

BIOÉTICA TEOLOGÍA MORAL

SUMARIO:

I. Planteamientos generales:

1. Novedad terminológica y conceptual;
2. Factores en la génesis de la bioética:
 - a) Los avances científico-técnicos,
 - b) Los cambios operados en el concepto de la salud y en la práctica médica,
 - c) Desconfesionalización y desdeontologización de la ética;
3. El paradigma de racionalidad en la bioética:
 - a) Paradigmas teleológicos,
 - b) Paradigmas deontológicos,
 - c) Hacia un paradigma pragmático con funcionalidad pública
4. Los criterios referenciales de la bioética:
 - a) Vigencias éticas,
 - b) Orientaciones estimativas;
5. La bioética teológica.

II. Balance de los estudios de bioética:

1. Inicios de la vida humana:
 - a) Técnicas de reproducción asistida,
 - b) Anticoncepción,
 - c) Aborto
 - d) Calidad de la vida humana;
2. Hacia el final de la vida humana:
 - a) Muerte cerebral,
 - b) La muerte digna,
 - c) Medios de prolongar la vida,
 - d) La eutanasia,
 - e) Los ancianos;
3. Genética;
4. Tratamiento e investigación:
 - a) Infección del VIH,
 - b) Trasplantes,
 - c) Experimentación,
 - d) "Derechos" de los animales.

III. Signos de vitalidad de la bioética:

1. Centros de bioética;
2. Revistas especializadas;
3. Bibliografía.

I. Planteamientos generales

1. NOVEDAD TERMINOLÓGICA Y CONCEPTUAL. El término *bioética* es de acuñación reciente. Nacido en ambiente anglosajón, ha encontrado favorable acogida en las restantes áreas lingüísticas. Por tratarse de una novedad terminológica y conceptual, es preciso iniciar la reflexión con un conjunto de aproximaciones al mismo tiempo delimitativas y clarificadoras.

La composición, de raíz griega, alude a dos magnitudes de notable significación: *bios* (vida) y *ethos* (ética). Propósito general de la bioética es lograr la adecuada "composición" entre esas dos realidades de la vida y de la ética; una composición que no sea mera yuxtaposición, sino auténtica interacción.

La relación activa y estimulante entre vida (*bios*) y ética (*ethos*) puede ser entendida con mayor o menor amplitud y con menor o mayor precisión. Para Potter (1971), uno de los primeros en utilizar el término *bioética* como título de un libro y con el sentido programático de una nueva rama del saber, la bioética consiste fundamentalmente en servirse de las ciencias biológicas para mejorar la calidad de vida. En esta consideración se advierte de inmediato tanto la amplitud de significado como la consiguiente imprecisión del contenido 1.

Hay quienes, situados en el extremo opuesto, limitan la relación entre vida y valores éticos al área de la actividad médica. Según esta consideración, la bioética vendría a ser un nuevo término para expresar el viejo concepto de la ética médica. Como advierte Kieffer, "para muchas mentalidades, ésta es la aceptación predominante" 2

No se puede quitar importancia a las dos orientaciones aludidas. Por una parte, los hechos biológicos tienen una ineludible repercusión en los valores éticos; los avances científico-técnicos de la biología han de ser orientados para promocionar la calidad de vida, individual y social, personal y ambiental. Por otra parte, donde la vida humana se encuentra decisivamente problematizada es en las situaciones sometidas a la práctica médica. De ahí que la bioética tenga que asumir los problemas y los objetivos tanto de la "ética de la naturaleza" (ambiental) como de la "ética de la biomedicina".

Sin embargo, la noción exacta de la bioética se extiende más allá de la moral médica y posee una precisión mayor que la expresada por la ética ambiental. En el momento actual, la norteamericana *Encyclopedia of Bioethics* marca el significado vigente de bioética, la cual "puede ser definida como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales"3.

De acuerdo con esta consideración, la bioética es *formalmente* una rama o subdisciplina del saber ético, del que recibe el estatuto epistemológico básico y con el que mantiene una relación de dependencia justificadora y orientadora. Los contenidos *materiales* le son proporcionados a la bioética por la realidad del "cuidado de la salud" y por los datos de las "ciencias de la vida", como la biología, la medicina, la antropología, la sociología. El análisis de los temas, aunque tiene una omnipresente referencia a la ética, debe ser llevado a cabo mediante una *metodología interdisciplinar*: ciencia, derecho, política, son magnitudes imprescindibles para configurar la bioética.

