “persona” y de algún modo más “vivo”.

2. Aquellos que respaldan la interrupción de la hidratación y alimentación artificiales, sostienen tal acto por la declarada voluntad

expresada, de diversos modos, por el paciente mismo en EV, o por otros en su nombre.

En el primer caso en realidad la tesis carece de fundamento lógico por varias razones. *In primis*, los pacientes en EV permanecen en tal condición por largo tiempo, requieren también tiempos largos y exámenes sofisticados para un diagnóstico que es siempre muy difícil y pueden estar sujetos a errores diagnósticos.²⁰ No pocas de estas personas, luego, con cuidados apropiados y con programas de rehabilitación cuidadosos, son capaces de salir del EV. Muchos otros, al contrario, quedan por desgracia prisioneros de su estado incluso por períodos de tiempo muy largos y sin necesitar soportes tecnológicos particulares.

El término EV adjetivado con “persistente” no permite un diagnóstico diverso, sino sólo un juicio de previsión convencional relativo al hecho que la recuperación del paciente es, estadísticamente hablando, siempre más difícil cuanto más se prolonga en el tiempo el EV. La ciencia médica, hasta el presente, no es capaz de predecir válidamente y con seguridad quién entre los pacientes en estas condiciones podrá recuperarse y quién no. Aún cuando se admitiese la inevitabilidad del EV y se pudiese predecir con certeza su permanencia, no puede ser la persistencia o no de algunas características en el tiempo, la que determine el juicio de vivir o no, o de suficiente calidad de vida. Algunas condiciones o momentos de la vida no pueden ser considerados menos “vivos” o menos dignos de ser vividos, quizá porque la capacidad de relacionarse del hombre está en tales casos reducida: este principio se aplicaría entonces lógicamente e impropriamente a otros estados patológicos o al mismo neonato y a todos los que están afectados por condiciones limitantes de su desarrollo psicomotor y su capacidad de relacionarse.

En cuanto al segundo caso, aún sin entrar en la discusión moral acerca de la indisponibilidad, para cualquier hombre, de cualquier vida humana y de su fin; parece evidente que la presunta voluntad expresada por el sujeto de renunciar a su propia vida es verdaderamente de difícil verificación para aquellos que están en EV, así

como para aquellos que están en la edad evolutiva. No puede bastar en tales casos la voluntad de los padres o de los esposos que, por otra parte se encontrarán siempre en una situación emotiva extremadamente grave; presagio de posible confusión respecto a los valores, proyectos y deseos expresados precedentemente. En cada uno de tales casos, el principio de *In dubio pro vita* debería llevar a recordar una vez más que la simple duda de estar en presencia de una persona viva, pone ya la obligación de su pleno respeto.

D. Capacidad de alimentarse e hidratarse autónomamente

Se llega así al último punto por el cual se sostendría la posibilidad de dejar morir a los pacientes en EV, privándoles precisamente de la hidratación, justificando tal acto precisamente con su incapacidad de sostenerse autónomamente. No se pretende entrar aquí en consideraciones morales, que nos llevarían ciertamente a no estimar el valor de una vida humana sólo en base a las capacidades de la persona o a la consideración de una sola función, por cuanto ella pueda ser elevada y típicamente humana. Aún no entrando en tales consideraciones parece evidente como, tanto en el neonato/lactante como en las personas en EV, la capacidad de alimentarse y/o hidratarse autónomamente es total e igualmente nula. Un sinsentido lógico aparece muy fuerte si se intenta justificar sólo con tal ausencia de capacidad, la interrupción de la asistencia a tales personas. El ejemplo de las primeras etapas de la vida es perfectamente oportuno, por su semejanza con el EV, pero también porque la plena autonomía nutricional es alcanzada por el bebé bastante más allá del primer año de vida y tal vez todavía más tardíamente. No se quiera por tanto considerar no digna de ser vivida toda la primera infancia. Como confirmación de que no existen datos que puedan contrastar tal consideración, es necesario recordar que en neonatología y particularmente en terapia intensiva neonatal algunos pequeños pacientes afectados por particulares patologías, y con frecuencia simplemente por la sola leve inmadurez, reciben alimentación e hidratación en manera invasiva y con métodos del todo no

fisiológicos.²¹ Estos métodos requieren ciertamente una adecuada profesionalidad, una preparación cultural médica y una buena manualidad médica, farmacéutica o de enfermería. Prueba de ello es la alimentación a través de una sonda gástrica, cuya aplicación es similar a cuanto se efectúa en el adulto en EV, o incluso la alimentación por gastroclisis continua, por medio de bombas de infusión electrónicas para las 24 horas, o incluso la nutrición parenteral total. Estos métodos son actos asistenciales arduos ordenados por el neonatólogo, y si se considerase la vida digna de ser vivida sólo por la presencia de una autónoma capacidad de alimentación, serían consideradas un grave desperdicio de recursos, inútil “experimentación” o peor aún deliberado ensañamiento.

Es evidente en cambio que estas técnicas son recursos utilísimos en el sustento vital de los neonatos y de los bebés, y han también mejorado grandemente el crecimiento y el pronóstico en los últimos años²², permitiendo una alimentación y una hidratación eficaz incluso para los más pequeños, reduciendo simultáneamente sus complicaciones. Si así es para el pequeño paciente, que no sería capaz de alimentarse y crecer, no se ve por qué no deba ser lo mismo para el paciente grande que no es capaz de hidratarse y sustentarse. Ambos adolecen de tal capacidad y ambos requieren el auxilio del médico y, bajo su prescripción, de las otras figuras sanitarias para sostenerse y permanecer en vida, reduciendo al mínimo; posibles complicaciones, sensaciones dolorosas o carencias.

Ulteriores Consideraciones Bioéticas

Si la suspensión de un tratamiento causa directamente la muerte de la persona que lo recibía, ésta no puede sino ser considerada eutanasia. Por el contrario cuando la muerte sea causada por una patología subyacente potencialmente letal y no por la suspensión misma, aquella no necesariamente constituye un acto eutanásico. Es claro que esta distinción entre agente y enfermedad causa del dece-

so, depende estrictamente de la definición de “patología potencialmente letal”.

Parece entonces inmediatamente claro cómo el EV no haya de considerarse potencialmente letal y mucho menos capaz de conducir a la muerte inminentemente. Los pacientes en este estado, por definición, que se encuentran en él por mucho tiempo, no presentan algún signo que prediga la inminencia y la inevitabilidad de la muerte y, por tanto, la suspensión de la hidratación/alimentación sería claramente la causa directa del deceso del paciente, además de no constituir por otra parte una terapia del EV mismo.

Es diferente la situación de los pacientes que se encuentran en la inminencia de la muerte, en la cual el médico puede considerar en conciencia legítimo (si no obligado), no aplicar tratamientos que prolonguen dolorosamente y sin esperanza la vida. Este simple reclamo que está a la base del concepto de ensañamiento terapéutico, no es aplicable ni a los pacientes en EV ni a lactantes o neonatos no autosuficientes, simplemente porque ninguno de ellos se encuentra de hecho en la inminencia de la muerte. Por otra parte, subsisten obvios y numerosos ejemplos de pacientes afectados por grave patología, que mueren no obstante la hidratación y la alimentación artificial, que no tienen ninguna eficacia en la prolongación de la vida en tales situaciones.²³

Estas consideraciones tienen un fundamento en la racionalidad clínica, y no sobre presupuestos de naturaleza ideológica o de fe. Prueba de ello es la posición expresada por algunos médicos estadounidenses de inspiración “laica” en relación con cuanto ha sido afirmado por la doctrina de la Iglesia Católica respecto de la hidratación y alimentación artificial, y que sostiene que tales procedimientos no deban ser considerados como extraordinarios, sino del todo apropiados para un paciente en EV,²⁴ esperando que no intervengan ulteriores complicaciones impuestas que lleven a la persona a una condición terminal de muerte inminente e inevitable por ejemplo en la sepsis severa, en la insuficiencia cardíaca o en la *multiple organ failure syndrome*.²⁵

El presentarse de tales condiciones pre-agónicas comporta las mismas consideraciones tanto para un adulto en EV que para un lactante/neonato o para un adulto consciente. Son estas consideraciones que ponen en riesgo la vida y no el EV mismo o la incapacidad de alimentarse autónomamente. Esta última no determina de hecho la muerte porque la ausencia permanente de conciencia no es por ella misma una enfermedad mortal,²⁶ y por tanto ha de considerarse como una característica de base de la persona; y quien está afectado por ella, ha de por sí considerarse como cualquier otra persona, sin ninguna discriminación debida a su no-autonomía.

Una vez más el paralelismo con las primeras etapas de la vida aparece evidente y preciso: la no autonomía del ser lactante no lleva a considerar al bebé como destinado a una muerte inminente, y por tanto no autoriza la suspensión de su asistencia alimentaria.

Dicha condición, por otra parte, no impone una carga pesada ni al paciente, ni a los parientes; no comporta costos excesivos, está al alcance de cualquier sistema sanitario de tipo medio, no requiere de por sí la hospitalización, y es proporcional para alcanzar su finalidad de impedir que el paciente muera a causa de la inanición.

Es oportuno subrayar cómo tal procedimiento, hasta la muerte por inanición, ha sido criticado en la literatura y señalado como "*slow, distressing and burdensome method*".²⁷ En definitiva una muerte lenta, dolorosa y por tanto no éticamente aceptable, incluso por aquellos que, impropriamente, considerarían la eutanasia un beneficio en provecho del paciente.

Lo que aparece a los ojos de quien está dolorosamente cercano a personas en EV y a los médicos que de ellos se hacen cargo, no debe hacer olvidar la realidad lógica presente en la naturaleza también en el paralelo hasta aquí referido, ni cuando todavía no sabemos acerca de las condiciones más extremas de la vida. La dificultad que se encuentra en tales casos no debe ser eliminada cerrando los ojos a la realidad, sino más bien, con toda una serie de apoyos como; pausas en la asistencia familiar, voluntariado como soporte en la asistencia, sistemas de cuidados paliativos, auxilio religioso y

psicológico; que recientemente se han mostrado capaces de mejorar significativamente el bienestar de familiares de pacientes particularmente graves, incluso en edad pediátrica.²⁸

Estos medios de soporte, y otros ejemplos similares dirigidos a ayudar a aquellos que deben prestar asistencia ante situaciones tan graves, estaban presentes ya desde los albores de nuestra sociedad, incluso en el nacimiento de un bebé y en los primeros momentos de su vida. Estos eventos relativos a los dos momentos extremos de la vida, nos recuerdan nuestra debilidad, nuestra necesidad de ayuda estrechamente ligada a la vida misma; ayuda y apoyo que no deberían ser nunca negados, sino más bien representar el reconocimiento mismo del misterio de la vida.

Referencias bibliográficas

¹ CRAWFORD S, BEAUMONT JG. *Psychological problems of patients, families and health professionals*. L'Arco di Giano 2004 (número especial *Life-Sustaining Treatments and Vegetative State: scientific advances and ethical dilemmas*): 60-65.

² Se distinguen normalmente, luego de la fase de gravedad, dos momentos en la posible evolución de los EV: la fase de la rehabilitación y la fase de la cronicidad. Esta última, que entra normalmente después de algunos meses (3-6 para pacientes no traumatizados y 12 para los traumatizados), se caracteriza por una inmodificabilidad o por una modificabilidad limitada del cuadro neurológico y de la consciencia. Para un encuadramiento de la problemática relativa a los caminos de tratamiento, a la asistencia en los centros de rehabilitación y en familia, en el contexto italiano, se envía a: MINISTERIO DE LA SALUD, SEMINARIO PERMANENTE SOBRE LOS ESTADOS VEGETATIVOS Y DE MÍNIMA CONSCIENCIA. *Libro bianco sugli stati vegetativi e di minima coscienza* (acceso del 20.07.2010, en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1377_allegato.pdf).

³ Sobre tal argumento se reenvía a: COLOMBETTI E. *Alimentazione e idratazione artificiale come problema di giustizia*. Medicina e Morale 2009; 6: 1083-1097.

⁴ MACDONALD MG, MULLETT MD, SESHIA MMK (Eds.). *Avery's Neonatology: Pathophysiology and Management of the Newborn*. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 20056th.

⁵ Código Penal Italiano, art. 591 "Abbandono di persone minori od incapaci".

⁶ Ley n. 578 del 29.12.1993 (*Norme per l'accertamento e la certificazione di morte*); Ministero della Sanità, Decreto n. 582 del 22.08.1994 (*Regolamento recante le modalita per l'accertamento e la certificazione di morte*).

⁷ *Constitución de la República Italiana*, art. 2.

⁸ Parlamento Europeo. *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. Gazzetta ufficiale delle Comunità europee 2000; 364: 1-22 (art.2).

⁹ MAC DONALD, MULLETT, SESHIA. *Avery's Neonatology...*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ DE LUCA D, CARNIELLI VP, PAOLILLO P. *Clinical practice. Neonatal hyperbilirubine-mia and early discharge from the maternity Ward*. Eur J Pediatr. 2009; 168 (9): 1025-1030.

¹² COMMARE CE, TAPPENDEN KA. *Development of infant intestine: implications for nutrition support*. Nutr Clin Pract. 2007; 22: 159-173.

¹³ ZUPPA AA, COTA F, BARBERI S, DE LUCA D, VISINTINI F, TORTOROLO G. *Alimentary strategies in the prevention of allergies in the neonatal period*. Pediatr Med Chir. 2002; 24:

¹⁴ ARES S, QUERO J, DE ESCOBAR GM. *Iodine Balance, iatrogenic excess, and thyroid dysfunction in premature newborns*. Semin Perinatol 2008; 32: 407-412.

¹⁵ MORTOLA JP. *Influence of temperature on metabolism and breathing during mam-malian ontogenesis*. Respir Physiol Neurobiol. 2005; 149: 155-164; SHERMAN TI, GREENSPAN JS, ST CLAIR N, TOUCH SM, SHAFFER TH. *Optimizing the neonatal thermal environment*. Neonatal Netw. 2006; 25: 251-260.

¹⁶ EVANS JR, LOU SHORT B, VAN MEUERS K, CHERYL SACHS H. *Cardiovascular su-pporting preterm infants*. Clin Ther. 2006; 28: 1366-1384.

¹⁷ KANDEL E, SCHWARTZ J, JESSEL T. *Principles of neural sciences*. New York: McGraw-Hill; 20004th.

¹⁸ VOLOPE JJ. *Neurology of the Newborn*. Philadelphia: Sanders Elsevier; 20015th.

¹⁹ BOLY M, FAYMONVILLE ME, SCHNAKERS C Y AL. *Perception of pain the minimally conscious state with Pet activation: an observational study*. Lancet Neurol. 2008; 7: 1013-1020; MONTI MM, VANHAUDENBUYSE A, COLEMAN MR Y AL. *Willful modulation of brain activity in disorders of consciousness*. N Engl J Med. 2010

²⁰ MONTI MM, COLEMAN MR, OWEN AM. *Neuroimaging and the vegetative state: re-solving the behavioral assessment dilemma?* Ann N Y Acad Sci. 2009; 1157: 81-89.

²¹ EVANS RA, THUREEN P. *Early feeding strategies in preterm and critically ill neo-nates*. Neonatal Netw. 2001; 20: 7-18; SCHUTZMEN DL, PORAT R, SALVADOR A Y AL. *Neonatal nutrition: a brief review*. World J. Pediatr. 2008; 4: 248-253.

²² DONOVAN R, PUPPALA B, ANGST D, COYLE BW. *Outcomes of early nutrition su-pport in extremely low-birth-weight infants*. Nutr Clin Pract. 2006; 21: 395-400.

²³ FINUCANE TE, CHRISTMAS C, TRAVIS K. *Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence*. JAMA. 1999; 282: 1365-1370.

²⁴ BRADLEY CT. *Roman Catholic doctrine guiding end-of-life care: A summary of the recent discourse*. J. Palliat Med. 2009; 12: 373-377.

²⁵ WHITE AC, JOSEPH B, GIREESH A Y AL. *Terminal withdrawal of mechanical venti-lation at a long-term acute care hospital: Comparison with a medical ICU*. Chest. 2009; 136 (2): 465-470, MAYR VD, DÜNSER MW, GREIL V Y AL. *Causes of death and determinants of outcome in critically ill patients*. Crit Care. 2006; 10 (6): R154.

²⁶ ETHICISTS OF THE NATIONAL CATHOLIC BIOETHICS CENTER. *Preaching points on nutrition and hydration*. Ethics Medics 2008; 33 (1) insert.

²⁷ KUHSE H. *Death by non-feeding: not in the baby's best interests*. J. Med Humanit Bioeth. 1986; 7: 79-90.

²⁸ PIERRUCCI RL, KIRBY RS, LEUTHNER SR. *End-of-Life Care for Neonates and Infants: The Experience and Effects of a Palliative Care Consultation Service*. Pediatrics 2001; 108: 653-660.

De la moral médica a la bioética clínica

*Antonio G. Spagnolo**, *Nunziata Camoretto***,
*Dario Sacchini****, *Roberta Minacori****

Resumen

La reflexión bioética clínica aparece en sentido propio a partir de los años 60's, y aunque hunde sus raíces en la ética médica tradicional, obtiene particular impulso de la nueva fisonomía que la medicina contemporánea asume, así como de un nuevo setting social, religioso y cultural que a partir de la segunda mitad del siglo XX se ha ido delineando prácticamente en todos los países occidentales.

La revista *Medicina e Morale* se ha revelado particularmente fecunda en el preparar el terreno al nacimiento de la bioética clínica en nuestro país, en el sostener el desarrollo en las fases iniciales de su actividad, en el ofrecer puntos ulteriores de crecimiento hacia los cuales, en un futuro próximo, deberá moverse.

Las diversas publicaciones están en parte relacionadas con la actividad de consultoría en bioética clínica desarrollada al interior del Policlínico Universitario "A. Gemelli" del cual son presentados los datos de casi veinte años de consultorías.

Summary

From medical ethics to clinical ethics consultation

Clinical bioethics appears earlier in the '60s. Although its roots in traditional medical ethics it draws particular roots from new look

* Profesor Titular de Medicina Legal y de Seguros.

** Doctora en investigación en Bioética.

*** Investigador en Bioética del Instituto de Bioética de la Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (E-mail: agspagnolo@rm.unicatt.it).

that takes on modern medicine, as well as a new social setting, religious and cultural in the second half of the Twentieth Century has emerged in almost all Western countries.

The journal *Medicina e Morale* has been particularly fruitful in preparing the ground for the birth of clinical bioethics at our University and our country too, and to support development in the early stages of its activities, offering suggestions for further growth to which the discipline in the next future will have to move.

Several publications cited in the article are in part related to the clinical ethics consultation held at our University Hospital "A. Gemelli" and preliminary data of nearly two decades of expertise are presented.

Palabras clave: Biética clínica, metodología, consultoría en bioética clínica

Key words: Clinical ethics, methodology, clinical ethics consultation.

Introducción

La bioética clínica constituye la expresión más reciente de la larga tradición de la ética médica occidental y delinea muy bien su especificidad en el ámbito de la medicina contemporánea.

El origen de la bioética clínica no se aleja mucho, al menos desde un punto de vista histórico, del origen de la bioética en general: ambas, de hecho, encuentran como momento propulsor una cierta coincidencia entre el desarrollo de las tecnologías biomédicas, y los cambios sociales y culturales de las sociedades modernas. Estos factores son capaces de ejercer un fuerte impacto tanto sobre la actividad clínica —en particular sobre el proceso clínico de decisión—, cuanto sobre la vida social, cada vez más profundamente “condicionada” por las nuevas intervenciones de la biomedicina: baste aquí evocar los grandes temas de la fecundación artificial, la eutanasia, etc., que han dado lugar a un intenso debate a nivel de la opinión pública, con una obvia repercusión sobre el plano legislativo, político, etc.

Si por muchos siglos la medicina ha podido “contentarse” con la enunciación de principios éticos generales como base del comportamiento del profesionista individual (cfr. el juramento de Hipócrates y la plurisecular ética médica tradicional), hoy la medicina tiene la necesidad de ofrecer una argumentación ética bien estructurada, como sustento y justificación de la propia decisión clínica. Como observaba Edmund D. Pellegrino,¹ la desviación de la ética en la palestra clínica ha modificado el mismo proceso de decisión del médico que de una manera intuitiva ha comenzado a servirse de algunos rudimentos de análisis ético buscando adquirir familiaridad con la teoría ética. Y esto también porque la ética clínica se ha vuelto una cuestión pública, debiendo justificar el médico su decisión no sólo frente al paciente, sino también ante sus familiares, a sus propios colegas, a los administradores, a los magistrados. En consecuencia todo médico ha sentido siempre más, la exigencia de un mayor conocimiento sistemático y formal del análisis ético de los casos particulares, y de comenzar a aprender cómo usar los instrumentos y los métodos propios de la bioética.

Esta es la nueva tarea que, en modo ineludible, se ha planteado para la medicina a partir al menos de los años 70 y es esta la tarea que ha sido asignada a la nueva rama de la ética médica que hoy conocemos con el nombre de “bioética clínica” (o “ética clínica”).

Pero la bioética clínica no ha aparecido de la nada: nació en el terreno fecundísimo de la plurisecular tradición de la ética médica y de la medicina pastoral. En particular es precisamente esta última que, podemos decir, ha iniciado a afrontar los casos clínicos particulares en discusión que eran propuestos a los moralistas por parte de los médicos. Como recuerda Rodríguez Luño,² era tradicionalmente la teología moral católica la que estudiaba los problemas éticos ligados a la vida y a la integridad física, colocándolos en el ámbito de la virtud de la justicia o bien del quinto mandamiento del decálogo (por ejemplo, problemas como el aborto, el suicidio, la amputación de miembros del cuerpo por motivos terapéuticos, el

tratamiento médico de los “embarazos difíciles”, etc.). Por muchos siglos ha existido en torno a estos problemas una visión moral ampliamente compartida sobre aquello que era lícito y aquello que no era. Poco a poco se ha vuelto necesario un estudio más profundo de estos problemas. A los sacerdotes, y en particular los moralistas, se les exigía cada vez más dar respuestas precisas a los dilemas éticos que el desarrollo de la medicina proponía a los fieles y a los médicos.

El primer modo en el cual se ha buscado dar respuesta a estos problemas ha sido la introducción de la Medicina Pastoral en el currículum de los estudios eclesiásticos. Era una disciplina que pretendía dar a los candidatos al sacerdocio algunos conocimientos prácticos y fundamentales de anatomía, fisiología, higiene, psicología, etc. que les ayudasen a entender y resolver bien las cuestiones que más frecuentemente se presentaban en la actividad pastoral.³ En la primera mitad del siglo XX, los teólogos sintieron, por tanto, la necesidad de elaborar manuales destinados no ya a los sacerdotes, sino a los médicos. Vieron entonces la luz numerosos volúmenes de ética⁴ que buscaban obviar la necesidad de establecer reglas claras para las ciencias biomédicas, que en aquellos años debían afrontar los nuevos problemas éticos suscitados por las tecnologías modernas, con las inevitables repercusiones desestabilizantes de la relación entre el médico y el enfermo, y que ponían los administradores frente a la necesidad de formular reglas para contener el gasto sanitario y distribuir en modo equitativo los limitados recursos disponibles.

Es sobre este terreno que también nuestra revista *Medicina e Morale* ha contribuido a hacer fecundo, a través de una constante atención a los progresos más recientes de la ética médica, permitiendo, en cuanto las circunstancias determinaron su necesidad, el nacimiento y luego el desarrollo de la reflexión propia de la bioética clínica.⁵

La aparición de la reflexión ético-clínica en la literatura científica internacional

También prestigiosas revistas científicas internacionales, como *Annals of Internal Medicine*, *The New England Journal of Medicine* y *Journal of The American Medical Association*, desde los años 70's habían comenzado a publicar un número cada vez mayor de artículos inherentes a la ética biomédica, poniendo atención a los nuevos estímulos de reflexión que surgían en el ámbito de la medicina en relación con los aspectos de naturaleza ética, pero también de relevancia económica y social de la profesión. En modo aún más específico, el 1° de abril de 1975 nació el *Journal of Medical Ethics*, mientras en agosto de 1979 la revista *Archives of Internal Medicine* inauguraba una nueva sección dedicada a la ética clínica, en la cual los editores predeterminaban presentar la perspectiva de los médicos sobre la amplia gama de situaciones clínicas de la práctica médica cotidiana que suscitan dilemas éticos. La sección tomaba el nombre de "Ética Clínica" precisamente en razón del hecho de que los cambios en la medicina moderna (y sobre todo, si bien no exclusivamente, los avances tecnológicos de los últimos 30 años), habían provocado un espectro de dilemas éticos sin precedente que requerían respuestas clínicas nuevas y razonadas. En fin, en la primavera de 1990 nació *The Journal of Clinical Ethics*, de la firme convicción de su editor, Norman Quist, que debía existir una revista científica que aplicase las reflexiones de la ética médica a la práctica clínica, en primer lugar para aquellos que proveían los cuidados clínicos. La finalidad con la cual la revista nacía era la de presentar, a través de *review*, una discusión de teorías éticas, en particular a través de su relación con la práctica clínica, su situación a cuantos se encontraban en primera línea en el ejercicio de la medicina. En segundo lugar, la revista pretendía contribuir a la reflexión sobre los temas de la bioética clínica, poniéndose de este modo, como un puente entre la teoría y la práctica. El nacimiento del *Journal of Clinical Ethics*, según Mark Siegler, Edmund Pellegrino y Peter Singer, autores del artículo in-

augural marcaba ya, para la ética clínica, el paso de la fase de la infancia a la de la adolescencia.