2. FACTORES EN LA GÉNESIS DE LA BIOÉTICA_ La bioética se ha constituido como nueva rama del saber ético. En cuanto tal, proporciona un ámbito teórico especial para abordar problemas éticos antiguos y nuevos relacionados con la vida humana. Además, se concreta en una disciplina que es impartida en diversas carreras universitarias o que es objeto de cátedras y departamentos creados expresamente con esa finalidad.

En la génesis de la bioética han influido, y siguen influyendo, un conjunto de factores que han dejado, y siguen dejando, su peculiar impronta en la configuración de esta nueva área de la interdisciplinariedad científica. Destacamos a continuación tres de dichos factores.

a) Los *avances científico-técnicos*. El factor decisivo en la rápida configuración de la bioética consiste en los también rápidos avances de las ciencias biológicas y médicas. Estos progresos originan serios interrogantes cuando son aplicados al ser humano en la práctica médica. Piénsese, por ejemplo, en las siguientes posibilidades:

- La ingeniería genética aplicada a la biología humana, con la orientación no sólo de solucionar enfermedades genéticas, sino también, aunque sea todavía de modo hipotético, de manipular la especie humana.
- Las técnicas de reproducción humana: la inseminación artificial (homóloga y heteróloga); con el concomitante almacenamiento, clasificación y distribución de semen humano; la fecundación artificial, con la implantación de embriones en el útero propio o alquilado y con la congelación y manipulación de embriones nuevos.
- Las nuevas fronteras en el trasplante de órganos (corazón, cerebro) y en las intervenciones sobre los estados intersexuales y sobre la transexualidad.
- Los progresos técnicos en la práctica de la reanimación (problema de la eutanasia y adistanasia), en la diagnosis prenatal (aborto eugenésico); en la esterilización .y en la contracepción.

Nos encontramos ante una auténtica "revolución biológica". La nueva situación lanza un decisivo reto a la humanidad. Dicho reto puede ser expresado con la pregunta: ¿Todo lo que "se puede" (técnicamente) hacer "se debe" (éticamente) hacer? Se trata de la eterna pregunta sobre la relación entre "técnica" y "ética", entre "ciencia" y "conciencia".

b) Los *cambios operados en el concepto de la salud y en la práctica médica*. Hace algunos años Laín Entralgo concretaba en cuatro rasgos la situación actual de la medicina. "La medicina de hoy es *actual* por la obra conjunta -y, a veces, conflictiva de cuatro rasgos o notas principales:

1. Su extrema tecnificación instrumental y una peculiar actitud del médico ante ella.
2. La creciente colectivización de la asistencia médica en todos los países del globo.
3. La personalización del enfermo en cuanto tal y, como consecuencia, la resuelta penetración de la noción de persona en el cuerpo de la patología científica.
4. La prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el problema de si es técnicamente posible una mejora de la naturaleza humana" 4.

En la práctica médica actual están emergiendo sensibilidades y valores que han de tener traducción en las consideraciones éticas y en los ordenamientos jurídicos: la autonomía del enfermo, el respeto a su libertad, los derechos del paciente (derecho a rechazar el tratamiento, compensación por la deficiente asistencia médica, derecho del enfermo sobre las historias clínicas). Ante la creciente deshumanización de la medicina surge el anhelo visceral y la búsqueda razonada de una práctica médica al servicio del hombre.

Por otra parte, la dimensión social de la medicina origina nuevas posibilidades y nuevas ambigüedades. La ética se siente interpelada por varios frentes: la fijación de las necesidades y de las prioridades sanitarias, que no puede ser confiada exclusivamente a médicos y políticos, sino que requiere la participación de toda la comunidad social; el discernimiento entre los diversos sistemas de salud, cuyos criterios inspirativos y cuyas opciones operativas han de ser sometidos a la interpelación moral; la denuncia del espíritu consumista en el área de la salud, que se traduce en la creación de necesidades artificiales y en el uso indiscriminado de medicaciones innecesarias y hasta nocivas.