La Revista *Medicina e Morale*, como se ha dicho, se ha insertado oportunamente en este filón de estudios científicos que, a través del debate y la reflexión sistemática, han llevado poco a poco a la construcción de la nueva disciplina de la ética clínica, tanto en sus presupuestos fundantes cuanto en la profundización de particulares cuestiones específicas.⁶ De los años que han marcado el nacimiento de la bioética clínica hasta hoy, la Revista ha ofrecido estudios dirigidos a contribuir en la profundización del razonamiento ético más apropiado a la naturaleza del actuar médico-clínico, y de específicas tipologías de situaciones clínicas que presentan una particular problemática desde el punto de vista de la decisión ética. Las contribuciones científicas ofrecidas por la revista son verdaderamente numerosas –no obstante la joven edad de la disciplina– y todas merecerían una mención específica por la importante colaboración aportada por cada una de ellas. Sin embargo, por exigencias redaccionales podremos citar sólo algunas, a modo de ejemplo, del camino científico que la Revista ha realizado en el ámbito de la reflexión de la ética clínica. Además de la contribución ofrecida a través de la publicación de ensayos, la Revista ha seguido con constante atención el desarrollo del debate científico internacional a través de la lectura crítica ofrecida por las reseñas publicadas en la rúbrica “De la literatura internacional” (atendida desde sus inicios hasta hoy por nuestro grupo).⁷

Hacia una definición de los fundamentos de la ética clínica

En 1988, un editorial de Elio Sgreccia⁸ consideraba en lo específico la cuestión todavía debatida relativa a la identidad y al rol de la bioética clínica en el ámbito de la decisión médica. Tal rol era designado como: “examinar en lo concreto de la praxis médica, fren-

te a la situación propuesta por la casuística terapéutica o diagnóstica, cuáles son los valores en juego y por cuáles modos correctos se puede encontrar una línea de conducta sin mortificar tales valores”. La editorial proseguía poniendo en evidencia cómo la ética clínica constituye el momento máximo operativo y, por tanto, también el momento de máxima síntesis de toda la reflexión ética concerniente al actuar médico —aquella conducida por la ética médica tradicional y aquella más reciente de la ética biomédica— aplicada con una metodología (o una argumentación ética) que permita aplicar este saber teórico a la operatividad requerida por el particular caso concreto. Por tal razón, la ética clínica es también el banco de prueba de la validez de toda la restante reflexión ética en medicina. Ciertamente —emergía aún de la editorial— los casos de la bioética clínica frecuentemente constituyen obstáculos aplicativos en los cuales el problema ético se presenta sobre un terreno concreto y en una situación considerada no en general, sino configurada por determinadas circunstancias. Es en este terreno que la ética se vuelve comportamiento, praxis y concreción, sin embargo esta “concreción” no puede significar una bioética programáticamente privada de principios y ausente de una referencia a los valores fundamentales. En realidad, en la decisión particular de la ética clínica —así concluía la editorial— está implícita “toda” la bioética (incluida la parte fundante) y esto aún cuando no se admitiese. Es verdad, sin embargo, que la decisión ética de fondo puede verse más fácilmente escondida entre los pliegues de la concreción y en la complejidad del dato situacional, por tanto precisamente el campo de la bioética clínica, más aún que otros ámbitos de la bioética, requiere además de una competencia sobre los problemas científicos en detalle, un conocimiento adecuado de los fundamentos y del método, así como de un perfeccionamiento experiencial en el juicio valorativo que permita al eticista clínico afrontar con “agilidad” también las situaciones más complejas.⁹

El desarrollo de la ética clínica ha comportado también una definición del camino de decisión más apropiado que permita la apli-

cación de la norma moral general al caso concreto. En este contexto se puede afirmar que los absolutos morales y las acciones intrínsecamente deshonestas representan una cuestión crucial en la reflexión de la ética clínica. De hecho, gobernando la decisión concreta frente a problemas entre los más debatidos como el aborto voluntario, la eutanasia, el aspecto de la verdad en la comunicación con el paciente, sólo por citar algunos ejemplos. Afirmer que un tipo de acción –la eutanasia, por ejemplo– es intrínsecamente deshonesto significa afirmar que en la práctica no podrá nunca, en ninguna circunstancia, ser actuada; si en cambio tal tipo de acción –en la hipótesis del caso de la eutanasia– no es intrínsecamente deshonesto, aún pudiendo en vía ordinaria ser desaconsejada, en algunas circunstancias excepcionales podrá (o incluso deberá) ser admitida.

La cuestión ciertamente se presenta como exigencia muy práctica respecto a la posibilidad o no de introducir en el instrumental del médico algunos tipos de intervenciones; sin embargo, ella refiere inmediatamente a la reflexión precedente, a los principios que sostienen las diversas posibles soluciones. Tales principios están muy lejos de encontrar una aceptación universal y serena, y esto porque se han puesto en discusión aspectos de la reflexión ética todavía más importantes, es decir, la doctrina del acto moral y de la ley natural: como vemos, el peligro que se esconde detrás de la que al inicio hemos definido “exigencia muy práctica” y que todo el conjunto de la reflexión moral tradicional sea desarticulado. No obstante se reitera cómo, en ausencia del reconocimiento de reglas morales absolutas, la ética se reduciría simplemente a un hecho de preferencias personales y sociales, abriendo las puertas al más radical subjetivismo ético.¹⁰

Características y métodos del proceso de decisión ético-clínico

La literatura científica de estos últimos años se refiere, cada vez más frecuentemente, al análisis y a la valoración de algunos crite-

rios para tomar decisiones en medicina frente a situaciones éticamente relevantes: entre estas emerge sobre todo el criterio de las *preferencias* del paciente como pauta esencial con el fin de lograr una asistencia clínica centrada en el paciente (*patient centered*).¹¹

No obstante, el criterio en cuestión no debe ser interpretado según la unilateralidad de la ética de la autonomía, sino según la condición del ser humano, *el paciente*, como persona en relación. En tal modelo solidario y compartido, que refiere a un proceso deliberativo definido *shared decision making*, la familia ocupa un puesto importante en el proceso deliberativo. El modelo de la *family-centered care* se basa en una percepción no individualista, sino relacional de la autonomía del paciente y se propone establecer cuál deba ser el rol de la familia y cómo poder tomar decisiones difíciles para el paciente tanto de un punto de vista físico, como del emocional. Una perspectiva tal asume particular relevancia si consideramos cuánto se haya vuelto impersonal y fragmentaria la relación médico-paciente-familia, a causa de una medicina cada vez más especialista, generando, por otra parte, el aislamiento del paciente y un alejamiento de los principios éticos y deontológicos de una ética del tomar bajo su cuidado, que es una ética en primer lugar en relación. Por tanto, la intervención de la familia y la consciencia por parte del paciente de una identidad de tipo relacional y no ya sólo individualista, reviste una importancia fundamental: muchos pacientes se inclinan por adoptar actitudes de confianza hacia el juicio de sus familiares.

La progresiva extensión del principio de autonomía y del concepto de calidad de vida, en detrimento del paternalismo médico ha llevado, entonces, a una cada vez mayor participación del paciente y de sus familiares en la decisión médica, precedentemente conducida mayormente a la luz del sólo juicio clínico. En tal contexto, sin embargo, surgen particulares dificultades en el momento en el cual el paciente, primer actor de la relación terapéutica, no es capaz de participar válidamente en el proceso de la decisión: se

vuelve así inevitable la adopción de una forma algo difuminada de paternalismo, en la cual los médicos y los familiares deciden cuál es el bien del paciente. Para obviar si estos últimos “residuos” de paternalismo son propuestos como instrumentos de decisión, las así llamadas “directrices anticipadas de tratamiento” (DAT), con el objetivo de promover la autonomía del paciente, incluso en contextos de incapacidad de elección actual, indicando a los médicos las preferencias del paciente en relación con los tratamientos, expresados en un momento en el cual él es todavía competente. Como es discutido en el artículo sobre el fin de la vida, a cuyo tratamiento se hace referencia,¹² las DAT representan sin embargo un instrumento frecuentemente sobrevalorado en sus potencialidades para definir cuál sea la decisión a tomar por parte de los médicos. Existen múltiples límites de su utilización, que deberían considerarse atentamente cuando se elija valerse de estos instrumentos para la decisión clínica.¹³

Una problemática quizá un poco más reciente, relativa a la decisión ético-clínica se refiere a las líneas-guía éticas y otros instrumentos que cada vez más frecuentemente son predispuestos por estructuras sanitarias particulares con la finalidad de acompañar el proceso de decisión.¹⁴ La necesidad de instrumentos de decisión ético-clínicos nacen de la consciencia de la notable variedad que se descubre hoy en las decisiones de área crítica; el fenómeno ha de reconducirse sin duda a la diferentes necesidades y preferencias de cada paciente, pero en cierta medida es atribuible también a factores independientes del paciente como, por ejemplo, la disponibilidad de recursos, aspectos culturales inherentes a la decisión, el particular estilo profesional del médico. Con el fin de armonizar una praxis tan heterogénea y centrarla sobre el paciente, han sido elaborados diversos “instrumentos” de decisión en términos de protocolos, líneas-guía, *policy*; las mismas directrices anticipadas de tratamiento habrían de interpretarse como un método para registrar las preferencias del paciente relativas a la reanimación y a otras intervenciones de *life-support*.

Todas estas tipologías de instrumentos tienen un compromiso ampliamente consolidado en muchas áreas de la medicina, sin embargo permanece todavía incierto cuál rol podrían desarrollar en las decisiones de *life-support*, teniendo en cuenta el hecho de que tales decisiones son complejas y emotivamente difíciles. Tomar una decisión respecto al empleo de los medios de *life-support* implica no simplemente confrontarse con el factor de la incertidumbre crítica —siempre que esto sea cosa de poca importancia— sino frecuentemente también con una especie de “desorientación” ética: se trata, en fin, de un tipo de razonamiento que es difícil “encarcelar” en algoritmos de decisión, los cuales si son inadecuados, terminan incluso por interferir en la comunicación y en un apropiado proceso de decisión en vez de favorecerlo.

El verdadero nudo a desatar en la praxis clínica, tanto desde un punto de vista médico como desde un punto de vista ético, no es tanto el de definir *quién* deba tomar las decisiones sino el de llegar a la mejor decisión para el paciente: en esto, el camino de elección tiene sólo un valor instrumental. Naturalmente esto no significa negar cualquier tipo de valor a las líneas-guía éticas; simplemente se reafirma que la bondad ética de una decisión no está en el haber respetado una línea-guía, un procedimiento, sino en el haber elegido aquello que es bueno para el paciente. Es necesario por tanto evitar dar una interpretación de procedimiento o legalista de la reflexión ética, cosa que precisamente sucedería si los algoritmos de decisión fuesen empleados, en lugar de cómo auxiliares en el trayecto de determinación, como referencias exclusivas, de por sí necesarias y suficientes, para identificar la decisión buena. He aquí por qué sería apropiado que las líneas-guía, recomendaciones e instrumentos de elección en general —fuera de la consideración de situaciones clínicas bien definidas, en las cuales existe la posibilidad de ofrecer específicas indicaciones de conducta— se limitasen más bien a evocar valores y criterios de resolución, apegándose de este modo al rol, irrenunciable cuando se habla de la decisión concreta

del juicio prudencial relativo a la elección del bien en la situación particular.

En seguida examinaremos algunos ejemplos de temáticas específicas de bioética clínica que han sido tratados en la revista en estos años; otros son tomados en consideración en otras contribuciones de este fascículo.

La verdad al paciente. La cuestión de la verdad al paciente es una cuestión central de la relación médico-paciente. El principio guía, al menos en los países occidentales, ha sido inicialmente el de la autonomía y de la información como pre-requisito necesario a la autodeterminación del paciente. Sobre todo en los años 90, han surgido consistentes diferencias en la práctica de la información al paciente, haciendo de dicha temática uno de los principales objetos de debate entre los bioeticistas. En el determinar las diferencias un rol relevante ha sido desempeñado, además de la delicada relación entre autonomía y beneficio, por las influencias culturales, justamente reconocidas como un elemento ético fundamental en la relación médico-paciente, sobre todo en el aspecto científico de la información. Las razones del viraje hacia la cultura del consentimiento informado en Italia son presumiblemente las mismas que habían precedentemente determinado el cambio en los Estados Unidos: los progresos terapéuticos, especialmente aquellos en el ámbito oncológico, un mayor conocimiento por parte de los ciudadanos de la naturaleza de los tratamientos de las neoplasias, un incremento en la formación de los médicos respecto a los cuidados paliativos y a los aspectos del fin de la vida, requisitos legales progresivamente vueltos más rigurosos en cuanto concierne a la información y la adquisición del consentimiento informado, una especie de activismo de los pacientes y de la sociedad.¹⁵

Ciertamente es necesario reconocer en la autonomía un valor a promover siempre, en todo individuo y en cada decisión, y aún más cuando estén en juego bienes tan fundamentales, y tan personales, como el bien de la salud, respecto al cual sólo el sujeto puede decir la última palabra. La consideración de la autonomía no

debe limitarse a la apreciación de la sola facultad, de la capacidad de un individuo de expresar una voluntad: esta representaría una visión verdaderamente parcial de la autonomía. La autonomía, cuando la entendemos en su integridad, no está, por tanto, sólo en el ejercicio fin en sí mismo, “vacío” osaríamos decir, de una facultad, sino siempre es conexo a un objeto de elección, a un contenido que es luego aquello que confiere valor a la autonomía misma. En este contexto la información se vuelve un derecho para el paciente y un deber para el médico: la información “verdadera”, aquella que es fiel a la realidad, es aquello que permite al paciente hacer una elección a su vez “verdadera”, por tanto buena.

No obstante, el paciente en cuanto realidad existente —quizá no es superfluo recordarlo— no se reduce a su sola realidad biológica, sino constituye algo más complejo; y es precisamente esta complejidad que debemos tener en cuenta cuando queremos dar la información al paciente, información que, para ser “verdadera”, no podrá por tanto limitarse a un tratado de oncología clínica y molecular, porque el ser humano, aún siendo un ser biológico y aún teniendo la enfermedad un importante componente biológico, no es sólo un ser biológico.

El sentido de la información no se agota en el mero respeto de los principios abstractos (verdad, transparencia). Más bien, la “comunicación” que se realiza entre el médico y su paciente (lo que implica no sólo una transmisión de informaciones, sino el compartir el objetivo de la salud, obviamente, y de los valores a los cuales inspirar la propia conducta) será la base sobre la cual construir la comunidad terapéutica. En esta relación, una parte de las informaciones está ciertamente dirigida a tomar las decisiones; hecho más importante, la información contribuye a crear la confianza, que es luego el primer beneficio que el paciente recibe de la relación con el médico.¹⁶

Ética clínica en neonatología. Los progresos de la ciencia y de la tecnología impactan en manera sin duda estrepitosa el ámbito de la neonatología, suscitando paralelamente serios problemas éticos

respecto a cuál decisión práctica realice el “bien” del paciente. Tales dificultades se deben no tanto a un conocimiento insuficiente de los valores éticos que deben iluminar la decisión médica, cuanto a la incertidumbre del pronóstico, en relación a la posibilidad de supervivencia y, sobre todo, a la previsión del estado de salud que caracteriza la neonatología. En una perspectiva propiamente ética podremos por tanto decir que se abren en este contexto al menos dos grandes capítulos: la individualización de la situaciones de ensañamiento terapéutico y el rol desarrollado en el proceso de decisión del previsible estado de salud (en literatura muy frecuentemente referido como “calidad de vida”, expresión que, sin embargo, expresa mal la sustancia del requisito). Estos aspectos de la reflexión ética se presentan en el aspecto práctico del dilema si proceder o no a un tratamiento de sustento vital, dilema que tal vez titubea en un conflicto, entre médicos y padres, sobre cuál decisión en lo concreto deba ser tomada.¹⁷

Resulta particularmente alarmante, en ámbito neonatológico, la publicación del Protocolo de Gröningen por parte de un grupo de neonatólogos holandeses. La controversia ha suscitado un intenso debate que se ha extendido hasta Italia dando lugar a pronunciamientos públicos por parte de sociedades científicas y organismos de Gobierno, al cual *Medicina e Morale* no ha dejado de ofrecer su propia contribución.¹⁸ La decisión de iniciar o continuar tratamientos en neonatos afectados por graves patologías representa en todo el mundo uno de los aspectos más difíciles de la práctica clínica pediátrica. De hecho, no obstante el desarrollo tecnológico de la medicina y la multiplicidad de medios actualmente a disposición para el tratamiento de anomalías congénitas o de la inmadurez, es siempre muy difícil, en algunos casos, llegar a una decisión clínica, especialmente cuando la patología se asocia a un sufrimiento que parece no controlable y privado de perspectivas de mejoramiento. En Holanda, de 200,000 recién nacidos cada año, 1,000 mueren por enfermedades dentro del primer año de vida y para 600 de ellos, se plantea el problema de una decisión médica relativa al fin de la

vida. Es precisamente este país, uno de los primeros que ha introducido una legislación que regula la eutanasia, de donde proviene la propuesta de un “protocolo” dirigido a extender la eutanasia a la fase neonatal.

El protocolo nos induce a algunas reflexiones. En principio, al vasto movimiento de pensamiento pro-eutanásico que actualmente permea una amplia gama de la opinión pública en los países occidentales, el fomento de la eutanasia parece provenir del deber de los médicos y de la sociedad en general de respetar en manera absoluta la voluntad del paciente mismo. Pero desde el inicio se podía intuir que este respeto de la autonomía del paciente, así interpretado, además de ser inapropiado a la naturaleza del hombre, y a la disponibilidad del bien de la vida, en realidad escondía motivaciones de otro género. Motivaciones de naturaleza utilitarista y ligadas a ideologías fundadas sobre el concepto de calidad de vida, propiciando la posibilidad de aplicaciones de estas prácticas también –y sobre todo– a otras categorías de pacientes, independientemente de la posibilidad que ellos tengan de expresar válidamente su propia voluntad. Este temor, como el protocolo de Gröningen testifica, se ha concretado extendiendo la práctica eutanásica al ámbito pediátrico, práctica que, como se ha dicho, no puede ciertamente encontrar una justificación fundada sobre el respeto de la autonomía del paciente, si acaso la autonomía del paciente puede justificar la interrupción de su vida. La solución ha sido, en cambio, la de incluir la eutanasia en el armamento terapéutico a disposición de la medicina.

Y aquí emerge la aberración de fondo contenida en este protocolo, es decir, que sean precisamente los médicos los que suprimen la vida, aquellos que por mandato profesional han asumido el compromiso frente a la sociedad, de tutelar, defender y promover la vida y la salud de las personas que les son confiadas. Muchas veces el texto hace referencia al “sufrimiento que no puede ser aliviado por ningún medio”, como situación que haría “humana”, y por tanto lícita, quizá incluso deseable, la solución de la eutanasia. En-

fatizar el dolor intratable aparece como la máscara detrás de la cual esconder decisiones que, de nuevo, parten de valoraciones sobre la calidad de vida, y que pensamos puedan llevar, sin exageración alguna, a nuevas ideologías de discriminación hacia las cuales nuestra sociedad y nuestro pensamiento están rápidamente procediendo.

Otro aspecto de este trabajo llama inmediatamente la atención: la terminología extremadamente clara, explícita, que los autores emplean al referirse a las prácticas eutanásicas. No existe ningún pudor en el indicar o incluso en el sugerir la interrupción activa de una vida humana, la muerte procurada; ni siquiera se ve el intento de disimular la propia conducta, buscando, por ejemplo, hacerla entrar en las categorías, que serían otra cosa, de no-ensañamiento, de proporcionalidad de los tratamientos. Proponemos esta consideración no ciertamente porque deseamos aquellas manipulaciones lingüísticas, ampliamente presentes en el actual contexto científico y cultural, destinadas a atenuar la tensión ética del mal que se hace. Más bien, queremos poner en evidencia cómo se ha degradado incluso la consciencia moral del mal que se realiza, por lo cual no se toma ni siquiera la molestia de enmascararlo, atenuarlo; sino simplemente se declara porque no se percibe ya como un mal.

También deja perplejos definir “estrictas condiciones”, a las cuales estaría subordinada, según el parecer de los autores, la ejecución de la eutanasia, la petición de: un consentimiento pleno de los padres, del parecer de un *team* médico que incluya un miembro no implicado en el tratamiento directo del pequeño paciente, de una definición clara de la patología y del pronóstico. Estos, aquí mencionados, parecen requisitos mínimos y todavía insuficientes, desde el momento que tienen una naturaleza de mero procedimiento y desatienden la cuestión ética verdaderamente importante de cuál sea el bien del paciente. Parece, en cambio, que los autores del protocolo consideran la satisfacción de tales procedimientos como garantía eficaz de ética de la conducta profesional. Y aquí se ponen en evidencia, una vez más, si hiciera falta, las carencias de una ética sólo de procedimientos, que valore la bondad ética de una de-

cisión médica únicamente sobre la base del respeto de los procedimientos, precisamente como en este protocolo se propone. El problema ético, lo reafirmamos, no es el respeto de los procedimientos, sino el bien a realizar; y ningún procedimiento puede justificar una acción que vaya contra la naturaleza y el valor del hombre. Así es toda forma de eutanasia, homicidio directo y consciente de un ser humano.

La sedación paliativa. La práctica de la sedación paliativa, definida en general como “la administración de fármacos que inducen y mantienen un sueño profundo para el alivio del sufrimiento intratable del fin de la vida”, no está exenta de aspectos altamente problemáticos no fácilmente solucionables aún cuando tengan una posible justificación a la luz de la doctrina del doble efecto.¹⁹

Antes que nada un primer aspecto se refiere al número siempre creciente de publicaciones científicas que parecen referir eutanasia y suicidio asistido como una verdadera práctica médica. Muchos de estos trabajos, por otro lado, tienen una amplia resonancia mediática llegando a suscitar la duda de si la praxis eutanásica esté en realidad bastante más difundida de cuanto indica la literatura científica. Tal mayor incidencia sería considerada en la así llamada *slow euthanasia*, es decir la administración de fármacos sedantes y/o analgésicos al paciente moribundo, con la finalidad de atenuar los síntomas, pero también con la finalidad de acelerar el proceso de su muerte. Por otra parte, si la eutanasia voluntaria (actuada a petición explícita del paciente) y el suicidio asistido serían tipos de actos bien identificables, más difícil sería, en cambio, en lo concreto de las situaciones, llegar a la individualización de la *slow euthanasia*. Muy frecuentemente será difícil distinguir simplemente observando del exterior si se trata de una sedación paliativa o más bien de una aceleración de la muerte, es decir de un acto de eutanasia: la distinción, en estos casos, podría estar representada únicamente por la intención del médico que suministra la sedación, aspecto no verificable por parte de un observador externo.

Otro aspecto muy debatido en el ámbito de la administración de la sedación paliativa se refiere a qué tipo de sufrimiento deba ser tratado con este instrumento: dolor, vómito, convulsiones, etc., o también depresión, *distress* ligado a la pérdida de autonomía, sufrimiento espiritual/existencial. De nuevo, emergen dudas respecto del requisito de refractariedad del dolor o del sufrimiento: ¿este requisito podría decirse satisfecho sólo una vez que se han intentado las posibles soluciones, o simplemente una vez que el paciente, los familiares o el médico decida no realizar otros intentos o recurrir a otras soluciones? ¿Cuándo entonces, en el curso de una enfermedad, podría decirse apropiado recurrir a la sedación terminal: sólo en el paciente ya en agonía, moribundo, o bien en el paciente definido terminal, o incluso aquel que, según una definición vaga: “se está aproximando al fin de la vida”? ¿Quién estaría llamado a permitir la sedación paliativa: el paciente o bien también los familiares? En esta última hipótesis es evidente el riesgo de secundar la petición de un beneficio para la familia, más que para el paciente.

Un ulterior elemento de complejidad de la decisión está representado por la necesidad de comunicar al interior del equipo asistencial una semejante decisión, que, indiscutiblemente, suscita en el equipo tratante fuertes reacciones emotivas, dando la impresión a muchos de los miembros de estar actuando la muerte del paciente; esto vale también si desde el punto de vista racional, ellos comprenden bien el significado de la sedación paliativa. Igualmente importante es, obviamente, la discusión de la decisión con el paciente mismo y/o con sus familiares además de un obligado respeto de la autonomía del paciente (la discusión deberá por tanto ser clara sobre los objetivos que se intentan alcanzar con la sedación paliativa, sobre las modalidades con las cuales será actuada, sobre las problemáticas conexas a ella), tal comunicación acompaña al paciente al evento de la muerte: en este sentido un apoyo válido está frecuentemente representado por la inclusión de un asistente espiritual.

Aceptada así la admisibilidad ética de la sedación paliativa, en los términos y con los límites previstos por una correcta aplicación

de la doctrina del doble efecto, el aspecto que se subraya se refiere en cambio a la perplejidad sobre la real necesidad de recurrir a este procedimiento. La experiencia de no pocas estructuras asistenciales indica un recurso verdaderamente ocasional –por no decir prácticamente inexistente– a la sedación profunda de pacientes, aún en fase de agonía. Podemos considerar la evidente escasa necesidad de recurrir a tal modalidad de sedación como el fruto, además que de una atenta prevención de los efectos colaterales ligados a la terapia del dolor, sobre todo de un acercamiento combinado capaz de potenciar los beneficios derivados también del sustento psicológico y espiritual ofrecido al paciente, beneficios frecuentemente minusvalorados en la asistencia a los enfermos terminales. A la luz de estos datos, debemos concluir que, aún siendo la sedación profunda del moribundo un modo practicable en algunas circunstancias, no parece sin embargo el modo a privilegiar o a considerar como acercamiento a elegir, respecto a opciones quizá menos ágiles, pero practicables, y ciertamente la únicas que pueden decirse respetuosas de la dignidad de la persona moribunda. El acercamiento personalista se muestra una vez más como la mejor (en cuanto la más apropiada) respuesta también a los dilemas éticos que surgen en la práctica clínica y que demasiado frecuentemente se pretenden resolver en modo de mero procedimiento o como quiera fuera de toda hipótesis de normatividad ética.

La consultoría de ética clínica: nuestra experiencia en el Policlínico Universitario “A. Gemelli”

Surgida inicialmente en función de casos clínicos que habían originado una amplia discusión pública (como el caso de Karen Ann Quinlan, aquel de Nancy Cruzan y más recientemente el de Terri Schiavo), la consultoría de ética clínica se ha ido rápidamente estructurando como actividad ordinaria en el ámbito de la asistencia médica, al punto que, al menos en los Estados Unidos, los organis-

mos de acreditación requieren que las estructuras sanitarias prevean en su interior sistemas para la solución de los problemas éticos.²⁰

La integración estable de una actividad de consultoría ética en el contexto de la praxis médica, determina la necesidad de individualizar algunos criterios para la valoración de la eficacia del servicio ofrecido.²¹ Tarea no fácil dado que el rol de la consultoría ética y la habilidad y la formación necesarias para desarrollar este servicio, son todavía ampliamente debatidos en países como los Estados Unidos en los cuales la consultoría de ética clínica es una praxis ya consolidada. Un adecuado sistema de valoración de la consultoría ética, además, es necesario para demostrar el valor del servicio mismo y por tanto su significado al interior de una estructura sanitaria: este aspecto asume una particular importancia en realidades como la italiana, en las cuales gran parte de las instituciones sanitarias todavía no parecen muy convencidas de la real necesidad de semejante servicio; en todo caso, en un época de recursos limitados, la utilidad de un servicio, si no es adecuadamente demostrada, constituye una razón válida para el retraimiento del servicio mismo.

En la literatura aparecen diversas propuestas para valorar la eficacia de la consultoría ética, no obstante la mayor parte de estas se vuelven problemáticas cuando insisten en la necesidad de utilizar parámetros de valoración que sean cuantificables y estandarizables: parámetros de este género resultan sin duda atractivos, pero no corresponden a las finalidades características de la consultoría ética y por tanto no son capaces de evaluar adecuadamente su eficacia. Muchos estudios de hecho, toman en consideración o el grado de satisfacción percibido por los pacientes, por los médicos y por cuantos están implicados en el proceso de consultoría, o bien los parámetros clínicos que más típicamente se ven influenciados por una consultoría ética: tal influencia, sin embargo, se ejercita siempre en modo indirecto y sería por tanto un error peligroso llegar a considerar precisamente tales parámetros como criterios de validez de una consultoría ética. El riesgo de estos estudios es de minar la

raíz de la naturaleza de la actividad de la consultoría ética, poniendo como objetivos primarios de la misma aspectos que son sólo algunos fenómenos que indirectamente pueden abonar a una consultoría ética, pero que no constituyen en sí sus objetivos propios. Por tanto, el problema principal ligado a los estudios empíricos de valoración de la consultoría ética está representado por el hecho de que los fenómenos que tal vez acompañan la consultoría ética, como la reducción en el empleo de tratamientos no benéficos (y por tanto en los costos sanitarios) es un cierto grado de satisfacción en relación con la consultoría tanto por parte del paciente y de los familiares, como por parte de los operadores sanitarios —fenómenos por otra parte no del todo inesperados si consideramos por un lado que en la medicina clínica el riesgo más frecuente es aquel del exceso terapéutico en lugar de aquel de la eutanasia, y por el otro que la posibilidad de reflexionar sobre los valores en juego contribuye a serenar una situación de tensión emotiva muy fuerte que frecuentemente surge en las situaciones clínicas— quieren ser por estos estudios sistemáticamente demostrados, precisamente como si fuesen criterios prioritarios de la eficacia de una consultoría ética en vez de los fenómenos que, aún siendo positivos, permanecen siempre contingentes respecto de una particular consultoría ética.

Puestos al margen los *outcome* clínicos y de satisfacción, como parámetros para la valoración de la consultoría ética, los autores individualizan más bien algunas analogías entre los objetivos de la consultoría ética y aquellos de la asistencia pastoral en ámbito clínico. Quedando firme naturalmente, las obligadas distinciones del momento que la consultoría ética se funda sobre la ética “natural” en vez de la religiosa, y mira a resolver los problemas que emergen en el ámbito de la decisión médica, análogamente a la asistencia pastoral, la consultoría ética implica aspectos que están fuertemente ligados a la dimensión personal y son en sí mismos normativos. Es por tanto común a ambas la dificultad de valorar un proceso en el cual el rol principal es desempeñado por factores (los valores

morales y los valores espirituales, respectivamente) y no inmediatamente observables y tanto menos cuantificables. Ambas, además no están en función directa del éxito clínico que podría derivarse de una determinada decisión de tratamiento: en nombre de los valores morales y espirituales, de hecho, el paciente podría también decidir rechazar un tratamiento que entra en conflicto con tales valores.

La mejor medida del éxito de una consultoría ética está constituida por la efectiva contribución que ella ofrece en el planificar un tipo de tratamiento que realice la mayor conveniencia del paciente, en sentido global. En esta perspectiva, todo intento de medir la eficacia de la consultoría ética, por tanto, no puede prescindir de la multiplicidad de los factores en juego, algunos de los cuales son objetivos, mientras otros permanecen subjetivos.

Nuestra experiencia en el Policlínico “Gemelli” se ha ido realizando en la medida que el Instituto de Bioética se desarrollaba en su actividad científica y didáctica, completándose con la tercera función eje de la actividad en la Facultad de Medicina y Cirugía, es decir, la asistencial (además de la científica y didáctica). En los primeros años en modo esporádico y ocasional y sucesivamente más sistematizada, la Bioética Clínica se ha ido configurando en nuestra Universidad no sólo como un área de interés en el ámbito de la praxis clínica cotidiana, sino como expresión de una disciplina científica, con su propio saber específico y su particular estatuto académico (a nivel nacional la Bioética Clínica se ha insertado en el currículum de estudios de la carrera de Medicina y de otras profesiones sanitarias, definida en la declaración del sector científico-disciplinar MED/43 – Medicina legal²²).

Una vez elegido, entonces, el acercamiento metodológico que entendíamos utilizar en la Bioética Clínica, hemos buscado definir el modo de proceder frente al caso concreto por parte del consultor, en la consciencia de que la ética clínica es propiamente expresión del médico que toma la decisión mientras el consultor (médico o filósofo o moralista) puede aportar solamente una ayuda a

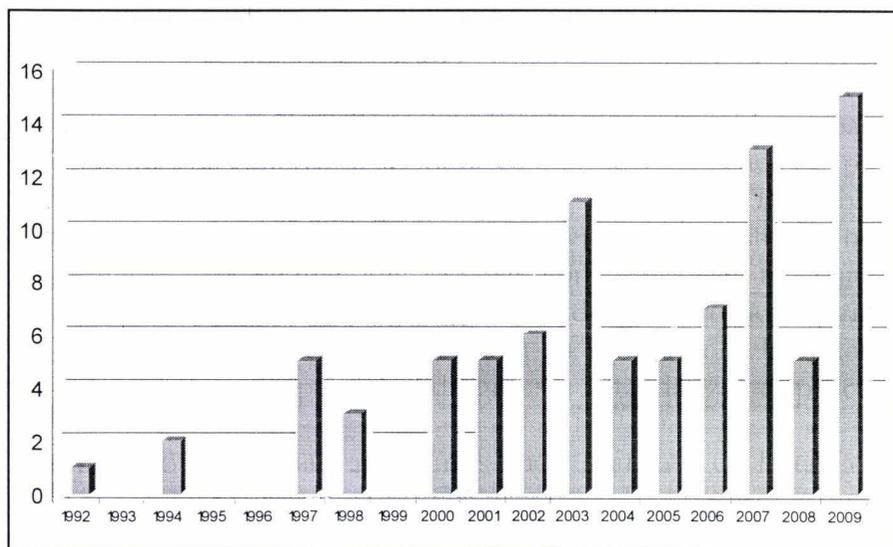
aquella decisión, y es precisamente este rol el que hemos buscado definir en modo claro sobre el plano metodológico.

Un elemento irrenunciable sobre el cual todos convergen es que aquellos que desempeñan una consultoría ética a favor de pacientes, operadores sanitarios, y otros sujetos implicados en casos clínicos que presenten conflictos morales, o éticamente problemáticos, deben poseer una específica competencia.²³ Los acercamientos del consultor pueden ser diversos, pero en verdad también aquí la orientación en la comunidad de los estudiosos encuentra un consenso en un acercamiento bien específico. Brevemente, se puede formular la hipótesis de un acercamiento autoritario, un acercamiento de pura facilitación y, en fin, un acercamiento de facilitación ética. Los primeros dos presentan numerosos elementos de crítica que les llevan a ser de hecho excluidos. Así, el acercamiento autoritario pone el énfasis sobre el consultor ético que de hecho resulta ser aquel que en último análisis decide, sin formularse la pregunta de quién deba ser, en cambio, el sujeto más idóneo para decidir, desde el punto de vista ético, o incluso ignorando la voluntad de este último. Por otra parte, en el acercamiento de mera facilitación a la consultoría ética, el único objetivo es aquel de encontrar un consenso como fin sin considerar las implicaciones de los valores o peor violando derechos.

Ha parecido más apropiado el tercer acercamiento, aquel de la facilitación ética a la consultoría, que en mayor medida que los demás constituye una válida ayuda para identificar y analizar la naturaleza de las incertidumbres y de los conflictos morales, facilitando el consenso entre las personas implicadas (pacientes, familiares, tutores, operadores sanitarios), teniendo en cuenta aquello que cada uno considera como “bien-para-ellos”, de quién es la autoridad de decidir, que la posición moral del consultor no debe ser privilegiada, que valores, leyes, y decisiones institucionales son relevantes en cumplimiento de la aceptabilidad moral del consenso, expresando un equilibrio entre valores personales y valores sociales.

En nuestra experiencia la consultoría de ética clínica se ha revelado como una ayuda concreta para la individualización de los aspectos de mayor problematicidad de las situaciones clínicas, para la interacción tratante/s-paciente/familiares y la aclaración y la participación de los objetivos de los actos médico-asistenciales propuestos. El potencial tecnológico de cual está dotado el Policlínico, así como la existencia de estructuras asistenciales específicas (hospice) y de centros de investigación, han constituido una fuerte motivación para institucionalizar un verdadero y propio Servicio de Bioética Clínica. Actualmente están en proceso de elaboración los procedimientos operativos dirigidos a estandarizar el proceso mismo de consulta.

En modo preliminar, aportamos en la gráfica y en la tabla siguientes los datos relativos respectivamente al número de consultas de bioética efectuadas por año y la tipología de las mismas (Unidades operativas solicitantes y problemas examinados), a partir de 1992, cuando se ha constituido el Instituto de Bioética, hasta el 2009. Se trata de datos que deben ser ulteriormente evaluados



para captar su calidad y significado. De hecho muchos de los artículos que han sido anteriormente citados y que han aparecido en la Revista, son el fruto de casos examinados en consultoría con los diversos entes clínicos que la han requerido. Este aspecto es resultado particularmente importante en el plano pedagógico porque nos han ayudado a impostar en modo eficaz toda la parte formativa que se refiere a la ética “en el lecho del paciente”. La activación de cursos de formación, en particular de nivel avanzado, al interior de una facultad de medicina nos ha permitido ofrecer en modo privilegiado, y con la participación del mismo personal clínico como docentes, una atención a esta parte de la bioética que está relacionada con el “tomar las decisiones” en ámbito clínico.

Tabla 1

Tipologías de las consultorías de bioética clínica,
Policlínico “A. Gemelli” (1992-2009)

AREAS CLÍNICAS	UNIDADES OPERATIVAS	PROBLEMAS
<i>PEDIATRÍA</i>	I y II infancia Terapia Intensiva Ped. Neonatalogía Neuropsiquiatría inf.	<ul style="list-style-type: none"> – Reanimación cardiopulmonar – Limitación de los cuidados – Alimentación parenteral – Diálisis
<i>OSTETRICIA/ GINECOLOGIA</i>	Patología obstétrica Ginecología disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> – Uso de antibióticos – Hemotrasfusión
<i>MEDICINA</i>	Medicina interna (Fisiopatología respiratoria)	<ul style="list-style-type: none"> – Patologías malformaciones – Patologías tumorales – Patologías metabólicas
<i>TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS</i>	Unidad Coronaria Reanimación	<ul style="list-style-type: none"> – Proporcionalidad terapéutica – Voluntad pacientes/sustitutos – Problemas mixtos
<i>ENFERMEDADES INFECCIOSAS</i>	AIDS / Infección por HIV	<ul style="list-style-type: none"> – Embarazos ectópicos – Cervicales – Tubáricos – Abdominales
<i>CIRUGÍA</i>	Trasplantes	

Referencias bibliográficas

¹ Cfr.: Presentación a la ed. italiana (curada por SPAGNOLO AG) en el volumen de JONSEN AR, SIEGLER M, WINSLADE WJ. *Etica clinica*. Milán: McGraw-Hill; 2004: IX-XVI.

² <http://www.eticaepolitica.net/corsodimorale/Giustizia11.pdf> (acceso del 06.01.2011).

³ El último de los clásicos de la medicina pastoral fue el libro de NIEDERMEYER A. *Handbuch der speziellen Pastoralmedizin*. Viena; 1949-1952.

⁴ Por ejemplo: MCFADDEN CH. *Medical Ethics*. Philadelphia; 1953; PAQUIN J. *Morale et Médecine*. Montreal; 1955 (trad. it. *Morale e medicina*. Roma: Orizzonte medico; 1962); Kelly G. *Medico-Moral Problems*. St. Louis; 1958.

⁵ Han sido varias las contribuciones aparecidas en la revista que, entre los años 50's y 70's han preparado el terreno al nacimiento de la bioética clínica. Por ejemplo: RUGGIERI E. *La morale del Chirurgo*. Medicina e Morale 1952; 5-6: 131-145; CHIRI C. *Funzioni sociali del medico cattolico*. Medicina e Morale 1952; 5-6: 146-149; GIROLAMI M. *Il medico di fronte al problema della morte*. Medicina e Morale 1952; 5-6: 150-163; PAVONE M. *Morale professionale cristiana*. Medicina e Morale 1952; 5-6: 164-168; DEL BUE A. *Medicina e Morale*. Medicina e Morale 1953; 5-6: 176-179; RAVERA GP. *Il medico e la sua professione oggi*. Medicina e Morale 1955; 3: 117-121; DELORENZI E. *Il medico e la società*. Medicina e Morale 1952; 3: 122-127; ROMANESE R. *Considerazioni sul segreto professionale*. Medicina e Morale 1956; 1: 3-12; GEMELLI A. *Il malato e il medico*. Medicina e Morale 1957; 1: 6-21; POSTELLI T. *Problemi di responsabilità morale del medico di fronte a la terapia moderna*. Medicina e Morale 1957; 3: 113-130; MORONE C. *Chirurgo può chiamarsi solo colui che, maestro di clinica e di tecnica, è anche maestro di etica e di morale*. Medicina e Morale 1957; 4: 148-156; BAUCE A. *Medico e famiglia*. Medicina e Morale 1958; 2: 55; FLORIO G. *Sui rapporti tra medici e ammalati*. Medicina e Morale 1958; 3: 124-128; GASBARRINI A. *Doveri del medico nell'assistenza al tubercolotico*. Medicina e Morale 1959; 4: 153-155; FARNETI P. *Tecnicismo e umanità*. Medicina e Morale 1961; 2: 65-68; ROSSINO G. *Il medico, l'ammalato e la verità*. Medicina e Morale 1962; 4: 159-165; Scavo E. *La verità ai malati*. Medicina e Morale 1964; 2: 80-94; AROSIO R. *Bisogna dire la verità all'ammalato? La posizione del moralista*. Medicina e Morale 1965; 4: 148-152; BERETTA ANGIUSSOLA A. *Bisogna dire la verità all'ammalato? La posizione del medico*. Medicina e Morale 1965; 4: 153-162; BERETTA ANGIUSSOLA A. *Il malato e il medico*. Medicina e Morale 1966; 3: 102-108; Lami G. *Necessità e attualità crescenti di una deontologia medica*. Medicina e Morale 1957; 2: 61-70; Pelegrino M. *Principi di deontología medica e alcuni problemi particolari*. Medicina e Morale 1969; 1: 10-25; CHIAVAZZA C. *Idoneità del giovane a diventare medico dal punto di vista morale*. Medicina e Morale 1969; 2: 53-62; MONNEROT-DUMAINE M. *Il compito del medico presso i morenti e i loro familiari*. Medicina e Morale 1970; 3: 133-137.

⁶ Los artículos de *Ética Clínica* que podemos mencionar, además de por el interés

científico, también por su valor histórico, son, por ejemplo: SISTO P. *A proposito di un articolo su: Cateterismo del cuore e arditismo clinico sperimentale*. Medicina e Morale 1951; 2: 67-71; GORIA SM. *Appendice all'articolo del Prof. Sisto. Liceità morale del cateterismo del cuore*. Medicina e Morale 1951; 2: 72-73; OPOCHER E. *Tubercolosi e gravidanza*. Medicina e Morale 1952; 3-4: 90-94; PUBLIONISI A. *Riflessioni sui trapianti d'organo*. Medicina e Morale 1968; 2: 60-71; BRECCIA P. *Il trapianto cardiaco: un'affascinante sfida alla biologia, un angoscioso turbamento per la coscienza morale*. Medicina e Morale 1968; 2: 72-77; VAUDAGNOTTI A. *Trapianto e dignità umana*. Medicina e Morale 1968; 2: 78-80; LIMA CONÇALVES E. *Il trapianto di organi: alcuni problemi etici*. Medicina e Morale 1970; 1: 3-7; CASTIGLIONI G. *Stato attuale del problema dei trapianti*. Medicina e Morale 1976; 1-2: 133-139; FIORI A. *I trapianti d'organo: rilevanza antropologica ed etica (Editoriale)*. Medicina e Morale 1987; 6: 925-932; SPAGNOLO AG. *Minaccia di Parto pretermine e rifiuto delle terapie*. Medicina e Morale 1989; 5:927-948.

⁷ Las contribuciones más significativas de esta rúbrica de 1985 a 1996 han sido recogidas por SPAGNOLO AG. en el volumen *Bioetica nella ricerca e nella prassi medica*. Turín; Ediz. Camilliane; 1997.

⁸ Sgreccia E. *Bioetica clinica*. Medicina e Morale 1988; 38 (3-4): 395-396.

⁹ Sobre este tema véase también: ID. "Bioetica clinica" o "Etica clinica"? Medicina e Morale 1989; 1: 89-94. El autor había ya afrontado en una contribución precedente la cuestión de la relación entre el desarrollo científico-tecnológico y la ética, uno de los momentos –como ya se ha dicho– que han determinado el nacimiento de la ética clínica; cfr.: SGRECCIA E. *Il progresso scientifico-tecnologico di fronte all'etica*. Medicina e Morale 1983; 4: 335-341. Sobre el tema del tecnologicismo médico y de la necesidad de "humanizar" la medicina contemporánea se puede ver también: CAFFARRA C. *Male morale, mentalità tecnologica e teologia contemporanea*. Medicina e Morale 1974; 1: 25-32; MARTINI CM. *Etica ed evoluzione tecnologica nella medicina contemporanea*. Medicina e Morale 1984; 1: 5-10; Morgante G. *Umanizzazione della medicina. Appunti in margine di un recente dibattito*. Medicina e Morale 1984; 4: 498-517; BRERA GR. *Il senso della vita nell'agire medico*. Medicina e Morale 1985; 1: 80-91; CATTORINI P. *Terapia e parole. Il rapporto medico-paziente come nucleo essenziale della prassi medica*. Medicina e Morale 1985; 4: 781-799; ID. *Medico e filosofo. Itinerari di una teoria della medicina*. Medicina e Morale 1986; 1: 118-137; BRERA GR. *La sofferenza nel rapporto medico-paziente: la medicina come scienza della sofferenza*. Medicina e Morale 1987; 1-2: 46-57; OLIVETTI B. *Filia e Agàpe*. Medicina e Morale 1987; 1-2: 87-96; CASAROLI A. *La medicina sia incontro fra ricerca scientifica e sapienza*. Medicina e Morale 1987; 5: 763-768; VON ENGELHARDT D. *Il rapporto medico-paziente in mutamento: ieri, oggi, domani*. Medicina e Morale 1999; 2: 265-299.

¹⁰ El tema está basado en: COMORETTO N. SPAGNOLO AG. *Gli assoluti morali in bioetica clinica*. Medicina e Morale 2006; 1: 187-193. Para los aspectos fundantes se puede ver también: FEDERSPIL G, MACOR C. *L'etica del procedimento clinico*. Medicina e Morale 1994; 6: 1107-1114; POSTIGO SOLANA E. *Il personalismo come fondazione di un'etica della responsabilità*. Medicina e Morale 1997; 3: 621-623; Co-

MORETTO N, SPAGNOLO AG. *Il discernimento bioetico nella medicina clinica*. Medicina e Morale 2007; 1: 207-212.

¹¹ PECORA S, SPAGNOLO AG. *Concordanza tra preferenze del paziente e decisioni mediche finali e ruolo della famiglia*. Medicina e Morale 2009; 4: 835-838; Etokakpan A, Spagnolo AG. *Volontà dei pazienti e accuratezza dei giudizi dei "decisioni surrogati"*. Medicina e Morale 1999; 2: 395-399.

¹² Recolocar las referencias al artículo sobre el fin de la vida de M. Casini y Al. en este número de Medicina e Morale.

¹³ COMORETTO N, SPAGNOLO AG. *Direttive anticipate di trattamento e decisioni surrogati: accuratezza nella predizione delle preferenze del paziente*. Medicina e Morale 2009; 5: 1009-1016.

¹⁴ COMORETTO N, SPAGNOLO AG. *Strumenti etico-clinici per la decisione in area critica*. Medicina e Morale 2006; 2: 415-421.

¹⁵ COMORETTO N. *La comunicazione della verità al paziente: evoluzione in Italia*. Medicina e Morale 2005; 3: 670-675.

¹⁶ CARRASCO DE PAULA I. *La comunicazione medico-paziente: elementi per una fondazione etica*. Medicina e Morale 2002; 4: 609-616; CARRASCO DE PAULA I, COMORRETO N. *Per una medicina contrata sul paziente: riflessioni sulla fondazione etica del rapporto medico-paziente*: Medicina e Morale 2005; 3: 557-566.

¹⁷ COMORRETO N, SPAGONOLO AG. *Terapie intensive per i neonati*. Medicina e Morale 2006; 2: 421-427; BOMPIANI A. *Aspetti etici della assistenza intensiva e "provvedimenti di fine vita" in epoca neonatale al limite della vitalità*. Medicina e Morale 2008; 2: 227-278. Sobre este tema cfr. también: RAVERA G. *Dobbiamo salvarli*. Medicina e Morale 1951; 5-6: 153-157; ANDRIANOPOLI L. *Vale la pena salvare ed allevare il prematuro?* Medicina e Morale 1953; 4: 116-123; PILOTTI G. *Vedute recenti sulla pediatria neonatale e sulla terapia intensiva del neonato*. Medicina e Morale 1967; 1: 27-36.

¹⁸ SPAGNOLO AG, COMORETTO N. *Eutanasia per i neonati gravemente malati*. Medicina e Morale 2005; 2: 477-481.

¹⁹ COMORETTO N, SPAGNOLO AG. *La sedazione palliativa nella fase finale della malattia*. Medicina e Morale 2005; 6: 1341-1346.

²⁰ COMORETTO N, SPAGNOLO AG. *Quale consulenza al servizio della pratica?* Medicina e Morale 2004; 4: 858-862; MINACORI R., SPAGNOLO AG. *Perché il medico dovrebbe richiedere la consulenza etica?* Medicina e Morale 2006; 5: 1048-1053.

²¹ CRAIG JM, MAY TH. *Evaluating the Outcomes of Ethics Consultation*. The Journal of Clinical Ethics 2006; 17 (2): 168-180. Sobre la institución de los Servicios de Ética Clínica en Italia se puede ver también: BENCIOLINI P, PEGORARO P, CADELLI F. *Il servizio di bioetica dell'azienda ospedaliera di Padova: un'esperienza italiana di consulenza e formazione etico-clinica*. Medicina e Morale 1999; 1: 61-75.