El concepto de salud ha adquirido una extensión notable. Implica no sólo la idea de bienestar, sino también la realidad de la calidad de vida, así como la realización integral de la persona humana. La promoción de la salud impone tareas nuevas: alimentación, higiene, planificación familiar, medio ambiente. Las interferencias de unas áreas con otras exigen el análisis valorativo y la concomitante reflexión ética.

c) *Desconfesionalización y desdeontologización de la ética.* Durante mucho tiempo los problemas morales de la biomedicina han estado orientados y regulados básicamente por dos instancias: la moral religiosa y los códigos deontológicos. No es justo ni exacto dejar de reconocer a estas dos instancias un papel decisivo en la historia de la ética de la biomedicina. Tampoco es signo de madurez científica proscribir como espúreas toda referencia religiosa o toda codificación deontológica en relación con la ética actual de la vida humana. Son perspectivas dignas de ser tenidas en cuenta.

No obstante las apreciaciones precedentes, la bioética se ha configurado a partir de la desconfesionalización de la ética y liberándose del predominio de la codificación deontológica. Esto significa, desde el punto de vista positivo, que la bioética:

- ha de apoyarse en la racionalidad humana, secular y compartida por todas las personas;
- ha de situarse en el terreno filosófico, buscando un paradigma de "racionalidad ética" que se sitúe más allá del ordenamiento jurídico y deontológico y más acá de las convicciones religiosas.

3. EL PARADIGMA DE RACIONALIDAD EN BIOÉTICA. La debilidad y la fuerza de la bioética dependen en gran medida de la teoría ética general en que se sitúan los planteamientos y las orientaciones. La bioética funciona dentro de un paradigma de racionalidad ética, el cual le proporciona el marco de referencia para los discernimientos y para las propuestas operativas.

Existen tantos paradigmas de racionalidad ética cuantas son las teorías filosóficas sobre la moralidad. En la bioética son aplicadas varias de dichas teorías con mayor o menor éxito.

a) *Paradigmas teleológicos.* En el mundo anglosajón prevalecen dos paradigmas: el consecuencialista o utilitarista y el de la ética evolucionista. Según el paradigma consecuencialista, la moralidad se mide por los resultados de la acción es decir, por la utilidad -individual y social- que resulta de una determinada acción.

El paradigma de la ética evolucionista, una de cuyas explicaciones más cualificadas del campo de la bioética es la obra de Kieffer, hace coincidir la moralidad con aquellas condiciones que "minimicen el sufrimiento humano y maximicen aquellos valores humanos que eleven la supervivencia de la comunidad humana, la calidad de vida para toda la sociedad y el nivel de potencial humano para cada individuo" 5.

b) *Paradigmas deontológicos.* Junto a los dos paradigmas mencionados de carácter teleológico existen otros de corte más deontológico. Son aquellos sistemas que apoyan la racionalidad ética sobre un "orden" previo a la acción e independiente de las consecuencias de ésta. La teoría clásica de la "ley natural" y el formalismo moral kantiano son ejemplos cualificados del sistema moral deontológico.

c) *Hacia un paradigma pragmático con funcionalidad pública.* Sin pretender dirimir la discusión académica sobre el uso de uno u otro de los paradigmas éticos, creemos que la bioética necesita superar este planteamiento y optar por un marco referencial más concreto. De acuerdo con la situación secular y pluralista de la sociedad democrática, la bioética ha de ser planteada dentro de una racionalidad ética demarcada por los parámetros de la democratización, del diálogo pluralista y de la convergencia integradora.

Las exigencias de esa racionalidad son cumplidas por el paradigma de la / ética civil.

4. LOS CRITERIOS REFERENCIALES DE LA BIOÉTICA. El paradigma de la ética racional y civil puede ser concretado en un conjunto de *vigencias éticas* y de *orientaciones estimativas* que tienen funcionalidad directa en el campo de la biomedicina. Unas y otras constituyen los criterios referenciales de la bioética.

a) *Vigencias éticas*. Se puede constatar una serie de valores que son generalmente admitidos como orientaciones básicas para el juicio ético en el campo de la bioética. Así, por ejemplo, el principio de buscar siempre "el bien del sujeto" o, en formulación negativa, "no causar daño al sujeto"; el axioma "primum non nocere" es una expresión fundamental del *ethos* de la medicina desde el código hipocrático hasta nuestros días. En el mismo nivel de este criterio hay que situar otros, como el principio de la libertad de todo sujeto racional y el derecho de todos a una justa distribución de los beneficios y de las cargas en el ámbito del bienestar vital.