²² <http://cercauniversita.cineca.it/php5/settori/elenco.php?gruppo=MED#MED/43> (acceso del 07-01-2011)

²³ AMERICAN SOCIETY FOR BIOETHICS AND HUMANITIES. *Core competencies for health care ethics consultation*. (acceso del 15.11.201)

Objeción de conciencia en salud

Antonio G. Spagnolo*, **Marina Casini****,
Fabio Persano***, **Emma Traisci******

Resumen

Aprovechando la ocasión del sexagésimo cumpleaños de *Medicina e Morale*, la presente contribución recorre el tema de la objeción de conciencia como se ha venido desarrollando en la revista a lo largo de los años. El artículo analiza el fundamento de la objeción de conciencia, afirmando que esta no es sólo la autonomía del individuo y no tiene un aspecto meramente subjetivo, sino se encuentra en el principio de relevancia, o bien en la razón misma del orden jurídico, que es la tutela de la vida humana; se subraya la transversalidad del tema en vista de que se enlaza a numerosos y diversos temas de bioética como el aborto, la procreación asistida, la anticoncepción, la píldora del día después, el testamento biológico y los temas del fin de la vida. Son examinadas las numerosas ideas que han sido propuestas por los diferentes autores en el curso de las publicaciones realizadas en *Medicina e Morale*.

Summary

Conscientious objection in health care

The Authors discuss about the conscientious objection as this review developed this theme since 1970. The paper examines the

* Profesor de Medicina Legal y de Seguros.

** Investigador.

***Doctorando en investigación en Bioética.

****Doctora en investigación en Bioética, Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (E-mail: agspagnolo@rm.unicatt.it).

conscientious objection foundation, confirming that it consists not only in autonomy of the persons, but also in the protection of the right to human life.

The report draws attention to transversal theme of conscientious objection, because it correlates with several and various bioethics themes as abortion, artificial fertilization, contraception, morning-after pill, living will and the end of life. The report examines shortly also ideas suggested by Authors during the publication on this review.

Palabras clave: objeción de conciencia, aborto, fecundación artificial.

Key words: conscientious objection, abortion, artificial fertilization.

El tema de la objeción de conciencia en salud podría, quizá, ser considerado un argumento secundario en el amplio panorama de la bioética. Es decir, que frente a temas arduos como el aborto, la procreación artificial o la eutanasia, la objeción de conciencia podría representar un simple apéndice de argumentos de por sí más vastos y tener el significado, en el contexto de políticas legislativas muy lejanas del personalismo ontológicamente fundado, de una simple referencia de tutela de posiciones *pro life* que de por sí, exigirían mayores consensos por parte del legislador público.

Si bien, la revista *Medicina e Morale*, que ahora cumple sesenta años (muchos más respecto a la edad de la misma palabra “bioética”), no ha descuidado afrontar también este tema, prestando atención a él tanto en el contexto de artículos dedicados a específicos temas más amplios, cuanto –de tanto en tanto– con artículos específicamente dedicados al tema de la objeción de conciencia.

Será bueno por tanto recorrer las etapas del debate por como se ha venido desarrollando en nuestra revista, recordando sobre todo qué cosa es la objeción de conciencia y cómo se configura en temas de salud.

La objeción de conciencia (del latín *obicere*: “arrojar contra”) es un rechazo de ejecutar una obligación impuesta por la autoridad

(*ab externo*) y a la cual el sujeto está obligado. El rechazo está motivado por el contraste de tal obligación con una obligación mucho más imperante derivada de las propias convicciones interiores (*ab interno*). Por tanto, el significado de la objeción de conciencia no reside sólo en el acto negativo del rechazo de cumplir una prescripción considerada injusta, sino también —y sobre todo— en el acto positivo de testimoniar una verdad considerada más grande y más vinculante que las exigencias de la ley positiva. En otras palabras, aún si el aspecto formal de la objeción de conciencia se manifiesta en el abstenerse *de* (de la obediencia a una norma considerada injusta), el aspecto sustancial se concretiza en la promoción *de* (de los valores considerados comprometidos o negados por la norma desatendida).

Este primer acercamiento muestra con toda evidencia el rol del derecho en el reconocimiento y en la disciplina de la objeción de conciencia. De hecho, la obligación que el objetor se reusa a cumplir es una obligación jurídica y la norma que reconoce —o a la cual se pide reconocer— el derecho de oponer objeción, es una norma jurídica (de otro modo no se hablaría de objeción de conciencia, sino de desobediencia civil). En sustancia el legislador por un lado afirma la existencia de una obligación, y por otro permite a algunos sujetos y en determinadas condiciones de desobedecerla, subrayando así la relevancia del “fuero interno”.

¿En cuáles ámbitos se verifica esto?

La objeción de conciencia en Italia está expresamente prevista en cuatro leyes solamente: aquella sobre el servicio militar obligatorio (actualmente abolido),¹ la ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo,² aquella sobre la procreación médicamente asistida,³ y la que versa sobre la experimentación animal.⁴

Respecto a las cuatro temáticas indicadas —tres de las cuales se refieren a los operadores sanitarios—, la indagación sobre la obje-

ción de conciencia conducida por la revista ha implicado, sobre todo, los ámbitos de la interrupción del embarazo y de la procreación asistida. Se especifica que la reflexión sobre la objeción de conciencia en el ámbito del aborto ha abarcado no sólo el aborto quirúrgico, sino también el aborto médico⁵ y farmacológico,⁶ y se ha detenido también sobre la figura del farmacéutico con referencia a la venta de la así llamada “píldora del día después”.⁷

La objeción al servicio militar y a la experimentación animal han sido afrontadas marginalmente al interior de un examen histórico de la objeción de conciencia en Italia,⁸ pero no en modo autónomo y específico: la primera porque, obviamente, no pertenece a los temas directamente objeto de interés de *Medicina e Morale*; la segunda porque es poco concerniente a la orientación ética de la bioética, que es la personalista ontológicamente fundada.

La reflexión doctrinal de nuestras contribuciones no se ha limitado al examen de las problemáticas interpretativas de las normas que prevén la objeción, sino ha ido más allá: Davanzo, por ejemplo, en su artículo de 1975⁹ que inauguraba el tema en nuestra revista, precedía por más de tres años la promulgación de la ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

Él partía de una preocupación que nacía en aquellos años y que, en seguida, se habría vuelto actual como nunca: precisamente en febrero de 1975 la Corte Constitucional había emanado la conocida sentencia n. 27/1975, con la cual se abría el camino al aborto terapéutico y quizá –aunque esto no estaba necesariamente en las previsiones de la Corte– al aborto *tout court*.

La decisión de la Corte no nacía de la nada, y de hecho en la opinión pública se publicitaba – por las fuerzas abortistas – la “pseudo exigencia” de revisar la posición tradicional sobre el aborto, dictada por una ratificada doble necesidad: aquella de la reducción de los nacimientos –como urgente remedio a la sobrepoblación del planeta– y la emancipación de la mujer del rol de madre que la sociedad le había impuesto hasta entonces.

Davanzo examina cuidadosamente el problema del aborto, poniéndolo también en relación al problema de la regulación de los nacimientos mediante la anticoncepción, y al final de su ensayo propone dos preguntas que –aunque no era usada todavía la expresión “objeción de conciencia”– cuestionan la conciencia del personal médico. Helas aquí: 1. El médico católico y el obstetra, ¿cómo deben comportarse frente a peticiones de evitar la posibilidad fecundativa, suponiendo que se encuentren ante una pareja incapaz de regularse con los métodos naturales y que tenga motivos fundados para no procrear? 2. Un obstetra católico ¿puede prestar sus servicios en una sala de parto cuando se practica un aborto?

El tema de la objeción de conciencia se tornaba candente en proximidad de la promulgación de la ley n. 194/1978 sobre la interrupción voluntaria del embarazo, cuando se volvía de máxima actualidad el problema del comportamiento que habría debido tener el personal médico frente a una ley permisiva. Por tanto, en 1977 cinco artículos se ocuparon del tema de la objeción de conciencia en la salud.

Un primer artículo, el de De Finance,¹⁰ se ocupó, en general, de la relación entre conciencia y ley en filosofía moral. El autor, luego de una breve introducción que contiene una sugestiva alusión a Antígona de Sófocles, se detiene a examinar sobre todo qué cosa sea la conciencia: no es el mero conocimiento psíquico de la acción humana, sino comprende, en el significado de conciencia moral, el conocimiento del significado moral de esta acción.

Luego de haber examinado la conciencia, De Finance examina la ley, considerándola como el mandato de una autoridad –legitimada por una cierta sociedad– en relación de los conciudadanos, con el fin de promover el bien común. Tal mandato será, por norma, legítimo, y su observancia será un deber moral: la obediencia a la ley del Estado tiene un carácter ético. Pero ello no excluye que pueda establecerse el conflicto entre ley y conciencia. El autor examina varios casos, y al término de su examen propone algunas conclusiones de orden general: 1. Los derechos soberanos de la

conciencia como la dignidad de la persona se fundan sobre la *apertura* del sujeto espiritual al Absoluto; 2. El problema de la objeción de conciencia depende en gran parte de la cuestión de si existen acciones intrínsecamente deshonestas; 3 El caso del error no culpable puede causar conflictos que la buena voluntad no siempre logra evitar.

Un segundo artículo de ese mismo año, con la paternidad de Carlo Caffarra,¹¹ afrontaba en manera directa el problema de la objeción de conciencia en relación al aborto. Él es favorable, sin duda a la existencia de una obligación moral de rehusarse a procurar el aborto –y a cooperar con quien lo procura– en los países en los cuales el aborto está legalmente permitido.

En cuanto a los deberes del Estado en relación de la objeción de conciencia, Caffarra distingue dos perspectivas diversas que convergen en las conclusiones: la primera perspectiva es la teológica, él considera que el reconocimiento de la objeción de conciencia pertenece al tema de la libertad religiosa; la segunda es la más estrictamente política, no menos democráticamente abierta a la libertad religiosa y a la libertad de conciencia. Caffarra deja una alerta en relación de los ataques al reconocimiento de este derecho, y aclara con decisión la necesidad de que las leyes de los Estados prevean la objeción de conciencia, de la cual las comunidades cristianas deben hacerse promotoras.

En el mismo número de la revista, Dionigi Tettamanzi¹² reafirma, en un artículo igualmente dedicado a la objeción de conciencia en materia de aborto, la licitud y la obligatoriedad moral de la objeción de conciencia, tanto a propósito de la persona individual cuanto a propósito de instituciones sanitarias y consultivas.

El Estado, por su parte, debe respetar la objeción de conciencia. E incluso, como nosotros mismos observábamos al inicio de nuestro ensayo, la tarea fundamental e irrenunciable del Estado de defender y de promover la vida humana, no puede considerarse absuelta de una legislación que –como contrapeso de la libertad de abortar– reconozca la objeción de conciencia.

Spinsanti,¹³ en otro artículo del mismo año, precisa que la objeción de conciencia del médico tiene un significado preciso, es decir, la adhesión a aquella normativa casuística que la prudencia del profesionista serio considera necesaria para salvaguardar su credibilidad de operador sanitario. El autor describe la conciencia como instancia ética y valora grandemente el sentido de la objeción por motivos religiosos.

En el último artículo de 1977, Fiori¹⁴ es fuertemente crítico en relación con el avance de la que él define “medicina ideológica” respecto a la “medicina hipocrática”. Él constata con amargura que la objeción de conciencia puede y debe ser utilizada a cualquier precio personal y adelanta que la controversia de la liberalización del aborto sea sólo un momento de paso, otro de los “eternos retornos en la historia del error humano”.

En el primer número de año 1978 estábamos ya muy próximos a la promulgación de la ley sobre la interrupción del embarazo. Bompiani,¹⁵ de hecho, considera que el problema de la objeción de conciencia sea actual y urgente. Este autor examina de manera profunda el proyecto de ley que estaba entonces en discusión en el Parlamento, y concluye que el dispositivo de la objeción de conciencia previsto por aquel proyecto de ley parece insuficiente para eliminar ambigüedades y preocupaciones.

En el mismo número, Eugenio Lenzi¹⁶ publica una ponencia reciente tenida en un simposio y encuadra la objeción de conciencia en el contexto de la responsabilidad profesional. También él advierte como extremadamente actual el problema de la objeción de conciencia referido al aborto y hace directa mención al proyecto de ley entonces en discusión en el Parlamento, y continúa hasta analizar cuáles puedan ser las consecuencias sobre el plano jurídico de un eventual rechazo, por parte del médico, de practicar un aborto.

Los últimos dos artículos — los cuales hemos hecho referencia adolecen seguramente, en sus contenidos, del estado del proceso parlamentario de la ley sobre el aborto: podremos por tanto definirlos un tanto superados. No obstante a nosotros no nos importa

tanto establecer cuánto puedan ser todavía actuales algunos artículos que han sido escritos en nuestra revista, cuanto evidenciar el espacio que ha sido dado a cada argumento de bioética.

En el número 3 del año 1978 está contenido, con la firma de nuevo de Bompiani,¹⁷ una reconstrucción histórica del art. 9 de la recién nacida ley 194, que evidencia cómo la tutela histórica de la objeción de conciencia en ella contenida haya sido el fruto de una encendida discusión o, como él la define, “batalla” en defensa del médico y de su rol.

En cambio el artículo de Vittorio Pietrobon¹⁸ del año siguiente pone su atención sobre el valor jurídico de la objeción de conciencia; el resultado del reconocimiento de la objeción de conciencia – en concomitancia con el permitir el aborto según ciertos tiempos y ciertas modalidades – no ha sido – no obstante las apariencias la salvaguarda de la posición del médico, sino la creación de un vínculo: en otros términos, dado que el médico no puede establecer caso por caso si proceder con el aborto o no, sino debe declarar previamente ser abortista o bien objetor, la nueva ley ha puesto a cargo del médico una obligación jurídica de realizar y de cooperar con el aborto a solicitud de la mujer, salvo la objeción de conciencia.¹⁹ Tal actitud del legislador puede hacer hablar, una vez más, del advenimiento de la medicina ideológica en contraposición a la medicina hipocrática.

Retomando el recorrido de los anales de nuestra revista encontramos, en el fascículo n.3 de 1980, un ensayo de Sgreccia²⁰ que, aún sin tocar explícitamente el tema jurídico de la objeción de conciencia, subraya la presencia de la conciencia cristiana en la profesión médica y la alta misión del cristiano en el cuidado de los enfermos.

Spaziante²¹ propone en cambio, en un artículo de 1983, un análisis de la actuación de la ley n. 194/1978. Él constata que las interrupciones voluntarias del embarazo, a cuatro años de la ley, resultan casi en su totalidad motivadas no por razones de salud. En este artículo se considera la objeción de conciencia como un testimonio

por parte de quien la elige, de la no licitud del aborto procurado que debe ser conjugada con una obra de prevención social.

Una mirada comparativa, en cambio, es proporcionada por el ensayo de Stella,²² por el cual el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia por parte del ordenamiento jurídico es expresión de la dignidad social de una elección en el ámbito de los principios fundamentales del orden jurídico. Stella examina la normatividad italiana incluso comparándola con algunas extranjeras, poniendo en evidencia la naturaleza de arma de doble filo de la actual configuración de la objeción de conciencia y proponiendo, *de jure condendo*, el reconocimiento del derecho a la objeción de frente a cada caso concreto, para impedir posibles discriminaciones entre objetores y no objetores.

Ciccone²³ propone una interesante contribución a la conciencia profesional del médico. Él medita sobre el desafío y sus riesgos de una medicina tecnológica y exasperadamente especialista, de una ciencia que corre el riesgo de reducir el hombre a objeto y que es un continuo y rápido desarrollo, de una nueva colocación social del médico, de una sociedad dominada por la lógica del tener; el desafío a la conciencia por parte de una sociedad caracterizada por el pluralismo cultural.

Cattorini²⁴ propone el texto de una conferencia dictada en el ámbito de un convenio titulado *La Profesión Médica entre Ley y Conciencia*, en el cual se pregunta si la norma de ley pueda sustituir la ciencia profesional.

Otro breve escrito sobre la objeción de conciencia en la interrupción voluntaria del embarazo es publicado en la rúbrica *El debate en la bioética* del número 6 del año 1991.²⁵ Ahí vuelve a escribir Davanzo, proponiendo a la atención general un problema complejo todavía muy actual, sobre el cual *Medicina e Morale* ha vuelto incluso en los años sucesivos: el de la relación entre los objetores y el art. 5 de la ley 194 de 1978. Como es sabido en su conjunto comprende la participación de los objetores en el coloquio en relación a la entrega del documento/certificado. Si por una parte la partici-

pación al coloquio no presenta problemas, incluso es más que deseable porque la objeción hace mayormente eficaz la prevención post-concepción del aborto; por otra parte, la entrega del documento/certificado de autorización por parte del objetor suscita interrogantes éticos y jurídicos de no poco relieve.

La cuestión de la objeción en referencia a las así llamadas “actividades preparatorias” ha sido afrontada en una contribución de Carlo Casini de 1998.²⁶ En este artículo se analiza el caso –sucedido realmente– de un cardiólogo objetor de conciencia que se negó a referir algunos electrocardiogramas (ECG) porque finalmente estaban orientados a la interrupción del embarazo. El autor desarrolla un análisis hermenéutico puntual y detallado del art. 9 de la ley n. 194/1978 e, incluso valiéndose de algunos pronunciamientos jurisprudenciales, llega a la conclusión que, en el presente caso, el ECG se considera dentro de las actividades previstas en el protocolo de la intervención abortiva y, por tanto, “específica y necesariamente” dirigido a ella. Es legítimo que el cardiólogo objetor de conciencia –tanto dependiendo de una estructura pública, como en su actividad libre-profesional– pueda, habiendo conocido tal finalidad, negarse a realizar visitas cardiológicas y exámenes electrocardiográficos y de entregar los informes correspondientes. En fin sus eventuales verificaciones no deberían comportar la declinación tácita de la objeción.

Medicina e Morale, como hemos subrayado al inicio de esta contribución, ha mantenido viva la atención sobre todas las cuestiones que han suscitado debates más o menos vivaces implicando el tema de la objeción. Es del 2001 el parecer elaborado por Carlo Casini en la rúbrica *El debate en Bioética* concerniente al problema de la venta de la así llamada “píldora del día después”.²⁷

Al tema del aborto farmacológico está dedicado, en 2003, el único artículo sobre la objeción de conciencia en lengua española.²⁸ La peculiaridad consiste en el hecho de que la cuestión de la objeción de conciencia del farmacéutico a la píldora del día después es examinada respecto a la normativa española.

El artículo examina desde un punto de vista científico el funcionamiento de la “píldora del día siguiente”. La cual, además de tener una función antifecundante en algunos casos, tiene también, y quizá más frecuentemente, una función interceptora, que es aquella de impedir que el cigoto pueda implantarse en el útero. No tiene importancia, en tal caso, cual sea la definición nominalista de embarazo, si con ella se deba o no reconocer el período comprendido entre la fecundación y la implantación: lo que cuenta es que nos encontramos ante un nuevo organismo humano y esto basta para permitir al farmacéutico oponer su objeción de conciencia.

También sobre el tema de la píldora del día después, pero esta vez mirando a Italia, está otro artículo de 2003.²⁹ En el artículo se examina la posibilidad que la prescripción y la venta de este producto sean cubiertas por la objeción de conciencia. La conclusión es que, incluso cuando tal controversia jurídica no pueda ser reconducida a las previsiones del art. 9 de la ley 194/1978, es siempre configurable una “cláusula de conciencia” que permita al médico actuar en base a sus propias convicciones.

El tema de la objeción de conciencia en el ámbito de la procreación artificial es afrontado al interior del debate parlamentario sobre la disciplina legislativa de la así llamada, “procreación médicamente asistida” en Italia.³⁰

De un problema diverso se ocupa otro artículo de 2007,³¹ es decir del tema algidísimo del testamento biológico. La ocasión se ofrece por la presentación de propuestas de proyectos de ley que prevén la vinculación de las así llamadas “directrices de la voluntad anticipada”: frente a la pretensión de vincular al médico a la voluntad anticipada del paciente incluso en orden a comportamientos causantes de la muerte, el único instrumento en defensa de la libertad de conciencia del médico será, una vez más, la institución de la objeción de conciencia. La cual deberá ser entendida como el instrumento para reafirmar el valor de la vida humana también en el frente de la enfermedad incurable y de la devastante invalidez.

En fin, en los recientes números 4 y 5 del año 2010, es examinada la controversia sucedida en Puglia referente a la cuestión de la presencia de los médicos objetores en los consultorios.³² Como es sabido, la administración de la Región Puglia había emanado algunas normas que excluían a los médicos objetores de los consultorios familiares. La decisión del Tar Puglia (sentencia n. 3477 del 14 de septiembre de 2010), acogiendo la apelación de nueve médicos ginecólogos, ha reconocido el derecho de los operadores sanitarios objetores de conciencia de estar presentes en los consultorios familiares públicos a través de anuncios públicos. Se trata de un resultado importante, expresión del principio de no discriminación. En esta contribución se desea que la sentencia del Tar Puglia sea un impulso para desarrollar una reflexión más amplia y articulada, no sólo sobre la presencia, sino también sobre el rol de los objetores en los consultorios y sobre la función de los consultorios mismos en orden a la tutela del derecho a la vida de los hijos concebidos y de la maternidad durante el embarazo.

Como se puede constatar, durante sus (¡primeros!) sesenta años de actividad, *Medicina e Morale* ha sabido mantener viva la atención sobre un tema que implica transversalmente no pocas cuestiones de bioética.³³

Dos consideraciones finales. La primera: es interesante la reflexión que emerge de la lectura de los textos citados sobre el fundamento ético, deontológico y jurídico de la objeción de conciencia. En particular por cuanto se refiere al fundamento jurídico, incluso si el fundamento de la objeción de conciencia está referido a la libertad de opinión, conciencia y religión, no siempre un fundamento tal es suficiente para introducir en los ordenamientos jurídicos el reconocimiento legal de la objeción. La objeción de conciencia es jurídicamente reconocida sólo cuando el “sentir moral” del individuo amerita una valoración particular. El reconocimiento del derecho a elevar una objeción de conciencia no puede ser interpretado sólo como expresión de la libertad individual (aspecto subjetivo: *principio de autonomía*) sino supone algo estrictamente relaciona-

do con la razón misma del orden jurídico. Contrariamente, se podría correr el riesgo de banalizar la misma arquitectura que sostiene al Estado y de vaciar el principio de legalidad. El derecho a la objeción es, entonces, comprensible hasta el fondo sólo si se descubre una relación con la razón misma del orden jurídico (aspecto objetivo: *principio de relevancia*). Ahora bien, la defensa de la vida humana es exactamente la razón por la cual subsisten los Estados con sus órdenes jurídicos. Es evidente por tanto, que la objeción debe ser jurídicamente reconocida sólo cuando el juicio moral del individuo abarca también el valor civil constitutivo del Estado: la vida humana.

La segunda: cuando la ley se aleja de las razones profundas y estructurales que sostienen los modernos ordenamientos jurídicos, entonces debe reconocerse un verdadero y propio derecho a la objeción de conciencia, no sólo como derecho de libertad individual, sino también como indicación de un valor colectivo.

En todo caso, la objeción de conciencia y el debate sobre ella no han de considerarse un argumento cerrado: es cierto que nuevos puntos, suscitados por nuevas controversias en la sociedad civil y en la política, suscitarán ulteriormente la producción científica sobre el tema en la revista *Medicina e Morale*.

Referencias bibliográficas

¹ PARLAMENTO ITALIANO. *Legge 15 dicembre 1972, n. 772. Norme per il riconoscimento dell'obiezione di coscienza*. Gazzetta Ufficiale 3 de abril de 1978, n. 91, Serie General, y sucesivas modificaciones, luego sustituida por la *Legge 8 luglio 1998, n. 230 Nuove norme in materia di obiezione di coscienza*. Gazzetta Ufficiale 15 de julio de 1998, n. 163, Serie General.

² Id. *Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*. Gazzetta Ufficiale 22 de mayo de 1978, n. 140, Serie General.

³ Id. *Legge 19 febbraio 2004, n. 40 Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*. Gazzetta Ufficiale 24 de febrero de 2004, n. 45, Serie General.

⁴ Id. *Legge 12 ottobre 1993, n. 413. Norme sull'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale*. Gazzetta Ufficiale 16 de octubre de 1993, n. 244, Serie General.

- ⁵ DI PIETRO ML, CASINI M. *Il mifepristone*. Medicina e Morale 2002; 6: 1047-1079.
- ⁶ DI PIETRO ML, CASINI M, MINACORI R Y AL. *Norlevo e obiezione di coscienza*. Medicina e Morale 2003; 3: 411-455. Referencias también en: CASINI M, SPAGNOLO AG. *Aspetti giuridici, etici e deontologici della prescrizione medica di estroprogestinici a scopo contraccettivo*. Medicina e Morale 2002; 3: 429-451.
- ⁷ CASINI C. *Parere su: Norlevo. L'obiezione di coscienza dei farmacisti*. Medicina e Morale 2001; 5: 973-983.
- ⁸ DI PIETRO ML, PENNACCHINI M, CASINI M. *Evoluzione storica dell'Istituto dell'obiezione di coscienza in Italia*. Medicina e Morale 2001; 6: 1093-1151.
- ⁹ DAVANZO G. *Coscienza professionale e cristiana dell'ostetrica di fronte al problema della contraccezione e all'interruzione della gravidanza*. Medicina e Morale. 1975; 1: 86-101.
- ¹⁰ DE FINANCE J. *La coscienza e la legge*. Medicina e Morale 1977; 1-2: 60-78.
- ¹¹ CAFFARRA C *Aborto e obiezione di coscienza*. Medicina e Morale 1977; 1-2: 101-109.
- ¹² TETTAMANZI D. *Aborto e obiezione di coscienza: considerazioni di etica umana e cristiana*. Medicina e Morale 1977; 1-2: 110-143.
- ¹³ SPINZANTI S. *Implicazioni etiche dell'obiezione di coscienza nella professione medica*. Medicina e Morale 1977; 1-2: 144-165.
- ¹⁴ FIORI A. *Medicina ippocratica, medicina ideologica, obiezione di coscienza*. Medicina e Morale 1977; 1-2: 166-184.
- ¹⁵ BOMPIANI A. *Il ginecologo, l'aborto e l'obiezione di coscienza*. Medicina e Morale 1978; 1: 77-87.
- ¹⁶ LENZI E. *L'obiezione di coscienza e la responsabilità professionale*. Medicina e Morale 1978; 1: 88-97.
- ¹⁷ BOMPIANI A. *Storia parlamentare del art. 9: "L'obiezione di coscienza*. Medicina e Morale 1978; 3: 347-395..
- ¹⁸ PIETROBON V. *Aborto e legittimità dell'obiezione di coscienza*. Medicina e Morale 1979; 1: 28-44
- ¹⁹ Pero si existe una obligación a cargo del médico, eso implica la existencia de un derecho subjetivo para la mujer: tal es la solución *de jure condito*.
- ²⁰ SGRECCIA E. *Coscienza cristiana y profesión médica*. Medicina e Morale 1980; 3: 265-290.
- ²¹ SPAZIANTE G. *La Legge 194/1978 quattro anni dopo. Obiezione di coscienza e possibilità di prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza*. Medicina e Morale 1983; 1: 25-41.
- ²² STELLA F. *La situazione legislativa in merito alla obiezione sanitaria in Europa*. Medicina e Morale 1985; 2: 281-301.
- ²³ CICCONE L. *Coscienza professionale e professione medica*. Medicina e Morale 1985; 4: 766-780.
- ²⁴ CATTORINI P. *La professione medica tra legge e coscienza*. Medicina e Morale 1986; 2: 304-321.
- ²⁵ DAVANZO G. *Il dibattito in bioetica. Obiezione di coscienza alla interruzione vo-*

lontaria della gravidanza. Medicina e Morale 1994; 6: 1065-1070. La contribución ha sido enriquecida por un comentario de L. Eusebi.

²⁶ CASINI C. *Considerazioni in merito alla interpretazione dell'art. 9 della legge 194/1978 sulla obiezione di coscienza alla interruzione volontaria della gravidanza*. Medicina e Morale 1998; 4: 759-772.

²⁷ ID. *Il dibattito in bioetica. Parere su: Norlevo. L'obiezione di coscienza dei farmacisti*. Medicina e Morale 2001; 5: 973-983.

²⁸ TALAVERA FERNANDEZ PA, BELLVER CAPELLA V. *La objeción de conciencia farmacéutica a la píldora postcoital*. Medicina e Morale 2003; 1: 111-133.

²⁹ DI PIETRO, CASINI, FIORI Y AL. *Norlevo...*, 411-455.

³⁰ DI PIETRO ML, CASINI M. *Il dibattito parlamentare sulla "procreazione medicalmente assistita"*. Medicina e Morale 2; 2002: 617-666.

³¹ CASINI M, DI PIETRO ML, CASINI C. *Testamento biologico e obiezione di coscienza*. Medicina e Morale 2007; 3: 473-490.

³² CASINI M. *I consultori e l'obiezione di coscienza sanitaria nella riorganizzazione pugliese della rete consultoriale*. Medicina e Morale 2010; 4: 521-533; ID. *La sentenza del TAR-Puglia n. 3244/2010: l'accesso degli obiettori di coscienza ai Consultori familiari*. Medicina e Morale 2010; 5: 663-683.

³³ Señalamos, al término de este trabajo, dos publicaciones sobre la objeción de conciencia sanitaria, fruto del compromiso de algunos colaboradores de Medicina e Morale, ya mencionados: DI PIETRO ML, CASINI C, CASINI M Y AL. *Obiezione di coscienza in sanità. Nuove problematiche per l'etica e per il diritto*. Siena: Cantagalli; 2005; DI PIETRO ML, CASINI C, CASINI M. *Obiezione di coscienza in sanità*. Siena: Catagalli; 2009.

Medicina e Morale y el aborto: reseña de 60 años de atención al problema y de compromiso educativo por la superación de la interrupción voluntaria del embarazo

Adriano Bompiani*

Resumen

El autor examina los contenidos de un conjunto de más de 150 artículos publicados en la revista *Medicina e Morale* desde su fundación hasta hoy (60 años de ejercicio editorial), con diversos títulos, dirigidos al conocimiento profundo del fenómeno del aborto voluntario, con particular atención a la introducción en Italia de su procedimiento de legalización.

En una primera sección de la colección, son descritas las condiciones culturales que han sostenido la reglamentación –y sucesivamente– es examinado el debate que ha acompañado y seguido a la proclamación de la ley 194/1978.

En la segunda sección de la colección el examen es extendido no sólo a las contribuciones publicadas en la Revista referentes a aspectos particulares contemplados por la ley, sino son examinadas también contribuciones que se mueven en el mismo contexto de valoraciones morales (como por ejemplo, la cuestión del estatus del embrión, de la selección genética, de la “reducción fetal”, del aborto medicamentoso, de la anticoncepción de emergencia, etc.).

* Miembro del Comité Directivo para la Bioética (*Comité Directeur pour la Bioéthique (CDBI)*); Director del Instituto Científico Internacional “Pablo VI” de investigación sobre la fertilidad e infertilidad humana por una procreación responsable (2002-2006), Facultad de Medicina y Cirugía “Agostino Gemelli”, Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (E-mail: regolnatfertil@rm.unicatt.it).

El conjunto de los contenidos demuestra una alta homogeneidad en las valoraciones en un compromiso común –constante en el tiempo– de los diversos autores, a proveer al lector, no solamente una información científica y objetiva de los hechos, sino también a actuar con un constante esfuerzo reflexivo para la superación de la interrupción voluntaria del embarazo.

Summary

***Medicina e Morale* and abortion**

The Author examines the contents of a set of over 150 articles published in the *Medicina e Morale* journal from the foundation to date (60 year of editorial work), in different ways aimed at the in-depth knowledge of the phenomenon of abortion, particularly with regard to the introduction of the discipline of legalization in Italy.

In the first part of the collection, the cultural conditions that have supported the regulation described and –later– the debate around the law 194/1978 is examined.

In the second part of the collection, examination is extended not only to papers published in the journal on particular aspects of the law, but also to contributions that move within the same context of moral judgments.

All content shows a high uniformity of the assessments and a common commitment of the different authors –consistent over time– to provide the reader not only for objective scientific information of the facts, but also for work with a strong reflection to overcome abortion.

Parole chiave: aborto, anticoncepción, embrión, ley 194/1978, objeción de conciencia.

Key words: abortion, contraception, embryo, law 194/1978, conscientious objection.

Premisa

En este fascículo de *Medicina e Morale* dedicado a la evocación del todavía breve, pero intenso recorrido realizado por esta revista “es-

pecializada”, en el horizonte cultural de los últimos 60 años; no podía faltar un espacio dedicado a uno de los mayores problemas afrontados por la sociedad occidental (y a nosotros nos interesa más directamente la sociedad italiana) en este período histórico: la legalización del aborto en el ámbito de la interrupción voluntaria del embarazo.

Fue este un momento de elevada sensibilidad moral para el catolicismo italiano y de la Universidad Católica del S. Cuore en particular, que encontró en su especificidad académica, varias formas de tratamiento teórico y de intervención didáctica en la tutela de la vida prenatal, a través de publicaciones de algunos de sus docentes, pertenecientes a diversos Institutos y Centros. Entraron en juego sobre todo las dos revistas *Vita e Pensiero* y *Medicina e Morale* que –si bien, producidas en sedes diferentes y con autonomía de programas– aportaron una contribución de opinión unitaria.

Razones de espacio, sobre todo, imponen a esta reseña limitarse a la aportación de *Medicina e Morale*, más directamente relacionada con la Facultad de Medicina en Roma.

Parece oportuno presentar de modo preliminar un “esquema –si bien sumario– de las tendencias culturales que, más intensamente a partir de los años 50’s, provocaron también en Italia aquellas modificaciones profundas de la concepción de la moral sexual personal y familiar, que facilitaron la acogida de leyes nacionales (frecuentemente transformaciones legislativas ya acaecidas en otros países del occidente democrático) en relación a la abolición de la propaganda del uso de anticonceptivos, el divorcio, el “cambio de sexo” en el derecho civil y, por último, la legislación de la interrupción voluntaria del embarazo.

En esta ocasión, obviamente por la limitación de los espacios, será posible proveer al lector que quiera profundizar los argumentos, solamente puntos de referencia, localizables en los fascículos de los 60 años de vida de la revista.

Valores Culturales y Sociales en la Difusión del Aborto y la Reacción de Contención ejercitada por Medicina e Morale

Muchos factores han sido convocados, algunos de orden general, otros más “específicos” y directamente relacionados con la decisión abortiva de la mujer.

Factores generales

Laicización y “descristianización”

Entre los factores generales se citan la tendencia a la laicización constante durante los últimos siglos, y en particular la “descristianización” sostenida por varios movimientos filosóficos que –si bien siendo diversos en sus orígenes y antitéticos en sus contenidos– han concurrido al fenómeno. De ello trató magistralmente en *Medicina e Morale* A. Bausola (1986)¹ que subrayó la aportación de la filosofía del siglo a la rotura de aquella relación entre religión y ética (y en particular con la ética sexual), que había dado consistencia, hasta entonces, a cuanto el cristianismo proponía al respecto.²

La reivindicación de la “autonomía” y de la “libre determinación de los comportamientos” fue estimulada por los escritos de “hombres de pensamiento” y, luego, asumida como batalla política por “movimientos” que se formaron para alcanzar determinados objetivos; y en vano fue contrastada por la reflexión y la sabiduría de otros pensadores.³

La alienación provocada por el trabajo industrial y la revancha en el comportamiento privado.

Este factor general, que procuraba ciertamente mayor riqueza y posibilidad de consumo a un amplio espectro de clases sociales, en el sistema capitalista occidental como en el sistema marxista de la Europa oriental imponía a la organización social modelos de vida “alienantes”, en relación de los cuales la única reacción sugerida consistía en la búsqueda de aquella que fue definida una concilia-

ción “en mosaico” entre el principio de realidad (vida laboral) y el principio del placer, en el cual todavía M. Marcuse (por ejemplo) veía la realización en los aspectos lúdicos del eros, motor freudiano de la existencia.

De aquí también el desarrollo inmoderado del deporte, del tiempo libre y una incitación al “uso del sexo”, y también a la droga, como compensadores de las frustraciones del trabajo “alienante”.

Gran parte de estos problemas no fueron afrontados directamente por *Medicina e Morale*, dada la naturaleza especialista de la revista, no así por *Vita e Pensiero*; no obstante los trabajos de Leonardo Ancona⁴ publicados en *Medicina e Morale* sobre la relación entre psicología y medicina, con el análisis de los aspectos “clínicos” de las dinámicas interiores que se crean en el ejercicio de la libertad individual y la relación entre Freud y la religión; testifican la atención que fue dedicada en sentido altamente “especialista” también ante la Facultad de Medicina romana a la temática en objeto.

El movimiento feminista y de “liberación de la mujer”

Siempre en el ámbito de los factores generales que estamos considerando, un rol fundamental para la aceptación legislativa del aborto tanto en los países occidentales como en los orientales de Europa (aunque con muchas motivaciones diversas), ha sido el movimiento de liberación de la mujer. Esta ha de considerarse como un conjunto (aunque no sea homogéneo) de proposiciones, acciones y realizaciones legislativas y “prácticas” en la sociedad que ciertamente han conferido equilibrios diversos – respecto a los tradicionales – entre hombre y mujer.

Sería vano y fuera de lugar en esta circunstancia presentar al lector una síntesis, si bien burda e insuficiente del argumento que ciertamente ha tenido grandes reflejos sobre el “comportamiento sexual de la mujer”,⁵ sobre el concepto de familia, sobre la actividad laboral extradoméstica, sobre la dimensión de la prole, sobre la alimentación de los hijos y otros aspectos todavía por abrirse a contenidos de indudable “ruptura” con las finalidades del ejercicio

sexual propuestas por la doctrina católica. Se trata, por ejemplo, de las relaciones sexuales en la adolescencia y prematrimoniales; a las relaciones extraconyugales, al difundirse del concubinato, a la anticoncepción activa, al aborto.

Ha de reconocerse que “el movimiento feminista” incluso el local ha sido de los más comprometidos en la reflexión psicológica y social de los problemas que propone la interrupción del embarazo. La “teoría” que la ha sostenido se encuentra ilustrada (más que discutida o refutada) en varios artículos publicados por *Medicina e Morale* referentes al “estatuto del embrión”, las técnicas y el significado de la anticoncepción y de la contragestación, el aborto “clásico” (quirúrgico) y el “medicamentoso”, como más adelante será mencionado.

Las aportaciones de *Medicina e Morale* en la época de la elaboración de la ley 194/1978 –no obstante limitadas en esa época a los aspectos generales del feminismo– aptos para contrastar con argumentos racionales las orientaciones y propuestas que eran presentadas a la opinión pública en relación a la “libertad de aborto” de los sectores más radicales de tal movimiento (ver por ejemplo, E. Banotti (1971);⁶ A. Faccio (1975);⁷ M. Nostardini (1973),⁸ etc.).

La “sobrepoblación” del planeta y la necesidad de relacionarla a la producción alimenticia de subsistencia

De este cuarto elemento general, que era fuertemente debatido ya en los años 50's, se encuentra rastro explícito en los artículos de A. Gemelli (1954),⁹ y de G. De Toni (1954),¹⁰ y en la amplia relación sobre las conclusiones de la XXVI Semana Social de los Católicos de Italia (1954).¹¹

El artículo de Gemelli fue particularmente importante porque indicó la correlación entre las propuestas emergidas en la V Asamblea Mundial de la Salud sobre la población (1952) y el “eugenismo”, ya en esa época favorable al aborto selectivo, pero para rechazarse firmemente. Las conclusiones de *Medicina e Morale* fueron claras, expresando contrariedades también hacia todo tipo de reglamentación obligada de los nacimientos, en aquella época propues-

tas por potentes organizaciones internacionales a cambio de ayudas económicas a los países subdesarrollados del tercer mundo.

El argumento poblacional fue retomado en 1962 por obra de A.V. Costa (1962);¹² de L. Maritano (1962);¹³ de G. Rossino (1962)¹⁴ en ocasión de la promulgación de la Encíclica *Mater et Magistra*, luego en 1965 por parte de E. De Lorenzi (1965)¹⁵ y en 1979 por parte de G. Boiardi (1979),¹⁶ en ocasión de la promulgación de la *Humanae Vitae*, no solamente bajo el perfil de la “política de población”, sino también bajo los reflejos de la moral personal.

La tutela de la salud y la “lucha a la clandestinidad del aborto”

La tutela de la salud, en la expresión plena formulada por la “Organización Mundial de la Salud” (OMS) (salud física, psíquica y emocional), fue uno de los contenidos de la acción social desarrollada más intensamente, apenas terminada la IIª Guerra Mundial, en todos los países europeos.

Las nuevas Constituciones enumeran el “derecho a la salud” (si bien con algunas variaciones de país a país) entre “los derechos fundamentales del hombre” que van precisándose en la sed de seguridad y resuelto anhelo de paz y de bienestar que las poblaciones manifiestan en Europa.

Rápidamente, la tecnología médica ofrece condiciones de seguridad inéditas a las terapias sanitarias respecto a la época prebélica, con el desarrollo de la inmunología (posibilidad de las transfusiones sanguíneas), con los progresos de la anestesia, los de la farmacología (antibióticos), de la cirugía, etc. En consecuencia la tutela de la salud, cada vez es más vista como una búsqueda del estado de bienestar y de la satisfacción de deseos, al desarrollo de los cuales concurre una hábil política consumista.

Sobre estas bases, incluso la plurisecular cuestión del “riesgo” del aborto provocado para la vida y la salud de la gestante, llega a ser considerada tanto en sede internacional como a nivel de los Estados individuales; y el riesgo es confinado al aborto clandestino practicado por inexpertos.

La interrupción del embarazo –acto quirúrgico– toma ventaja inmediatamente sobre los progresos tecnológicos: de China proviene la noticia de la positiva experimentación de la histerosucción, que rápidamente es introducida y perfeccionada en el mundo occidental (así llamado método Karman). Disminuye grandemente la morbilidad y la mortalidad materna por aborto inducido médicamente asistido.

Posee ya un buen juego la posibilidad de discutir la abrogación de las normas penales de contención del aborto.

Aspectos “particulares” relacionados al debate realizado en Italia sobre la liberalización del aborto y la posición de *Medicina e Morale*

El último argumento general que parece útil recordar nos introduce en una aparente digresión –relacionado a una serie de argumentos más “específicos” concernientes a la relación entre la moral personal y la afirmada voluntad del posicionamiento a favor de la legalización/liberalización del aborto por considerar estos objetivos (estimados capaces de anular la clandestinidad del aborto)– como premisa a la posible prevención del mismo.

Nos parece oportuno examinar cuanto se refiere a la documentación existente en los anales de *Medicina e Morale*, recordando las posiciones asumidas por la Revista. Sobre disposiciones legislativas precedentemente citadas (Institución de los consejeros y abrogación de la propaganda y uso de medios anticonceptivos), que han entrado en funciones antes de la discusión y de la redacción de las normas disciplinantes de la interrupción del embarazo, y a ella evidentemente propedéuticos.

Se trata de juicios expresados por *Medicina e Morale* con amplias reservas a propósito de la anticoncepción, del modelo previsto para los consejeros y de la tutela de la familia en las formas que el Estado ofrecía a la oposición libre y personal de dicha disposición,

paralelamente a la legalización del aborto (en realidad sustancial liberalización en el primer trimestre del embarazo).

Tales formas se presentaban muy “diversas” de aquellas propuestas por la moral católica.

Educación y responsabilidad para el ejercicio de la sexualidad, en la programación de las procreaciones y la actividad consultiva

La liberación sexual de la mujer por medio del uso de anticonceptivos –argumento fundamental, como ya se ha comentado, del feminismo militante– fue afrontado por artículos de *Medicina e Morale* no solamente con una ilustración “técnica” de las sustancias químicas hormonales, o de los dispositivos locales que pueden realizarla (implicando ahí indicaciones y contraindicaciones en el plano médico), sino sobre todo con la ilustración de las diferencias éticas relativas a su uso, como alternativa de criterios “naturales” de los comportamientos conyugales basados en la “abstinencia periódica”, fundada esta última en la relación de los períodos fecundos y aquellos no fecundos del ciclo menstrual femenino.

Se encuentra ya en 1951 (XIII^o año de la Revista desde su fundación, pero convertido en el año I de la nueva serie al momento en el cual pasó bajo la propiedad y la gestión de la Universidad Católica, en particular de la Facultad de Medicina) artículos relativos a los períodos infértiles de la mujer (E. De Lorenzi (1951);¹⁷ E. Opocher (1951);¹⁸ U. Ricci (1951)¹⁹) ilustrando los conocimientos y las metodologías entonces disponibles, en particular el método de Ogino-Knaus. Artículos no exentos de un juicio realista sobre la incierta “percepción personal” y alguna preocupación difícilmente eliminable en relación a los riesgos – para el concebido – de una posible inseminación tardía del ovocito (A. Serra 1977).²⁰

Con el artículo de A. Capella (1975)²¹ insertado en uno de los fascículos de 1975 dedicados a los consejeros familiares, se tuvieron noticias de la regulación de la fertilidad con el método de la ovulación (método Billings), ampliamente difundido en los años sucesivos por una cuidadosa estructura didáctico/formativa y de

investigación promovida oficialmente por el Rector G. Lazzati en la Facultad de Medicina.

Los citados fascículos de 1975 contenían –sin embargo– también el tratamiento de todo aspecto jurídico, organizativo, ético y también teológico del “modelo” de actividad consultiva que los católicos habrían debido adoptar a la luz de la recientísima ley que instituía los consejeros públicos (F. Falcucci (1975);²² P. Aiassa (1975);²³ G. Dalla Torre (1975);²⁴ P. Fiordelli (1975);²⁵ G. Zuanazzi (1975);²⁶ D. Tettamanzi (1975);²⁷ etc.).

Tutela de la familia

A la tutela de la familia, en el sentido más amplio y también “clínico” de las alteraciones que se encuentran y de las dificultades a superar, insisten, en los años sucesivos, también las contribuciones de M. Cozzoli (1998);²⁸ de C. Pontalti (1975);²⁹ y V. Longo-Carminati (1989),³⁰ dirigidos a sugerir adecuadas terapias familiares en casos de la cada vez más frecuente “patología familiar” que la evolución social iba determinando y que el Consultorio familiar de la Universidad Católica en Roma –inaugurado en 1976– tomaba a su cuidado.

Amplios y fundamentales – en este contexto – son también los estudios de S. Burgalassi (1978)³¹ sobre la evolución de los “valores” en el mundo juvenil respecto al comportamiento sexual, a la anticoncepción y al aborto, que iluminan las variaciones profundas de la costumbres, que han intervenido en los últimos decenios y las relaciones con la familia.

En fin, mencionamos el vasto trabajo de P.P. Donati (1993)³² sobre las transformaciones socio-culturales de la familia y los comportamientos derivantes sobre la procreación (1993); de M.L. Di Pietro (2007) como ilustración de la “cuestión demográfica” en el pensamiento de Juan Pablo II (2007)³³ y en fin los artículos – también de M.L. Di Pietro (1992) referentes al desarrollo adolescente y los comportamientos sexuales.³⁴ Reflexiones más exquisitamente teológico-morales sobre el modelo católico de la familia, se deben a E. Sgreccia (1975);³⁵ S. Spinsanti (1975)³⁶ y C. Ruini (1987).³⁷

Breve Alusión a la Génesis de la Ley 194/1978

Luego de esta aparente digresión, volvamos a ocuparnos de la ley 194/1978.

El objetivo primario de los “movimientos pro-aborto” –ya experimentados en otros países– también en Italia, fue aquel de volver al aborto libre y gratuito; la modalidad fue aquella de relacionar la provocativa autodenuncia de quien hubiese abortado, con manifestaciones públicas favorables.

Frente a la imposibilidad de obtener un consenso parlamentario a tal hipótesis extremista, se replegó sobre el uso insistente de la comunicación social para orientar la opinión pública hacia objetivos “intermedios”, capaces de recoger un amplio consenso, como por ejemplo la lucha contra el usufructo de la tribulación de la mujer por parte de médicos “clandestinos”, mercenarios pero complacientes.³⁸ Por tanto surge la exigencia de un aborto público y legalizado.

La verdadera meta “política” era en fin la introducción del “principio de autonomía de la mujer” y la demolición –como había sucedido en ocasión de la competencia por el divorcio– de otro de los pilares católicos en la estructura de la familia: la responsabilidad jurídica de ambos cónyuges en relación de la vida naciente y el traspaso del “poder” de elección reproductiva a la sola voluntad de la mujer.³⁹

La evolución en la opinión pública, y por reflejo en el Parlamento sobre la oportunidad de introducir una nueva reglamentación de la interrupción del embarazo y del aborto, pasó a través de dos sucesos que tuvieron mayor efecto del aclamado, y un inverosímil número millonario anual de interrupciones clandestinas “sanitariamente no protegidas” y de las consecuentes cientos de miles de muertes maternas (a las cuales bien pocos creyeron).

Mientras el trabajo publicado en *Medicina e Morale* de B. Colombo, científicamente indiscutible, llevaba a cifras mucho más modestas estas valoraciones, dos eventos modificaron la actitud no hostil

a la simple “despenalización” del aborto (punto de encuentro político realista).

Tales fueron la discutida sentencia n. 27 de 1975 de la Corte Constitucional⁴⁰ y la profundización propagandista relativa la incidente ICMESA de Seveso.

La Sentencia 27/1975 dio sustancial reconocimiento a la “hipótesis gradualista” de la tutela del concebido, mientras el “caso Seveso” favoreció la introducción del proyecto de ley unificado que iba constituyéndose de una norma de consenso a la interrupción (abortiva) del embarazo incluso por simple duda de malformaciones embrionales (primer trimestre) o de certificación de graves patologías fetales con repercusiones sobre la salud materna luego de los primeros 90 días de gravidez.⁴¹

No obstante las reticencias de los parlamentarios “católicos” –que sostenían únicamente la “despenalización” del aborto pero se oponían a la “legalización” (solución adoptada luego, con ciertas condiciones, por la ley alemana)– el 18 de 1978 fue aprobada por estrecha mayoría la ley “Normas para la tutela social de la maternidad y sobre la interrupción voluntaria del embarazo”, publicada el 22 de mayo de 1978 con el n. 194.