b) *Orientaciones estimativas*. Las intervenciones humanas en el terreno de la biomedicina están sometidas a orientaciones éticas específicas. A continuación enumeramos las más decisivas:

- En primer lugar, las formulaciones éticas de la biomedicina han de liberarse de los *residuos tabuísticos* de una moral excesivamente "temerosa" ante las intervenciones del hombre en este ámbito de su realidad. La mitificación y la falsa sacralización de un "orden natural" ha conducido a la ética de la vida humana a los callejones sin salida de una normatividad moral "físicista" y "naturalista". La bioética tiene que hacer un gran esfuerzo por liberarse de tales planteamientos.

- De una moral "naturalista" es necesario pasar a una moral en la que el *criterio fundamental sea la persona*. Ahora bien, es necesario entender la comprensión normativa de persona dentro de una visión integral. "La moral médica del futuro está buscando un concepto de totalidad que abarque todo: la dignidad y el bienestar del hombre en cuanto persona en su relación esencial a Dios, al hombre y al mundo que le rodea"⁶. Este personalismo moral no ha de entenderse en clave "individualista" y "privatística"; se trata de un personalismo entendido y valorado desde la alteridad.

- Liberada de los residuos tabuísticos de un "orden natural" sacralizado y proyectada sobre el principio básico de la persona como realidad normativa, conviene entender la ética de la biomedicina como la *instancia normativa del proceso de humanización ascendente*. La influencia del hombre y de la sociedad sobre la condición corporal humana tiene la clave de interpretación y de normatividad preferente en el futuro: en la idea de hombre que deseamos realizar. La bioética se plantea dentro de las claves de la "esperanza" y de la "auténtica planificación humana".

- No todo progreso técnico ha de inscribirse sin más dentro del proceso de humanización. De aquí que la bioética ha de tener en cuenta los *criterios del discernimiento* para expresar la instancia ética de los avances científico-técnicos en el campo de la biología. Los juicios morales han de buscar el camino difícil e incierto entre la Scylla de una aceptación ingenua de todo lo nuevo y la Charybdis de una reserva reaccionaria ante los progresos científico-técnicos. Reconocemos que es difícil encontrar la ruta segura. No es fácil resolver certeramente la ambigüedad latente en todo avance humano. La moral de la biomedicina se encuentra emplazada entre la "manipulación" y la "humanización". ¿Cuáles son los criterios para discernir entre la una y la otra? Ésa es una de las tareas de la bioética. Los moralistas se confrontan en este aspecto de la aceptación más o menos ingenua o más o menos sospechosa de los avances científico-técnicos en el campo de la biología.

- Se ha hablado en los últimos años de la necesidad de formular la moral en términos "provisionales", al estilo de la moral aceptada por Descartes durante la "duda metódica". Este *carácter de provisionalidad y de búsqueda* tiene su aplicación en el terreno de la bioética. Como dice Sporken: "Las intuiciones éticas que se nos han transmitido aparecen hoy día, debido a la mutación de nuestra idea del hombre y del mundo, sometidas a una profunda revisión crítica. Esto ha de decirse aún con más énfasis en lo que respecta a la ética médica, dado que la investigación médica y la asistencia facultativa se encuentran en un desarrollo progresivo extraordinariamente rápido. De ahí que resulte empresa atrevida ésta de publicar un libro sobre ética médica en medio de semejante evolución. Todavía no pueden darse respuestas definitivas a los problemas que se plantean tanto las ciencias médicas y sus anejas como la misma sociedad humana de nuestra hora" ⁷.

Con esta actitud de provisionalidad y de permanente búsqueda, la bioética es una rama del saber humano que se está abriendo camino con notable empuje y con no menor éxito. La bioética es una disciplina del futuro, pero con garantías de éxito ya en el presente.

5. LA BIOÉTICA TEOLÓGICA. Los problemas éticos de la biomedicina pueden ser considerados desde los parámetros de la racionalidad humana. Es lo que hace la disciplina de bioética descrita en los apartados precedentes. Pero también pueden ser planteados desde los presupuestos de la ética teológica.