De esta ferviente época de compromiso, pero también de respetuoso indirecto “apremio” a los legisladores de reflexionar seriamente sobre las soluciones que se juzgaba oportuno adoptar y de las cuales parecía dudosa la coherencia con la Constitución nacional; se señalan las contribuciones de A. Bompiani (1971⁴² y 1974⁴³), F Stella⁴⁴ y de F. Introna.⁴⁵

La única contribución “especializada” sobre la vertiente de la tan publicitada cuestión de la salud psíquica de la mujer, fue la de L. Ancona (1975),⁴⁶ la cual puso en claro las ambivalencias del argumento y las dificultades “profesionales que el mismo psicólogo encontraba frente a los diversos argumentos que llevaban a la mujer al aborto y, al mismo tiempo, las dicotomías que en tema de aborto pueden tenerse en el juicio moral del acto que la interesada quiere cumplir.

Por último, y obligadamente, un artículo publicado en *Medicina e Morale* puso en guardia contra las “complicaciones” de la intervención de interrupción del embarazo (P. Bergamaschi, 1975)⁴⁷ siempre posibles – en lo inmediato o a la distancia – incluso con las nuevas técnicas, apresuradamente juzgadas exentas de riesgos.

Una lectura general de la ley 194/1978

La ley 194/1978 fue sometida, por parte de muchos autores, a una rigurosa lectura, incluso por *Medicina e Morale*. Algunos artículos de carácter general aparecieron ya en 1978 y 1979, otros se distribuyeron en los años sucesivos. Estas contribuciones, si bien en su conjunto no muy numerosas,⁴⁸ son ya suficientes para una valoración negativa de la ley. Muchos aspectos particulares serán en seguida mencionados (ver adelante).

Algunas contribuciones insistieron sobre aspectos de carácter filosófico-teológico, como premisa de una consideración incluso de los aspectos jurídicos de la ley. Carlo Caffarra (1978)⁴⁹ lamentó la reducción del concepto de derecho a una pura trascripción de la costumbre social; la distorsión del concepto de verdad y de sana razón, que se determina cuando se impongan con el sólo mecanismo de la “mayoría”, reglas contrarias al profundo sentir humano; la reducción de la libertad a mera posibilidad de elección, independiente de valores (concepción nominalista de la libertad)

Para el autor, estas “elecciones” de la 194/1978 tienen profundas consecuencias deformantes sobre la comunidad civil, dado que “se aplastan personas incapaces de defenderse” y llevan inevitablemente a la disgregación de la sociedad.

La objeción de conciencia se vuelve por tanto la manifestación clara, pública, del “rechazo neto y sin compromisos de todas las decisiones que están a la base de la ley y de sus consecuencias”.

En 1979, Angelo Fiori⁵⁰ –extrayendo las primeras conclusiones sobre las modalidades de la aplicación de la reciente ley, luego de haber evidenciado que ya muchos tribunales italianos habían pro-

movido cuestionamientos sobre la legitimidad constitucional de algunos aspectos de la decisión normativa hecha por el Parlamento (nueve tribunales, para ser exactos)— comentaba sobre todo la aplicación del art. 9 “objección de conciencia”, lamentando la exclusión de los médicos objetores de estos procedimientos no directamente implicados en el testimonio de la petición de aborto de las mujeres, al cual se oponía el “registro” de los objetores, cuyo significado no podía no ser interpretado como intimidante.

Señalaba a la opinión pública, y reconocía fundada, la toma de posición de la Federación Nacional de los Ordenes Médicos que había subrayado cómo la objeción fuese “un derecho para todo el personal sanitario y por tanto, tal derecho no puede de ningún modo perjudicar la posición de trabajo del objetor”.

Señalaba también “la contradicción de la ley respecto a la ética profesional, porque obliga a quien no formula oficialmente la objeción de conciencia, de realizar la interrupción del embarazo en cada caso, incluso si su conciencia, en el caso en particular, se lo impida”.

Giuseppe Dalla Torre (1979),⁵¹ en el mismo año, evidenciaba la sustancial “profunda heterogeneidad” —por no decir la contraposición— de la ley respecto a los principios constitucionales, asumidos como característica común de todo el orden jurídico italiano.

Esto era para el autor fuente de profunda amargura por todos aquellos que en el curso de los 35 años de trabajo de la emanación de la Constitución, habían actuado no obstante la múltiple “paterinidad”, desde el punto de vista ideológico, para construir un sistema jurídico de alta civilidad jurídica, correspondiente a los valores expresados en la Carta fundamental.

El contraste es particularmente evidente con el art. 2 (constitucional) que adopta el término “hombre” (es decir, un término que hace directa referencia a la realidad natural y no el término “persona” que en el lenguaje jurídico tienen un significado preciso, es decir el “volverse persona” a través del hecho del nacimiento) para reconocer y garantizar el derecho inviolable de la vida incluso al concebido. Pero también respecto al art. 3 (constitucional) —que

trata del principio de igualdad tanto formal como sustancial— se pueden poner de relieve violaciones aportadas por la ley 194/1978, dado que privilegia la así llamada “solución de los términos” en la legitimación de la interrupción voluntaria del embarazo, poniéndose jurídicamente en contraste con el mismo principio de razón.

Otras anotaciones importantes son hechas a la ley 194/1978, en relación al “derecho de familia” (exclusión del padre del concebido, en las decisiones); a las limitaciones puestas a la objeción de conciencia y otras más.

Otra contribución fundamental se debe —algunos años más tarde— a L. Eusebi (1988).⁵²

Han ya trascurrido 10 años de la “preparación” de la ley 194/1978, se ha celebrado en 1981 el “referéndum abrogatorio” (que ha de hecho confirmado la ley 194/1978)⁵³ y se perfila siempre más urgente una necesaria reflexión sobre la ingeniería genética y las técnicas de fecundación artificial, que presuponen intervenciones relativas a las primerísimas fases de la existencia individual, con graves pérdidas embrionales.

Para Eusebi, esta reflexión debe implicar una tutela comprensiva de la vida humana, y tener por fulcro la cuestión de la “dignidad del embrión”.

La ilicitud de manipulaciones dañinas puede ser —en vía directa— recabada por el art. 2 (constitucional), pero ciertamente más directa es la referencia al art. 2 de la ley 194/1978, según el cual “*El estado (...) tutela la vida humana desde su inicio*”.

Según Eusebi, las disposiciones que discriminan el aborto en términos de especialidad respecto a la regla general de la intangibilidad de la vida humana desde su inicio, implican la prohibición de cualquier compromiso de la vida prenatal, independientemente de los casos taxativamente previstos por la ley en relación con situaciones de conflicto *personal y actual*.

Además de esta importante referencia al art. 1 de la ley 194/1978, el voluminoso trabajo de Eusebi examina los “aspectos preven-

tivos” indirectos que la ley ha predicho, difiriendo aún más el umbral de la punibilidad a meras infracciones de las normas legales.

Para Eusebi, en conformidad con la autorizada opinión, formulada desde hace tiempo por parte de Romano-Stella (1975),⁵⁴ el limitarse— por parte del legislador— a la sólo exclusión (o reducción) de la consciencia de quien se somete al aborto habría evitado “tanto la configuración de un derecho subjetivo a la interrupción voluntaria del embarazo, como al decrecimiento de la calificación de antivalor en relación de esta última parte del orden jurídico”.⁵⁵ Habiendo renunciado a tal posibilidad, con mayor razón es necesario garantizar que otros criterios “preventivos” resulten eficaces: esto no parece realizado por la ley 194/1978 desde el momento que “la situación aplicativa parecería señalar precisamente la ausencia de válidos indicadores de comportamiento, siendo claro que la interrupción del embarazo es utilizada de hecho como instrumento de control de la natalidad”.

Análisis de Particulares Contribuciones de Medicina e Morale al tema

La cuestión del “aborto directo” e “indirecto”

La actividad de *Medicina e Morale* inició al final de los años 30's del siglo pasado como rúbrica “especializada” de la Revista *Perfice Minus*. Andrea Gennario, Rector del Pontificio Ateneo Salesiano de Turín y Pietro Sisto, Presidente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Turín; eran los directores; E. De Lorenzi el Redactor.

Uno de los primeros argumentos afrontados fue el momento de la motivación (Caremello P. (1940)⁵⁶), el otro, la cuestión del aborto provocado (L. Bender (1939)⁵⁷) con amplia ilustración del debate suscitado entre Agostino Gemelli y Vermeersch en relación a la licitud de la extirpación del útero grávido en una situación de enfermedad neoplástica no curable de otro modo (maligna y no fibromatosa), y cuando el feto no hubiese todavía alcanzado la capacidad de vida autónoma.⁵⁸ Nótese que la definición canónica de

aborto es la siguiente: *abortus definitur ejectio foetus immaturi, qui extra matrem nondum vivere potest.*

Detengámonos solamente – en esta ocasión – sobre la segunda cuestión, se debe recordar que en aquella época la carencia de medios terapéuticos eficaces, sobre todo en el sector de la reanimación, hacía tender ampliamente a un cierto número de obstetras – también en Italia– hacia el “aborto terapéutico” por indicación materna, aquello que resultaba contrario a la interpretación rigurosa de la reciente Encíclica *Casti Connubi* de Pio XI (31 de diciembre de 1930).⁵⁹

El Pontífice en la *Casti Connubi* había condenado como “delito gravísimo” lo que ya entonces era definido como “terapéutico”, o sea “aborto procurado para curar a la madre de alguna enfermedad o para impedir que el embarazo llegue a agravar la enfermedad de la madre”; la Encíclica afirmaba que no puede existir ninguna “indicación” que justifique en tales casos el aborto.

También sobre la base de la autoridad del Director de la Clínica Obstétrica Ginecológica de Roma, Ernesto Pestalozza que había sostenido la imposibilidad –en la fase de desarrollo alcanzado en aquella época por la obstetricia– de evitar el peligro agudo de muertes maternas en casos en los cuales, si bien raramente, la continuación del embarazo habría conducido inevitablemente a la muerte materna, además de la fetal; un notable número de obstetras consideraba que la Encíclica no se refería a una condena de la intervención quirúrgica, que al no practicarse, madre y feto estarían ambos condenados a muerte segura. Pero los católicos temían (con razón) que la tendencia a la práctica del aborto considerado “indirecto” se extendiese ulteriormente a muchas enfermedades médicas en el embarazo y al mismo síndrome del “vómito así llamado incoercible al embarazo”, considerando la intervención como tolerada (por ser “indirecta”) según los criterios, incluso de la doctrina canónica.

Sobre esta base, se desarrolló el largo debate entre A. Gemelli –favorable a una interpretación “literal” de la Palabra del Pontí-

fice— y el moralista teólogo P. Vermeersch de 1939 a 1941 (del cual siguió una breve continuación del diálogo entre D. Mancini y Janssen).

Las posiciones (en extrema y necesariamente aproximativa síntesis) del P. Gemelli y Mancini son así resumidas por A. Gennaro):

1. La extirpación del útero canceroso en una mujer gestante no puede ser considerado como aborto “indirecto” (porque siempre comporta la previa ligadura de vasos (uterinos) que llevaban oxígeno y nutrientes a la placenta y al feto, y esto es un acto consciente y directo).

2. De la opinión de teólogos que afirman que la extirpación del útero canceroso en embarazo es un aborto indirecto, los médicos deducen fácilmente que todo aborto terapéutico es igualmente un aborto indirecto (existía ya en esa época una circunstancia excusante de hecho para los médicos en el derecho penal, cuando se trata-se de la “salvación de la vida” de la madre, en gran parte de los países occidentales. Las preocupaciones “pastorales” de A. Gemelli de aclarar las cosas para los “médicos de inspiración católica” no eran infundadas).

3. Los tres casos sobre los cuales los moralistas (considerando su época) discuten para saber si son aborto directo o indirecto (citados en el lenguaje de la época como perforación de las membranas, extracción de patología placentaria en presencia de feto vivo e histerectomía de útero grávido canceroso) se consideran como aborto directo.⁶⁰

Las posiciones de Vermeersch-Janssen eran: “El aborto voluntario es directo e intrínsecamente malo cada vez que la acción abortiva atenta (se dirige en forma negativa) inmediatamente sobre el feto o sobre algo de él (evidentemente se aludía a la placenta, cordón umbilical, etc.); es indirecto cuando la causa actúa inmediatamente sobre la madre o “algo” (evidentemente se trata del útero) de ella”.

Pero —más allá del debate doctrinal— ambos dialogantes expresaron el deseo que la investigación y la experiencia médica pudiesen

conseguir –a corto plazo– el objetivo ideal: permitir el alcance de la vitalidad (vivilidad) mínima fetal con terapias maternas adecuadas, para obtener la posibilidad de la supervivencia fetal.

Precisiones sobre las “indicaciones” médicas, psicológicas, sociales y eugenésicas del aborto

Pasaron los años, y si las indicaciones médicas “clásicas” para la interrupción del embarazo tuvieron una notable reducción en todo país sanitariamente avanzado, otras “indicaciones” comenzaron a emerger y prepotentemente a afirmarse en campo legislativo.

Medicina e Morale, separada ya de *Perfice Munus* y pasada bajo la gestión directa de la Universidad Católica (1952) constituyó el “testimonio” –con los artículos en ella publicados– de este trabajo de las opiniones, que precedió la redacción parlamentaria y la emanación de la ley n. 194/1978. “Normas para la tutela social de la maternidad y la interrupción voluntaria del embarazo”; como ya se ha documentado en las páginas precedentes.

Algunos artículos fueron publicados por A. Bompiani (1972)⁶¹ para documentar la inconsistencia de la “indicación médica” de la interrupción voluntaria, cuando el riesgo materno de una patología en el embarazo fuese ya declarado, debiéndose afrontar no con el aborto sino con disposiciones (médicas y quirúrgicas) dirigidas contra la patología, no obstaculizando su cumplimiento la situación gravídica, gracias a los progresos de la tecnología médica.

La temática de las reales indicaciones médicas al aborto (que sólo en casos declarados fuese posible clasificar como “terapéutico”), ocupó quizá los espacios de la revista en los primeros años de publicación de la misma, cuando el argumento era fuertemente discutido en el ambiente médico de algunos países (ver para confirmar el capítulo “indicaciones médicas” de la monumental monografía de D. Callahan (1972)⁶²). E. Clauser (1954)⁶³ se detuvo a considerar la entonces temible tuberculosis en el embarazo, mientras más recientemente G. Stirati y otros (1995)⁶⁴ reconsideraron el delicado problema de la asociación de embarazo y neoplastia crónica.

Pero el debate –ya al inicio de los años 70– vertía sobre las así llamadas “indicaciones sociales y psicológicas”, conexas al “riesgo” que la enfermedad habría aportado a la salud psíquica de la mujer.

Las “razones sociales” eran las causas dominantes (embarazo por estupro, por falta de prevención anticonceptiva, por carencia de planificación familiar, por insuficiencia de medios económicos y espacios habitables para criar nuevos hijos; de compromisos laborales y obstáculos de carreras profesionales etc.), condiciones que habrían podido revertirse –por un inapelable juicio de la mujer– sobre su propia salud.

La literatura publicada también en Italia en aquellos años documenta, todavía hoy, esta “postura” psicológico-social de la amplia y tenaz preparación de la opinión pública a la ley, que se dirigía – como objetivo primario– a la cancelación de la clandestinidad del aborto, hecho esto⁶⁵ necesario por las situaciones vitales.

Con el acentuarse de la polémica sobre las indicaciones al aborto “clínicamente protegido” y el volverse cada vez más próxima la solución parlamentaria, *Medicina e Morale* promovió en 1974 la redacción de dos fascículos dedicados a varios aspectos del argumento, que vieron la participación de teólogos moralistas (C. Caffarra (1974);⁶⁶ E. Sgreccia (1974);⁶⁷ V. Fagone (1974)⁶⁸); de historiadores (E. Nardi, (1974))⁶⁹; de embriólogos y fisiólogos (G. Gogliá 1974;⁷⁰ E. Manni 1974⁷¹); de genetistas (Serra A. (1974))⁷²; de médicos (A. Bompiani (1974);⁷³ P. Bergamaschi (1974);⁷⁴ E. Moneta (1976));⁷⁵ de psicólogos (L. Ancona(1974)⁷⁶); de juristas (R. Licordari (1974);⁷⁷ K.J. Rees (1974);⁷⁸ F. Stella (1974)⁷⁹; F. Introna (1974)⁸⁰).

El enriquecido tratamiento aportaba elementos científicos de las varias disciplinas como sostenimiento de Documentos, también del Magisterio era publicado en aquella época bajo el punto de vista moral (S. Congregación para la Doctrina de la Fe; Consejo Permanente de la CEI etc.).

Más recientemente, C. Genovese (2002)⁸¹ evaluó las consecuencias psicológicas derivantes –incluso a distancia de tiempo– de la interrupción voluntaria del embarazo.

El aborto “medicamentoso” (o químico) y la así llamada “anticoncepción de emergencia”

Estos dos argumentos, tratados en general separadamente, tienen en realidad, “afinidad” de intencionalidad y de mecanismos de acción que han promovido –en el seno de *Medicina e Morale*– una reflexión muy actualizada sobre el plano científico, y “madura” sobre el plano bioético.

La propiedad demostrada por mifepristone, esteroide sintético realizado por E. Baulieu en 1970 e indicado con las siglas RU 486, de ejercitar una relación competitiva con la progesterona (protectora del embarazo) a nivel de los receptores de la misma (E Milgrom y Al. (1970))⁸² ha permitido encaminar a la sociedad hacia el aborto “privado”, no necesariamente “quirúrgico” y sometido a control por hospitalización; como fue predicho ya por J.B. Thiersch (1952), desde 1952.⁸³

En 1982 se daban a conocer los primeros resultados clínicos con gran énfasis, con la finalidad de iniciar una campaña mediática para favorecer, mediante la “experimentación” (en realidad la difusión), la preparación farmacéutica del RU 486 (W. Hermann et al., 1982);⁸⁴ E. Baulieu y S. Siegel S. (1985).⁸⁵

En 1988, M.L. Di Pietro y E. Sgreccia,⁸⁶ valoraron ampliamente no sólo los aspectos biológicos sino también los antropológicos, psicológicos, bioéticos y morales de toda “contragestación” como quiera que sea efectuada, a la luz de la naturaleza humana del embrión desarrollándose en útero, y pusieron en evidencia la no asimilación del aborto medicamentoso a la ley (por cuanto criticable sea) 194/1978, que regula la interrupción del embarazo.

A los lectores de *Medicina e Morale* fue dada en 2002 una información muy cuidadosa del empleo, de las complicaciones, de los efectos colaterales, y de los riesgos inherentes al uso de la RU 486 para la indicación abortiva por parte de M. L. Di Pietro y M. Casini (2002),⁸⁷ que examinaron también las descritas como “recaídas” en la vida de la mujer, los efectos desfavorables (en la mayoría de los casos) de tal práctica abortiva en lo inmediato y a la distancia.

Posiciones compartidas por A. Fiori y E. Sgreccia⁸⁸ en una editorial de *Medicina e Morale* (2002) y por G. Ferrara, en 2005.⁸⁹

También la “anticoncepción de emergencia” (llamada píldora del día siguiente) fue argumento examinado por M.L. Di Pietro y R. Minacori (1996)⁹⁰ (2001) (estroprogestínicos en fuertes dosis; norlevo) en los efectos inmediatos y a distancia, además llegando a la conclusión que no siempre la administración actúa como bloqueador de la ovulación, sino en otros casos es factor de “intercepción” de la implantación de un embrión ya al inicio, si bien precocísimo, de su desarrollo, al cual se niega la recepción endometrial.

Naturaleza, dignidad humana y estatuto del embrión

El “contraste” a la difusión del aborto, desarrollado por la Universidad Católica, Facultad de Medicina, fue, a lo largo de los años, constantemente acompañado por una obra de iluminación sobre el “ser embrión” por parte de quien escribió en *Medicina e Morale*.

Naturaleza y estatuto del embrión humano

La naturaleza del embrión humano, y en consecuencia su relativo estatuto “ontológico” y “jurídico”, fue objeto de numerosas contribuciones.

A. Serra (1987,⁹¹ 1999,⁹² 2002,⁹³ 2003⁹⁴) trató – en particular – los aspectos embriogénéticos y de desarrollo embrional, y ulteriores reflexiones agregaron M. Zatti (1991);⁹⁵ A.L. Vescovi y L. Spinardi (2004);⁹⁶ R. Colombo (1997).⁹⁷

V. Fagone⁹⁸ consideró los aspectos antropológicos y relacionales relativos a la “presencia” del embrión, a la luz de la biología embrional, y en la más amplia temática de la procreación (1975); mientras G. Bozzato (1999)⁹⁹ escribió sobre el inicio del individuo humano, reconociéndolo en la concepción.

E. Sgreccia (1986)¹⁰⁰ y V. Possenti (1992)¹⁰¹ se detuvieron en particular en los aspectos filosóficos relativos a la atribución al embrión del concepto de “persona” desde el momento de la fecundación a la luz del personalismo ontológicamente fundado.

El concepto de dignidad humana del embrión fue desarrollado por A. Bausola (1987).¹⁰² Coherentemente con estos escritos, varios artículos fueron dedicados a los “*derechos del embrión*” como está previsto por leyes nacionales o predichos en sedes internacionales pero no realizados en la práctica clínica o incluso pisoteados (S. Leone (1985);¹⁰³ M.L. Di Pietro y S. Fornaroli (1991);¹⁰⁴ W.J. Eijk (2001);¹⁰⁵ M. Casini (2003)¹⁰⁶).

Aborto selectivo y diagnóstico prenatal

Desde que se realizó y se difundió el “diagnóstico prenatal”, A. Serra y G. Bellanova (1997);¹⁰⁷ A. Serra (1997)¹⁰⁸ se preocuparon de ilustrar, con amplia casuística, también la correcta posición moral para afrontar este delicado diagnóstico.

Los aspectos jurídicos habían sido ya atentamente examinados, en *Medicina e Morale*, por T. Auletta (1987).¹⁰⁹

Se trata de artículos absolutamente objetivos en la valoración “técnica” de las disposiciones empleadas para la finalidad, pero también muy explícitos en el indicar el riesgo de errores y sobre todo de abusos.

Los procedimientos —donde se justificasen— deben ser en todo caso dirigidos a facilitar la terapia, donde sea posible, del concebido, o la aceptación informada del bebé por nacer por parte de los padres donde el remedio a la enfermedad o a la imperfección no fuese actuable.

Frente al difundirse del recurso al diagnóstico genético prenatal, es fuertemente requerido a la deontología misma del tratante, el servirse de la guía del genetista (consultor prenatal) en el reconocer las reales indicaciones del diagnóstico (A. Serra (1975)¹¹⁰ y (1997)¹¹¹).

La “reducción embrional, la clonación y la investigación embrional”

A. Bompiani, L. Guariglia y P. Rosati,¹¹² trataron de algunas técnicas de “interrupción parcial” del embarazo (la llamada reducción embrional), forma absolutamente atípica también sobre el plano jurídico y no expresamente prevista por la ley vigente (1995).

Ulteriores aportaciones a la tutela del embrión se alcanzaron cuando se acentuó la *investigación embrional* no terapéutica del embrión requerido, y se delineó el problema de la clonación humana, fuese ella “reproductiva” o “terapéutica”; considerar sin distinción como actos contrarios a la dignidad del hombre y lesivos de los valores que subyacen a la creación, desarrollo y tutela de la persona humana en cada fase de su existencia. Importantes contribuciones fueron ofrecidas por E. Sgreccia (1988)¹¹³ A. Serra (1993);¹¹⁴ A.G. Spagnolo y E. Sgreccia (1988)¹¹⁵ y E. Sgreccia (2001);¹¹⁶ I. Carrasco De Paula (2000);¹¹⁷ A. Fiori (2003);¹¹⁸ R. Colombo (2003);¹¹⁹ L. Eusebi,¹²⁰ M. Casini y M.L. Di Pietro (2003).¹²¹

El diagnóstico preimplantatorio

El objetivo de “transferir en el útero” solamente embriones “no enfermos”, derivados de la técnicas de fecundación *in vitro*, ha producido en los últimos decenios un esfuerzo muy notable hacia el así llamado “diagnóstico preimplantatorio” que va a la búsqueda de uno o más blastómeros (según la etapa de desarrollo en la cual es efectuada la obtención) libres de patologías derivadas de defectos monogénicos, de enfermedades recesivas ligados al cromosoma X; de desplazamientos cromosómicos y de anomalías numéricas de los cromosomas.

Es evidente la “pérdida” de embriones tanto accidental como intencional que tales indagaciones comportan. En diversas ocasiones y por parte de diferentes autores, *Medicina e Morale* ha examinado los aspectos bioéticos de esta técnica, ciertamente muy controvertida y sólo en parte asimilable –moralmente– al aborto de feto ya implantado y en vías de desarrollo (M.L. Di Pietro, A. Giuli y A. Serra (2004)¹²²); L. Romano y Al. (2006);¹²³ J. Suaudeau (2007)¹²⁴).

También otras técnicas de diagnóstico prenatal “no invasivas” –basadas sobre el relieve y el análisis de células fetales en la circulación materna, o por la presencia de ácidos nucleicos fetales en el plasma materno– han sido examinadas (M.L. Di Pietro y Z. Serebrovska (2006)¹²⁵).

Las investigaciones indicadas son parte de la exigencia de afirmar una tutela integral del embrión en cualquier edad de su desarrollo, sea él “libre” *in vitro* o implantado en útero. No se debe olvidar que –para la doctrina moral católica– toda pérdida intencionalmente provocada de una vida embrional es la pérdida de una persona.

La objeción de conciencia

La objeción de conciencia ocupó fuertemente la atención de los miembros del Parlamento en el curso de la prolongada redacción de la ley 194/1978, tanto en las propuestas de ley que permitieron desembocar en un “texto unificado”, aprobado por estrecha mayoría y sin el consentimiento de los parlamentarios “católicos”; así como en la actual formulación del art. 9 de la “Norma para la tutela social de la maternidad y sobre la interrupción voluntaria del embarazo”. La crónica del accidentado itinerario fue ofrecida al lector de *Medicina e Morale* por A. Bompiani¹²⁶ en la nota de 1978, seguida de una reseña más amplia ese mismo año.

Evaluaron las consecuencias sobre la responsabilidad profesional del ginecólogo también E. Lenzi (1978),¹²⁷ mientras los aspectos jurídicos de la institución y de las modalidades con las cuales un principio de libertad –verdadero derecho fundamental del hombre– había sido pensado y realizado por la ley, fue examinado tanto por V. Petrobon (1979),¹²⁸ como –más recientemente– por C. Casini (1998)¹²⁹ preocupado por episodios limitantes a nivel administrativo del ejercicio de tal “elección” ética del médico que se iban verificando.

Ciertamente en el curso de los años, se ha tenido también por M. L. Di Pietro, M. Pennacchini y M. Casini (2001)¹³⁰, una evolución de la objeción de conciencia, que fue analíticamente considerada con gran atención por parte de las tres redactoras. La conclusión del trabajo lleva a considerar que mientras el instituto ha alcanzado un aspecto bien preciso y una consideración social definida, se están multiplicando en cambio la situaciones en las cuales se solicitan al operador sanitario intervenciones en conflicto con la propia deontolo-

gía o consciencia moral, que si bien “distintas” al sentido de la ley 194/1978 de la “objeción” formalmente depositada, pertenecen a aquella “cláusula de consciencia” que garantiza en toda circunstancia la coherencia del juicio médico con las normas morales.

A título de ejemplo es descrito el caso de la contrariedad a la suministración del Norlevo (la píldora del día después) tanto por parte del médico como del farmacéutico (M.L. Di Pietro y Al. (2003)¹³¹), objeto de persistentes polémicas y –quizá– de indebidas sanciones administrativas.

El “Monitoreo” del fenómeno del Aborto en diversos sistemas sanitarios

Este particular argumento, esencial para conocer el efecto de las diversas leyes actualmente en acto en un número muy elevado de países sobre la reglamentación del aborto, ha sido cultivado, con mucha tenacidad, por E. Spaziante (1983;¹³² 1996;¹³³ 1998;¹³⁴ 2000;¹³⁵ 2003;¹³⁶ 2005¹³⁷). Se realizan confrontaciones de datos también con sus relativos índices demográficos de las poblaciones consideradas; la natalidad, la población femenina en edad fértil, las clases de edad, etc.

La impresión general que se recaba de la serie histórica de las valoraciones, es la tendencia a una cierta disminución del número de los abortos registrados, por cierto muy dispar de país a país y en presencia de significativas diferencias de registros de datos. Tienden, en cambio, a mayor uniformidad las “causas” que en los diversos sistemas jurídicos permiten el aborto.

Conclusiones

Pocas palabras como conclusión de una contribución sustancialmente “informativa” sobre una serie de artículos referentes –desde ángulos visuales diversos pero siempre coherentes con la naturaleza y la inspiración de la Revista– a un argumento fundamental tratado en el curso de los años por *Medicina e Morale*. Sería ciertamente

deseable que la investigación fuese ulteriormente profundizada y se extendiese también a las aportaciones publicadas por la revista *Vita e Pensiero*, sobre las otras revistas especializadas editadas por la diversas Facultades humanísticas de la Universidad Católica, y a las numerosas “monografías” producidas por el cuerpo académico sobre el argumento.

Ya desde ahora, sin embargo, me parece poder afirmar algunas conclusiones generales del reconocimiento realizado:

1. La línea en la cual se desarrollan varias contribuciones –pertenecientes a autores internos y externos a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, y acogidos por *Medicina e Morale*– aparece en su conjunto espontánea y sorprendentemente homogénea sin haber sufrido los autores constricciones, ni ejercido adulaciones.

2. En los diversos episodios temporales de este no breve, libre recorrido de reflexión, entrevemos la presencia de la *Casti Connubi; Mater et Magistra; Humanae Vitae*; “La Instrucción para el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación”; *La Evangelium Vitae*. Ciertamente, raramente estos documentos son mencionados por los autores, y la investigación –si bien fiel al espíritu de los mismos– es conducida en aquella sana “laicidad” del intelectual católico, al mismo tiempo profesionalmente preparado y consciente “de ser Iglesia”. Esto, por lo demás, nos enseñaba Giuseppe Lazzati.

3. El camino recorrido por la Revista sobre un tema tan importante, difícil y comprometedor –como el del aborto– ha sido siempre afianzado y sostenido en los momentos de transformación con los cuales el evento de la tutela global de la vida convocaba mayormente a los médicos, los estudiantes y los lectores especializados de *Medicina e Morale*; por las aportaciones de Maestros de otras disciplinas. Basta pensar además de los antiguos artículos de A. Gemelli,¹³⁸ los más recientes de J.F. Fleming (1995);¹³⁹ de L. Ciccone (1995);¹⁴⁰ de F. Sevaggi (1997);¹⁴¹ de E. Agazzi (1980);¹⁴² de B. Callieri (1980);¹⁴³ y a las contribuciones de C.M. Martini (1984);¹⁴⁴ C. Ruini (1987)¹⁴⁵ y T. Bertone (2001),¹⁴⁶ para concluir con las inspiradas y “trascendentes” reflexiones de G. La Pira (1986).¹⁴⁷

Referencias bibliográficas

¹ BAUSOLA A. *La coscienza cristiana di fronte all'ateismo e all'indifferenza*. Medicina e Morale 1986; 4: 709-731.

² "Se suele decir comúnmente que –en Italia– nuestro siglo ha sido dominado, primero por el idealismo y luego por orientaciones como el pragmatismo, neopositivismo, existencialismo, marxismo (sobre todo); diversos sí, pero siempre aunados por el ateísmo; se habla de materialismo teórico y de materialismo práctico, difundidísimos" (*Ibid.*, p. 712).

³ Por los "reaccionarios" se cita en general M. Marcuse, que desarrollando algunos aspectos del pensamiento freudiano en varias publicaciones (por ejemplo, *El malestar de la civilización*, *El hombre a una dimensión*, ed. en *Eros e civiltà*. Turín: Ed. Ital. Einaudi; 1964) y en la "trilogía" Horkheimer, Fromm y Marcuse (v. HORKHEIMER M. *Studi sull'autorità e la famiglia*. Turín: UTET; 1974), denunciaba la represión de los instintos provocada por el proceso de civilización de la sociedad burguesa, en la cual la familia y el paternalismo tenían un gran relieve. Por los "sabios", se pueden citar por ejemplo, Del Noce, que reveló abiertamente el carácter "religioso secular" del neomarxismo, y Gabriel Marcel que en 1951, en *Les hommes contre l'humain* –preocupado por el desarrollo totalizante de la tecnología y de la autonomía desenfrenada que iban delineándose, llamaba al hombre a lo correcto de los deberes comunitarios propios del cristianismo, único baluarte contra toda violencia perpetrada contra la "persona", absorbida en la "masa". (MARCEL G. *Les hommes contre l'humain*. París: Ed. La Colombe; 1951).

⁴ ANCONA L. *Psicologia e Medicina*. Medicina e Morale 1961; XI: 145 y ss.; ID. *Le dinamiche interne nell'esercizio della libertà individuale*. Medicina e Morale 1965; 3: 117-134; ID. *Psicologia clinica e medicina*. Medicina e Morale 1966; 4: 147-155; ID. *Freud e la religione*. Medicina e Morale 1969; 1: 38-41.

⁵ Léanse dos publicaciones difundidas en su época: PACKARD V. *Il sesso selvaggio*. Turín: G. Einaudi.; 1968; KELLERMALS J, PASINI W. *Perché l'aborto?* Milán: A. Mondadori E.; 1977. Algunos años después es publicado también: TUBERT S. *La sessualità femminile e la sua costruzione immaginaria*. Bari: Laterza; 1996.

⁶ BANOTTI E. *La sfida femminile*. Bari: De Donato; 1971.

⁷ FACCIO A. *Reato di massa*. Milán: Sugar; 1975.

⁸ NOSTARDINI M. *Aborto, dove il delitto?* Il Ponte 1973; 29 (5):613-618.

⁹ GEMELLI A. *L'urgenetica y la organizzazione mondiale della sanità (OMS)*. Medicina e Morale 1954; 1:5-42.

¹⁰ DE TONI G. *Il problema della limitazione delle nascite*. Medicina e Morale 1954; 2: 51-74

¹¹ (Editorial). *I problemi della popolazione: conclusioni della XXVI settimana sociale dei Cattolici d'Italia*. Medicina e Morale 1954; 3: 83-88.

¹² COSTA AV. *Sostanze inibitrici per via orale della fecondazione. Aspetti medici del problema*. Medicina e Morale 1962; XII: 78.

¹³ MARITANO L. *Il problema demografico en "Mater et Magistra"*. Medicina e Morale 1962; XII: 119.

- ¹⁴ ROSSINO G. *Alcuni rilievi morali sulla liceità delle sostanze inibitrici della fecondazione umana*. Medicina e Morale 1962; XII 83.
- ¹⁵ DE LORENZI E. *Recenti interventi in tema di vita coniugale e di regolazione delle nascite*. Medicina e Morale 1965; XV: 80.
- ¹⁶ Boiardi G. *Ricerca scientifica e "Humanae Vitae"*. Medicina e Morale 1979; XXIX: 314-352.
- ¹⁷ DE LORENZI E. *La questione dei periodi agenesici nella donna*. Medicina e Morale 1951; XIII: 35-39.
- ¹⁸ OPOCHER E. *Il periodo agenesico della donna di fronte a la morale*. Medicina e Morale 1951; XIII: 161-163.
- ¹⁹ RICCI U. *Limitazioni delle nascite e continenza periodica. La tribolazione della carne*. Medicina e Morale 1951; XIII: 163-164.
- ²⁰ SERRA A. *Applicazione del metodo del ritmo*. Medicina e Morale 1977; XXVII: 3-39.
- ²¹ CAPPELLA A. *La regolazione della fertilità con il metodo dell'ovulazione*. Medicina e Morale 1975; 2-3: 255-306.
- ²² FALCUCCI F. *Il nuovo diritto di famiglia*. Medicina e Morale 1975; 1: 56-64.
- ²³ AIASSA P. *I consultori famigliari*. Medicina e Morale 1975; 1:70-85.
- ²⁴ DALLA TORRE G. *La legge 29 luglio 1975, n. 405, sulla istituzione dei consultori familiari*. Medicina e Morale 1975; 2: 128-167.
- ²⁵ FIORELLI P. *I consultori familiari di ispirazione cattolica in Italia*. Medicina e Morale 1975; 2: 168-175.
- ²⁶ ZUANAZZI G. *Sessuologia ed etica sessuale*. Medicina e Morale 1975; 2: 168-175.
- ²⁷ TETTAMANZI D. *Orientamenti teologici in tema di sessualità*. Medicina e Morale 1975; 2: 344-361.
- ²⁸ COZZOLI M. *Vita, solidarietà, speranza: valori di riferimento dei consultori familiari di ispirazione cristiana*. Medicina e Morale 1998; 2: 275-292.
- ²⁹ PONTALTI C. *Linee concettuali di psicodinamica e psicoterapia familiare*. Medicina e Morale 1975; 2: 306-330.
- ³⁰ LONGO-CARMINATI V. *Consultori familiari: la legge e la situazione attuale*. Medicina e Morale 1989; 5: 903-925.
- ³¹ BURGALASSI S. *Verso una nuova morale? Riflessioni sociologiche sulla valutazione dell'aborto in Italia*. Medicina e Morale 1978; 1: 34-76.
- ³² DONATI PP. *Trasformazioni socio-culturali della famiglia e comportamenti relativi alla procreazione*. Medicina e Morale 1993; 1: 117-164.
- ³³ DI PIETRO ML. *La questione demografica e il pensiero di Giovanni Paolo II*. Medicina e Morale 2008; 6: 1061-1079.
- ³⁴ DI PIETRO ML. LUCATTINI A. *Sviluppo adolescenziale e comportamenti sessuali*. Medicina e Morale 1991; 1: 247-282; DI PIETRO ML. *L'educazione sessuale nella scuola*. Medicina e Morale 1992; 3: 663-675.
- ³⁵ SGRECCIA E. *Il Consultorio Familiare nella Facoltà medica dell'Università Cattolica a servizio della famiglia e della comunità cristiana*. Medicina e Morale 1975; 2: 185-206.
- ³⁶ SPINSANTI S. *L'equipe pastorale nel consultorio familiare*. Medicina e Morale 1975; 3: 225-238.

³⁷ RUINI C. *L'immagine della famiglia nel documento "Il dono della vita"*. Medicina e Morale 1987; 6: 977-986.

³⁸ Una breve historia de estos sucesos puede encontrarse en: DEODORI A. (curador). PARTITO. *Contro l'aborto di classe*. Roma: Savelli Ed.; 1975.

³⁹ Dacia Mariani, en el citado *Contro l'aborto di classe*, con el título *La donna vuole potere*, escribía (pag. 65-66): "La mujer no puede en realidad disponer de su cuerpo, no es socialmente propietaria de su maternidad. En efecto, ella recibe en préstamo su propio cuerpo, con el encargo de dar a luz o de abortar por defender intereses no suyos". "(...) El poder patriarcal ha sustraído a la mujer el privilegio de la maternidad, transformándolo en una debilidad y una cautividad". "El parto y el aborto, así como son vividos hoy, son dos aspectos del mismo ultraje. Así como la mujer da a luz por cuenta de otros, aborta por cuenta de otros, viviendo esta experiencia como un castigo, el castigo de su diversidad". Como se ve, el problema del aborto se echa a la espalda otros problemas de origen cultural, político. Y no es sólo una cuestión de anticonceptivos, sino de poder. Hasta que la mujer no tome plena posesión de su cuerpo, no será "libre de no abortar". Por tanto, la batalla para la legalización del aborto está ligada estrechamente a la batalla más general de la liberación de la mujer".

⁴⁰ En el curso de un procedimiento penal fue suscitada la cuestión de la legitimidad constitucional del art. 546 en la parte en la cual castiga el aborto con el consentimiento de la mujer incluso cuando sea acreditada la peligrosidad del embarazo por el bienestar físico o el equilibrio psíquico de la gestante, sin que se verifiquen los extremos del estado de necesidad de los cuales trata el art. 54 del código penal, que –por las normas vigentes en esa época– representaban la única posibilidad dispensatoria (peligro en acto de grave daño a la persona), mientras el aborto practicado con finalidad médica para evitar empeoramiento de preexistentes alteraciones físicas, permanecía sancionado penalmente. La Corte Constitucional, con la sentencia 27/1975, reconoció fundada la cuestión y sentenció que "la condición de la mujer gestante es del todo particular y que no encuentra adecuada tutela en una norma de carácter general como el art. 54 c.p., que exige no solamente la gravedad y la absoluta inevitabilidad del daño y del peligro, sino también su actualidad, mientras el daño o peligro consiguiente al proseguir de un embarazo puede ser previsto, pero no siempre inmediato". Pero la Corte agrega también: "Además. La excluyente del art. 54 c.p. se funda sobre el presupuesto de una equivalencia del bien ofendido, del hecho del autor, respecto al otro bien que con el hecho mismo se quiere salvar. Ahora, no existe equivalencia entre el derecho a la vida y también a la salud, precisamente de quien es ya persona, como la madre, y la salvaguarda del embrión, que todavía debe volverse persona".

⁴¹ El 10 de julio de 1976 por un daño grave de un reactor del establecimiento químico ICMESA (Seveso) fue vertido en la atmósfera una notable cantidad de dioxina (potente herbicida), que el viento dispersó en un área circundante de varios kilómetros. El temor justificado de los habitantes, de consecuencias para su salud, fue dirigido sobre todo a señalar posibles daños a las gestantes en sus hijos por nacer (no existían en esa época experiencias científicas probadas) y aconsejar la

interrupción precautoria de los embarazos, lo que requirió una ley parlamentaria particular para autorizar su ejecución. El examen sucesivo –en un laboratorio extranjero– de los hallazgos anatómicos, documentó que ninguna lesión embrio-fetal era – en tal material – adjudicable a la dioxina.

⁴² BOMPIANI A. *Diritto della società o diritto de vivente?* Medicina e Morale 1974; 2: 250-276.

⁴³ ID. *Indicazioni all'aborto "terapéutico": stato attuale del problema.* Medicina e Morale 1974; 2: 250-276.

⁴⁴ El primero subrayó que el abandono eventual de la aplicación de los "derechos inviolables del hombre" (reconocidos por la Constitución) en el caso del embrión, a través de la legislación del aborto, habría retorcido un principio constitucional fuerte: "tratado peor que una cosa, el ser naciente se volvería el emblema de una situación de la cual no se tiene ya ninguna incerteza para invocar el camino de la violación de los derechos originarios del hombre y de los retos abiertos de la Constitución". Observaba, además, que "ni siguiera la Corte Constitucional (con la sentencia 27/ 1975) ha logrado enunciar los argumentos a favor de la "solución de las indicaciones": prueba ulterior, esta, de la inutilidad de todo intento de volver racionales y legítimas las soluciones más profundamente irracionales y absolutamente incompatibles con los más fundamentales principios contenidos en la Constitución" (STELLA F. "*L'aborto come illecito penale*". Medicina e Morale 1975; 2: 243-249).

⁴⁵ El segundo, resumidos los eventos que llevaron a la sentencia 27/1975 de la Corte Constitucional, condujo una amplia ilustración de las soluciones adoptadas en los demás países reconociéndole –en parte– la fortaleza "técnica", en la evolución de una medicina que se ve cada vez más obligada a interesarse y resolver problemas "sociales" más bien que médicos; en todo caso expresando reservas sobre los resultados que la legislación –o la liberalización– del aborto habría podido producir en Italia, pero rechazando decididamente el empleo del mismo para la "planificación familiar" (INTRONA F. *Legalizzazione dell'aborto: riflessioni medico-sociali.* Medicina e Morale 1975; 3: 418-449).

⁴⁶ ANCONA L. *Prospettive psicologiche in tema di aborto.* Medicina e Morale 1975; 3: 377-397.

⁴⁷ BERGAMASCHI P. *Le complicità dell'intervento di interruzione della gravidanza.* Medicina e Morale 1975; 2: 276-292.

⁴⁸ Se debe evidenciar que muchas contribuciones aparecieron en "Vita e Pensiero" –como ya hemos recordado– y en monografías específicas editadas por Vita e Pensiero y por la Academia Pro Vita del Vaticano.

⁴⁹ CAFFARRA C. *La legge 194: sue scelte e sue conseguenze.* Medicina e Morale 1978; 3: 335-346.

⁵⁰ FIORI A. *La Legge 194/1978, un anno dopo.* Medicina e Morale 1979; 1: 7:27.

⁵¹ DALLA TORRE G. *La legge di aborto e principi dell'ordinamento italiano.* Medicina e Morale 1979; 1: 45-62.

⁵² EUSEBI L. *La tutela penale della vita prenatale.* Medicina e Morale 1988; 5: 603-656.

⁵³ En ocasión del referéndum, mucho material de documentación sobre el aborto y la “gestión” de la ley fue producido por “Vita e Pensiero”.

⁵⁴ ROMANO M, STELLA F. *Aborto e legge penale. Riflessioni e proposte*. Milán; 1975.

⁵⁵ Solución adoptada por el Tribunal Constitucional de la República Federal Alemana.

⁵⁶ CARAMELLO P. *Il momento della animazione*. Perficie Munus 1940; XIV Medicina e Morale 1940; 2: 54-60.

⁵⁷ BENDER L. *L'aborto provocato può essere mai un obbligo professionale?* Perficie Munus 1939; XIV; Medicina e Morale 1939; 3.

⁵⁸ La rúbrica, coordinada por A. Gennaro, inició en “Perficie Munus” (año XIV/1939) con el título “Isterectomía” (pag. 19-25) y se prolongó en los números sucesivos de la revista por largo tiempo, hasta el año XVI n. 12 de la misma (1940, pag. 353-358). En la imposibilidad de dar cuenta de todos los “pasajes” de la polémica, puede ser útil leer el “Proemio” (año 1939, XIV, pag. 19-25), el resumen publicado por A. Jansen en “Ephemerides theologicae Lovanienses” y reproducido en “Perficie Munus” XVI, Medicina e Morale n. 12 (1941) y en fin el artículo de A. Gemelli y de E. De Lorenzi “Sobre una reciente interpretación en tema de aborto indirecto” publicado sobre la rúbrica “Medicina e Morale” de Perficie Munus n. 5 de 1952 (pag. 306-309).

⁵⁹ El pasaje es el siguiente: “Quod vero attinte ad “indicationem medicam et therapeuticam” –ut corum verbis utamur– iam diximus, Venerabiles Fratres, quanto pere Nos misereal matris, cui ex naturae officio gravia imminent sanitatis immo imsius vitae pericola: el quae possit unquam causa valere ad ullo modo excusandam directam innocentis necem? De hac enim hoc loco agitur. Sive ea matri inferatur sive proli, contra. Dei praeceptum est vocemque naturae: “Non occides!” Res enim aequae sacra utriusque vita eius opprimendae nulla esse unquam poterit ne publicae quidem auctoritati facultas. Ineptissime autem haec contra innocentes repetitus a iure gladii, quod in solos reos valet; neque ullum viget hic cruentae defensionis, ius contra iniustum aggressorem (nam quis innocentem parvulum iniustum aggressorem vocet?), neque ullum adest “extremae necessitatis ius” quod vocant, quodque usque ad innocentis occisionem pervenire posit. In utraque igitur et matris et prolis vita tenda ac serranda probi expertique medici cum laude enituntur; contra, nobili medicorum moninae te laude indignissimos se ii probarent, quotquot alterutri, per speciem medicandi, vel falsa misericordia moti, ad mortem insidiarentur”.

⁶⁰ Perficie Munus XIV, Medicina e Morale 1939; 58.

⁶¹ BOMPIANI A. *Esame critico delle indicazioni mediche e sociali per l'aborto*. Medicina e Morale 1972; 177-200; ID. *Indicazioni all'aborto “terapeutico”: stato attuale del problema*. Medicina e Morale 1975; XXIV: 250-275.

⁶² CALLAHAN D. *Abortion: law, choice and morality*. New York-Lond: The Mac Millan Comp.; 1972.

⁶³ CLAUSER F. *Alcune considerazioni sulla tubercolosi in gravidanza*. Medicina e Morale 1954; 4: 115-120.

⁶⁴ SRITATI G, PIERUCCI A, BOCCIA E Y AL. *Nefropatie croniche in gravidanza: rischio*

renale materno. *Implicazioni per il cosiddetto aborto terapeutico*. Medicina e Morale 1995; 3: 501-517.

⁶⁵ La publicación de aquella época es más bien amplia y no puede ser satisfactoriamente examinada en esta ocasión, ni completamente citada. A título indicativo se pueden consultar: AAVV. *L'aborto: un dilemma del nostro tempo*. Milán: Etas-co-pass Ed.; 1970; SALVEMINI G (curador). *Atti della tavola rotonda*. 17.04.1973, Roma; ARISI E, FAGGIOLI A, TERRANOVA F. *Aborto e controllo delle nascite*. Milán: Ed. Riuniti, Milán; 1976; CARETONI T, GATTO S. *L'aborto: problema e leggi*. Roma: Palombo Edit.; 1973.

⁶⁶ CAFFARRA C. *Il problema morale dell'aborto*. Medicina e Morale 1974; 2: 133-140.

⁶⁷ SGRECCIA E. *L'insegnamento dei padri della Chiesa in tema di aborto*. Medicina e Morale 1974; 3: 398-417.

⁶⁸ FAGONE V. *Il problema dell'inizio della vita del soggetto umano*. Medicina e Morale 1974; 2: 212-242.

⁶⁹ NARDI E. *L'eredità del mondo antico in tema di aborto*. Medicina e Morale 1974; 2: 141-165.

⁷⁰ GOGLIA G. *Fecondazione e prime fasi dello sviluppo*. Medicina e Morale 1974; 2: 166-211.

⁷¹ MANNI E. *Il problema dell'aborto visto da un fisiologo*. Medicina e Morale 1974; 3: 367-374

⁷² SERRA A. *Il neoconcepito alla luce degli attuali sviluppi della genetica umana*. Medicina e Morale 1974; 3: 333-366.

⁷³ BOMPIANI A. *Indicazioni all'aborto terapeutico: stato attuale del problema*. Medicina e Morale 1974; 2: 250-274.

⁷⁴ BERGAMASCHI P. *La complicità dell'intervento di interruzione della gravidanza*. Medicina e Morale 1974; 2: 277-292.

⁷⁵ MONETA E. *L'aborto settico*. Medicina e Morale 1976; 1-2: 156-174.

⁷⁶ ANCONA L. *Aspetti della legislazione sull'aborto nel mondo*. Medicina e Morale 1974; 3: 377-397.

⁷⁷ LICORDARI R. *Aspetti della legislazione sull'aborto nel mondo*. Medicina e Morale 1974; 2: 293-308.

⁷⁸ REES KJ. *Il problema della liberazione dell'aborto*. Medicina e Morale 1974; 3: 469-479.

⁷⁹ STELLA F. *L'aborto come illecito penale*. Medicina e Morale 1974; 2: 243-249.

⁸⁰ INTRONA F. *Legislazione dell'aborto: riflessioni medico sociali*. Medicina e Morale 1974; 3: 418-449.

⁸¹ GENOVESE C. *Le conseguenze psicologiche derivanti dall'interruzione volontaria della gravidanza: I risultati di alcune ricerche*. Medicina e Morale 2002; 4: 711-729.

⁸² MILGROM F, ATGER M, BAULIER EE. *Progesterone in uterus and plasma, the progesterone receptors in the uterus cytosol*. Steroids 1970; 16: 741-754.

⁸³ THIERSCH JB. *Therapeutic abortion with a folic acid antagonist. 4 animopteraly-gestamic acid administered by oral route*. Am J Obst Gynecol. 1952; 63: 1298-1304.

⁸⁴ HERMANN W, WISS R, RIUNDEL A. Y AL. *Effect d'un steroide antiprogesterone*

chez la femme: interruption du cycle menstrual et de la grossesse on debut. Paris: C.R. Acad. Sci.; 1982: 993-938.

⁸⁵ BAULIEU EE, SIEGEL S (ED.). *The antiprogesterone RU 486 and human fertility control.* New York: Plenum Press.; 1985: 249-258.

⁸⁶ DI PIETRO ML, SGRECCIA E. *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto.* Medicina e Morale 1988; 1:5-34.

⁸⁷ DI PIETRO ML, CASINI M. *Il Mefiprostone.* Medicina e Morale 2002; 6: 1047-1079.

⁸⁸ FIORI A, SGRECCIA E. *L'aborto medico e i suoi problemi.* Medicina e Morale 2002; 6: 1015-1017.

⁸⁹ FERRARA G. *Perché dico no al tragico casalingo della pillola che provoca l'aborto.* Medicina e Morale 2005; 5: 1017-1019.

⁹⁰ DI PIETRO ML, MINACORI R. *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi".* Medicina e Morale 1996; 3: 863-900.

⁹¹ SERRA A. *Quando comincia un essere umano. In margine ad un recente documento.* Medicina e Morale 1987; 2: 387-400.

⁹² ID. *Riflessioni sulle tecnologie di riproduzione assistita.* Medicina e Morale 1999; 5: 861-883.

⁹³ ID. *The human embryo: a disposable "mass of cells" or a "human being"?* Medicina e Morale 2002; 1:63-80.

⁹⁴ ID. *Difficili modi della bioetica, oggi.* Medicina e Morale 2003; 6:1151-1174; Id. *Dal preembrione al prezigote.* Medicina e Morale 2003; 2: 221-225.

⁹⁵ ZATTI M. *Quando un "preembrione" esiste, si tratta di un altro embrione.* Medicina e Morale 1991; 5: 781-788.

⁹⁶ VESCOVI AL, SPINARDI L. *La natura biologica dell'embrione umano.* Medicina e Morale 2004; 1: 53-63.

⁹⁷ COLOMBO R. *La natura e lo statuto dell'embrione umano.* Medicina e Morale 1997; 4: 761-767.

⁹⁸ FABONE V. *Il problema dell'inizio della vita del soggetto umano.* Medicina e Morale 1999; 2: 212-293.

⁹⁹ BOZZATO G. *Quando inizia ad esistere l'individuo umano?* Medicina e Morale 1999; 1: 77-93.

¹⁰⁰ SGRECCIA E. *A proposito del "preembrione" umano.* Medicina e Morale 1986; 1: 5-17.

¹⁰¹ POSSENTI V. *La bioetica alla ricerca dei principi: la persona.* Medicina e Morale 1992; 6: 1075-1096.

¹⁰² BAUSOLA A. *La dignità umana dell'embrione.* Medicina e Morale 1987; 3: 1-5.

¹⁰³ LEONE S. *I diritti dell'embrione.* Medicina e Morale 1985; 3:583-603.

¹⁰⁴ DI PIETRO ML, FORNAROLI S. *Lo statuto dell'embrione umano: i risultati di una indagine conoscitiva.* Medicina e Morale 1991; 6: 1007-1044.

¹⁰⁵ EIJK WJ. *Some remarks concerning the embryos bile of the Dutch Government.* Medicina e Morale 2001; 6: 1059-1091.

¹⁰⁶ CASINI M. *I diritti dell'uomo, la bioetica e l'embrione umano.* Medicina e Morale 2003; 1: 67-110.

- ¹⁰⁷ SERRA A, BELLANOVA G. *Diagnosi prenatale e famiglia in COSMI EV* (curador). *Atti VI Congr. Naz Soc. ital. Med. Perinatale*. Spoleto 3-6, VI/1996: 559-568.
- ¹⁰⁸ SERRA A. *Accertamento prenatale di rischio di patologia cromosomica fetale, Aspetti scientifici, etici, deontologici*. *Medicina e Morale* 1997; 1: 15-35.
- ¹⁰⁹ AULETA T. *La problemática jurídica del diagnóstico prenatal*. *Medicina e Morale* 1987; 6: 837-855.
- ¹¹⁰ SERRA A. *La consulenza genetica nel consultorio familiare*. *Medicina e Morale* 1975; 2: 239-254.
- ¹¹¹ ID. *La consulenza genetica prima della diagnosi prenatale; un obbligo deontologico*. *Medicina e Morale* 1997; 5: 903-921.
- ¹¹² BOMPIANI A, GUARIGLIA L, ROSATI P. *La cosiddetta riduzione embrionale sotto il profilo assistenziale ed etico*. *Medicina e Morale* 1995; 2: 223-258.
- ¹¹³ SGRECCIA E. *La raccomandazione 1100 dell'Assemblea del Consiglio d'Europa sulla utilizzazione degli embrioni e feti umani nella ricerca scientifica*. *Medicina e Morale* 1989; 2: 221-231.
- ¹¹⁴ SERRA A. *La sperimentazione sull'embrione umano: una nuova esigenza della scienza e della medicina*. *Medicina e Morale* 1993; 1:97-116.
- ¹¹⁵ SPAGNOLO AG, SGRECCIA E. *Il feto umano come "donatore" di tessuti e organi*. *Medicina e Morale* 1988; 6: 1055-1058.
- ¹¹⁶ SGRECCIA E. *Divieto di clonazione riproduttiva: proposta all'Assemblea Generale dell'ONU*. *Medicina e Morale* 2001; 6: 1055-1058.
- ¹¹⁷ CARRASCO DE PAULA I. *Etica della ricerca biomedica la virtù oltre l'utile. Riflessioni attorno alla clonazione terapeutica*. *Medicina e Morale* 2000; 5: 869-878.
- ¹¹⁸ FIORI A. *Dal fronte della clonazione*. *Medicina e Morale* 2000; 4: 609-614.
- ¹¹⁹ COLOMBO R. *La clonazione umana*. *Medicina e Morale* 2003; 4: 615-657.
- ¹²⁰ EUSEBI L. *La clonazione come problema giuridico*. *Medicina e Morale* 2003; 4: 659-666.
- ¹²¹ CASINI M, Di Pietro ML. *Clonazione: il dibattito biogiuridico in Francia e il contesto internazionale*. *Medicina e Morale* 2003; 4: 667-701.
- ¹²² DI PIETRO ML, GIULI A, SERRA A. *La diagnosi reimpianto*. *Medicina e Morale* 2004; 3: 469-500.
- ¹²³ ROMANO L, FABBRINI F, D'AGOSTINO P. Y AL. *La diagnosi genetica reimpianto: aspetti biomedici con aggiornamenti di letteratura scientifica*. *Medicina e Morale* 2006; 1: 67-102.
- ¹²⁴ SUAUDEAU J. *La diagnosi pre-impiantatoria. Lo stato dell'arte scientifico e gli interrogativi etici*. *Medicina e Morale* 2007; 3: 491-531.
- ¹²⁵ DI PIETRO ML, SEREBROVSKA Z. *Prenatal non invasive genetic diagnosis: clinical and ethical aspects*. *Medicina e Morale* 2006; 6: 1125-1145.
- ¹²⁶ BOMPIANI A. *Il ginecologo, l'aborto e l'obiezione di coscienza*. *Medicina e Morale* 1978; 1: 77-87; BOMPIANI A. *Storia parlamentare del art 9: l'obiezione di coscienza*. *Medicina e Morale* 1978; 347-395.
- ¹²⁷ LENZI E. *L'obiezione di coscienza e la responsabilità professionale*. *Medicina e Morale* 1978; 1: 88-97.

¹²⁸ PIETROBON V. *Aborto e legittimità dell'obiezione di coscienza*. *Medicina e Morale* 1979; 1: 28-44.

¹²⁹ CASINI C. *Considerazioni in merito alla interpretazione dell'art. 9 della legge 194/1978, sulla obiezione di coscienza alla interruzione volontaria di gravidanza*. *Medicina e Morale* 1998; 4: 759-772.

¹³⁰ DI PIETRO ML, PENNACCHINI M, CASINI M. *Evoluzione storica dell'Istituto dell'obiezione di coscienza in Italia*. *Medicina e Morale* 2001; 6: 1093-1951.

¹³¹ DI PIETRO ML; CASINI M, FIORI A Y AL. *Nurievo e obiezione di coscienza*. *Medicina e Morale* 2003; 3: 411-455.

¹³² ID. *La legge 194/1978 quattro anni dopo obiezione di coscienza e possibilità di prevenzione della interruzione volontaria della gravidanza*. *Medicina e Morale* 1983; 1: 25-41.

¹³³ ID. *L'aborto provocato: dimensioni planetarie del fenomeno. Aspetti epidemiologici, demografici e considerazioni di bioetica sociale*. *Medicina e Morale* 1996; 6: 1083-1134.

¹³⁴ ID. *L'aborto nel mondo. Esame statistico-epidemiologico in tema di aborto legalmente registrato*. *Medicina e Morale* 1998; 2: 313-368; ID. *L'aborto in Italia: aggiornamento statistico epidemiologico*. *Medicina e Morale* 1998; 6: 1141-1173.

¹³⁵ ID. *Induced abortion in today's world*. *Medicina e Morale* 2000; 2: 319-347.

¹³⁶ ID. *Abortion in the world: statistical update (for thirty countries) with particular attention for United States of America*. *Medicina e Morale* 2003; 5: 841-886.

¹³⁷ ID. *Birth rate, infant mortality, abortion in recent years in various nations*. *Medicina e Morale* 2005; 3: 567-591.

¹³⁸ GEMELLI A. *Commento ai discorsi del Santo Padre alle Ostetriche e al "Fronte della Famiglia"*. *Medicina e Morale* 1952; 1: 3-18.

¹³⁹ FLEMING JF. *I cattolici mesi di fronte alle strategie pro-aborto*. *Medicina e Morale* 1952; 1: 3-18.

¹⁴⁰ CICCONE L. *I problema etici dell'aborto nell'Enciclica Evangelium Vitae*. *Medicina e Morale* 1995; 4: 701-718-

¹⁴¹ SELVAGGI F. *La dimensione scientifica nella cultura di oggi*. *Medicina e Morale* 1977; 1: 40-59.

¹⁴² AGAZZI E. *Responsabilità della scienza nella società contemporanea*. *Medicina e Morale* 1980; 1: 17-27.

¹⁴³ CALLIERI B. *L'etica della ricerca*. *Medicina e Morale* 1980; 1: 28-38.

¹⁴⁴ MARTINI CM. *Etica ed evoluzione tecnologica nella medicina contemporanea*. *Medicina e Morale* 1984; 1: 5-10.

¹⁴⁵ RUINI C. *L'immagine della famiglia nel documento "Il dono della vita"*. *Medicina e Morale* 1987; 6: 977-986.

¹⁴⁶ BERTONE T. *I cattolici e la società pluralista: le "leggi imperfette e la responsabilità dei legislatori"*. *Medicina e Morale* 2001; 5: 855-875.t

¹⁴⁷ LA PIRA G. *Di Fronte all'aborto*. *Medicina e Morale* 1986; 1: 24-30.

Propaganda Bioética

El premio Nobel a Edwards

La discusión sobre el premio Nobel atribuido a Robert Edwards parece que ya se ha apagado. Es una óptima razón para volver a reflexionar sobre ello, con frialdad e independencia. ¿Ha sido merecido este premio? No se puede responder a esta pregunta si no se plantea preliminar y seriamente la cuestión de saber qué significa «merecer» y por qué al mérito deba (o pueda) seguir un «premio» (desde los más simples como la mención que el maestro otorga al alumno, hasta los más prestigiosos, como el premio Nobel).

Cuando Nobel decidió utilizar su patrimonio para instituir los premios que serían designados con su nombre, se vivía en un mundo bastante más simple que el actual y no existían dudas sobre el concepto de «mérito». Era opinión absolutamente común que se considerase «meritorio» un comportamiento individual, que fuese capaz de incidir sobre el bienestar social. A Nobel (¡y no sólo a él!) le parecía del todo auto-evidente que no se pudiese adquirir un mérito por nacimiento (no existe mérito por pertenecer a una familia noble) o por la obra de otros (como por ejemplo, en la tradición cristiana, en la cual, por medio de oraciones o sufragios, se pueden aliviar los sufrimientos de las almas del purgatorio, ciertamente no porque ellas lo merezcan, sino por la misericordia de nuestro Señor). Análogamente no se conquista mérito a través de la buena suerte (el ganador de una lotería es envidiado, pero no aclamado), ni por predisposición natural (la mera belleza del cuerpo, una memoria de elefante o una vista de lince; provocan sí admiración, pero no propiamente un reconocimiento). «Meritorio» podía, a los

ojos de Nobel, como a aquellos de sus contemporáneos, *ser considerado* sólo una actividad voluntaria, responsable, intencional, como la de un científico, de un literato o de un operador de paz; una acción capaz de implementar el bien humano. Confiado en la objetividad *universal* del bien, y en la más absoluta indiferencia por la identidad *particular* de los merecedores (identidad étnica, sexual, religiosa, política, patrimonial, etc.), Nobel consideraba que no debiera ser demasiado arduo individualizar, año tras año, los *beneméritos de la humanidad*. Confirmar sus *buenos méritos* con el otorgamiento de *dinero* (todavía relevante, si bien no alcanza las cifras, a veces impresionantes, de algunas loterías), el premio debía, en la mente de Nobel, presentar un significado precioso: debía manifestar el reconocimiento del género humano hacia sus benefactores, y al mismo tiempo activar en los individuos la preciosa propensión a la *imitación*, en el único ámbito en el cual todos pueden confrontarse con todos, el ámbito del compromiso orientado objetiva y públicamente al bien social. Esto explica por qué, según el reglamento, el premio Nobel no puede ser asignado a quien sea difunto: también la figura de quien está muerto puede ser ejemplar, pero es bastante más ejemplar la actividad de un vivo respecto a aquella de quien ya no esté en vida. Y explica por qué no tendría sentido *conjeturar* un Nobel que premiase la dimensión preciosa, pero privada, de la «bondad» o incluso de la «santidad»: no porque no sería esperable que todos, y sobre todo los jóvenes, se empeñasen en la imitación de hombres buenos y santos, sino porque bondad y santidad no producen necesariamente un *bien social* (valorable con parámetros cuantitativos), sino sólo un *bienestar espiritual* (perceptible pero no cuantificable). El premio Nobel de Literatura no entra perfectamente en este esquema (como no entran, en general, los premios literarios) así como no entra el de la Paz; mas es por esto que tales tipologías de premio son las más influenciadas por equilibristos lingüísticos, políticos y nacionales, que no siempre tienen que ver con el mérito, como demuestra el hecho que el otorgamiento de estos premios es tradicionalmente el más discutido.

Este paradigma ha comenzado a fracturarse desde hace tiempo por varios órdenes de razones. En primer lugar porque ha comenzado a ponerse en duda el paradigma (vagamente utilitarista) implícito en el reglamento del premio, es decir, la idea de que el mérito científico fuese reconocido a partir de su capacidad de producir el *bienestar social*. Es hoy opinión comúnmente compartida que un conocimiento científico, si bien adquirido en modo epistemológicamente correcto, esté dotado, no obstante sea “inútil”, de una similar dignidad gnoseológica de cualquier otra adquisición de saber. En consecuencia, Alfred Nobel, identificando la figura del científico, como sapiente y la figura del científico, como *benefactor del género humano*, habría dado prueba de un comprensible, pero discutible prejuicio ideológico. La intuición de los *Ig-Prizes*, los premios que desde 1991, año tras año, son conferidos a investigaciones rigurosas y correctas, pero también absolutamente irrelevantes, ha sido motivada por un intento deliciosamente satírico (según típicas modalidades anglosajonas) y ha permitido la creación de uno de los sitios más divertidos de toda la red, y ha tenido también la función (ciertamente no intencional) de mostrar definitivamente a todos cómo el espíritu y el método de la investigación científica puedan encontrar concretizaciones impecables sobre el plano puramente cognocitivo, *independientemente* de las concreciones operativas de las investigaciones mismas: no por casualidad para obtener un *Ig-Prize* es necesario que las investigaciones *first make people laugh and then make them think*. El segundo factor que ha comenzado a fracturar la imponente y admirable estructura construida por Alfred Nobel es más sutil del precedente, pero también más tajante. Es reconducido a la erosión interna a la cual es sometido, en una cultura relativista como la contemporánea; el concepto mismo de *bienestar social*, como concepto universal y unívoco. La misma categoría del bien tiende hoy a ser rechazada como premoderna e incurablemente metafísica, o es remodulada según una lógica de extremo subjetivismo: es bueno aquello que los sujetos, en su inapelable autodeterminación, califican como tal. La escala de los *méritos*, que *Nobel*

consideraba que pudiese ser objetivamente establecida, y que se encuentra hoy sujeta a cualquier oscilación; pueda seguirse de las determinaciones potestativas de las personas.

El difundirse del individualismo axiológico, y su pretensión de retroactuar sobre el plano de la epistemología pura, si se difunde no ha, sin embargo, faltado en suscitar reacciones apropiadas, algunas de las cuales no sería exagerado definir como de la época. El nacimiento y el rápido difundirse de la bioética es la prueba mejor de ello. La bioética no ha nacido para juzgar la dimensión epistemológica del saber científico, sino su ordenamiento al bien humano. Por desgracia, cuando cae en manos de los relativistas, la bioética se vuelve inevitablemente un instrumento ideológico de legitimación de cualquier práctica científica. Cuando por el contrario permanece fiel a su vocación primera y originaria, la bioética asume, en relación con la ciencia, una obligada actitud de respeto, caracterizada por una visión crítica en relación del nuevo, inmenso poder de manipulación de la vida que caracteriza a las modernas ciencias biomédicas.

Estamos así llegando lentamente al corazón de nuestra cuestión. Los conocimientos que Edwards ha hecho adquirir a la humanidad con sus investigaciones, y que tan lucrativas aplicaciones han tenido en el ámbito de la medicina de la reproducción, no son éticamente neutrales: ellos llevan la idea de que el proceso reproductivo humano puede legítimamente encontrar su lugar en el contexto necesariamente frío y público de un *laboratorio* y no en aquel, también necesariamente cálido y privado de la **casa** (o de cualquier lugar que una pareja identifique y delimite como un *apropiado* lugar de intimidad relacional). Sabemos bien cómo en esta cuestión se tengan, y no sólo entre los bioeticistas, sino más en general en la opinión pública, opiniones muy diversas, que van desde el rechazo más drástico a la aceptación más entusiasta. Lo que no es posible poner en duda es precisamente la problemática como cuestión bioética de la procreación médicamente asistida (¡así como de la medicina de la esterilidad!).

Es evidente que, dando el Nobel a Edwards, los suecos han legitimado los méritos científicos del científico, y más aún han valorado su horizonte bioético. Han intervenido, es decir, en un contexto, como aquel inherente a los valores, que vive de encuentros dialécticos, que sin embargo no son calificables o solucionables a través de mecanismo de premiación.

Se objetará: pero Edwards es realmente un benefactor, al menos a los ojos de las innumerables parejas que han tenido un hijo sólo gracias a la fecundación en probeta. Es innegable que para estas parejas él sea considerado verdaderamente tal. Pero es igualmente innegable que esta metodología tiene un precio no irrelevante, que va desde el “desperdicio” de los embriones (expresión desagradable, pero insustituible), a la constitución de los bancos de embriones congelados, hasta la inevitable propagación de los diagnósticos pre-implantación y de las consiguientes, igualmente inevitables prácticas de selección eugenésica (y no sólo eugenésica). De estos problemas y de su espesor bioético, parece que ni Edwards, ni aquellos que lo exaltan, aún conociéndolos muy bien, quieran asumir conciencia.

Un objetor a las tesis que estoy argumentando podría continuar insistiendo, en el reconocimiento que los problemas, de los cuales he hecho mención, existen realmente, pero que son problemas exclusivamente confesionales, capaces de perturbar exclusivamente a los católicos: quien fuese sensible a ellos debería simplemente empeñarse a no utilizar nunca prácticas de procreación asistida, y no prohibirlas a quien de estos problemas no advierte la relevancia.

Con todo respeto para quien se reconoce en este argumento, pienso que esto no es sino un sofisma, engañoso como todos los sofismas, e inaceptable. En el plano práctico, la cuestión de la procreación asistida no tiene en sí y por sí misma carácter confesional, sino filosófico-antropológico, es decir *bioético*. La antropología cristiana posee naturalmente una alta legitimación para valorar estas prácticas en perspectiva teológico-espiritual, y debe reconocer primariamente su espesor preconfesional (exactamente como, en el

matrimonio, el valor espiritual del matrimonio-sacramento presupone, y no sustituye, el valor del así llamado “matrimonio natural”). La razón última del hecho que con tanta monotonía se busca legitimar, la procreación asistida como práctica *laica*, y de rechazar como *católicos* a aquellos que advierten toda su problemática, no puede sino ser reconducida a un expediente dialéctico, tampoco demasiado difícil de desenmascarar, el de enrolar en los rangos de una bioética liberal a todos aquellos que no se reconozcan en la tradición católica o cristiana, como si el universo cultural contemporáneo pueda verdaderamente reducirse a un esquema binario que divide los hombres en dos categorías: modernos/premodernos, liberales y tolerantes/no liberales e intolerantes, dotados de espíritu crítico y problemático/dotados de espíritu dogmático y obtuso, respetuosos de los nuevos derechos y en particular de aquellos de las mujeres: no hay necesidad de subrayar que los “laicos” son naturalmente enrolados en la primera categoría, los católicos en la segunda. La pobreza de este sofisma es desmentida por el hecho mismo, si nos decidimos a llamar bioética *personalista* a aquella que mantiene una rigurosa atención a la promoción y a la tutela del bien de la vida, como *bien objetivo*; vemos cómo junto a los católicos, por ella luchan bioeticistas no creyentes, o creyentes en confesiones no cristianas, todos sin embargo aunados por la convicción de que sea inaceptable dar crédito moral al subjetivismo, aquel subjetivismo insaciable (como ha sido eficazmente definido), que caracteriza gran parte del horizonte ético contemporáneo.

Reducir el Premio Nobel de medicina a instrumento de propaganda bioética no puede sino golpear a aquellos que, por razones incluso generacionales (como el que suscribe), han siempre visto en este premio la prueba del carácter cosmopolítico de la ciencia. Y no puede, en consecuencia, sino relegar a aquellos que luchan contra la neutralidad y la universalidad de la ciencia (según el slogan sesentero: ¡ciencia es aquello que es útil al Pentágono!) y que por tanto, coherentemente con esta premisa, consideran más que

razonable un *uso instrumental* de la ciencia, para implementar visiones y modelos antropológicos de carácter *liberal*. Si esta es hoy la puesta en juego, tiene poco sentido reflexionar sobre los méritos específicos de Edwards como médico y como científico: no se ha dado el premio a él y a sus méritos, sino a la ideología de la cual él (conscientemente o no, no importa) es hoy el máximo testimonio. Es obligado para quien no comparte esta ideología, y sobre todo para quien la considera científicamente peligrosa, reprobar la decisión de conferirle el Nobel.

Francesco D'Agostino

MEDICINA Y ÉTICA

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

**Revista Internacional de Bioética
Deontología y Ética Médica**

La Revista Medicina y Etica es el órgano de publicación de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México Norte.

Se publica trimestralmente en coedición con el Centro del Ateneo de Bioética de la Facultad de Medicina y Cirugía "Agostino Gemelli" de la Universidad del Sagrado Corazón de Roma.

Inició su publicación en abril de 1990, siendo la primera revista publicada sobre Bioética en México.

Su contenido serio y profundo constituye un medio ideal para el estudio sobre temas de Bioética.

Suscripción anual (4 números)

México	\$ 200.00 Pesos
América Latina	\$ 80.00 U.S. Dlls.
Otros país	\$ 80.00 U.S. Dlls.

Suscripción con tarjeta de crédito a través de la página de la Facultad: <http://www.anahuac.mx/bioetica>

**FACULTAD DE BIOÉTICA
UNIVERSIDAD ANÁHUAC MÉXICO NORTE**

Apartado Postal 10-844 México. D.F. CP. 11000

Teléfonos: (52) (55) 5328-8074 Fax: (52) (55) 5627-0210 Ext. 8742
www.anahuac.mx Email: ehamill@anahuac.mx



Litho Press
DE MEXICO

Este libro se terminó de imprimir en septiembre de 2011,
en los talleres de Litho Press de México,
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.
Tiraje 500 ejemplares