De hecho, en la historia de la teología moral se han tratado los temas de la vida humana con la iluminación que aporta el dato de la fe cristiana. Por otra parte, el magisterio eclesiástico ha abordado con frecuencia los temas éticos relacionados con la biomedicina.

Todo esto indica que se puede y se debe hablar de la *bioética teológica*. Ésta asume la racionalidad de la disciplina de la bioética y la redimensiona desde los presupuestos metodológicos del discurso teológico-moral. En este diccionario el análisis que se hace de los problemas morales de la biomedicina se sitúa dentro del horizonte de la *bioética teológica*.

II. Balance de los estudios de bioética

Se cumplen ahora los veintiún años desde que en 1971 Van Rensselaer Potter dejó acuñado el vocablo "bioética" en su obra *Bioethics: Bridge to the Future*. Aunque la aparición del término evidentemente no coincide con una reflexión articulada y sistemática sobre las cuestiones éticas relacionadas con la biología y la salud/enfermedad, sin embargo podemos tomar esa fecha como término de referencia para comparar aquel momento con la situación actual.

Tratar de hacer un balance en pocas páginas de la evolución más significativa a lo largo de las últimas décadas ofrece notables dificultades. La variedad de temas abordados, el paso desigual de muchos de ellos incluso en áreas de fuerte homogeneidad cultural como son los llamados países desarrollados, la abundante literatura en esta materia, los planteamientos plurales son solamente algunos indicadores de las dificultades para diseñar un cuadro que, siendo selectivo y fragmentario por necesidad, ofrezca al mismo tiempo una visión aceptable de la realidad.

A pesar de esas dificultades nos atrevemos a ofrecer una panorámica de los principales temas abordados por la bioética en los últimos años. Advertimos que muchos de estos temas son tratados de forma monográfica en las correspondientes voces del presente diccionario.

1. INICIOS DE LA VIDA HUMANA. Uno de los sectores con mayor acumulación de cuestiones éticas es el relativo a la aparición y primeras fases de la vida humana. En estas dos décadas las actitudes sociales han sufrido cambios importantes en estos temas y los poderes del hombre se han ampliado notablemente: técnicas de reproducción asistida, métodos abortivos más precoces, agresiones a neonatos defectivos, medicina fetal, extensión progresiva del diagnóstico prenatal para detectar posibles defectos congénitos en embriones y fetos, experimentación con ellos identificación de portadores de defectos transmisibles, etc. Las intervenciones posibles son de signo diferente: impedir la aparición de una nueva vida, cortar su camino, intentar ayudar a la reproducción donde ésta naturalmente no se logra, velar por la calidad de la vida humana, instrumentalizarla al servicio de intereses ajenos (ciencia, progreso, beneficios terapéuticos para terceros).

Vale la pena destacar en este apartado algunos de los campos más desarrollados.

a) *Técnicas de reproducción asistida*. De todos estos temas, el privilegiado desde los últimos años de la década de los setenta ha sido el de las técnicas de reproducción asistida.

Los progresos científicos y la necesidad de crear un adecuado marco legal se ha visto acompañado por una abundante reflexión moral en la que entran en juego numerosos puntos: la naturaleza o persona

como indicador moral, ambigüedad ética de la técnica, necesidad de someter la libertad (en este caso, el deseo del hijo) a criterios de racionalidad, ámbitos de una procreación humana digna, donaciones y unidad de las realidades humanas de maternidad, paternidad y filiación, estatuto moral del embrión, implicaciones para valores sociales como matrimonio y familia, aplicaciones reales o imaginadas distintas de la reproducción (investigación, experimentación). Desde una consideración global de las posibles incidencias de estas técnicas, son muchos los que no expresan reservas tan radicales hacia dichas técnicas como para cerrarles la puerta por principio, aunque en algunos casos sí aumentan las dificultades morales. La postura oficial de la Iglesia es contraria a todas ellas, pero matizando su valoración según los casos.

b) *Anticoncepción*. En estos veinte años no asistimos a novedades científicas y técnicas relevantes sobre los métodos de control de la natalidad. Las diferencias acerca de la valoración moral entre la doctrina oficial de la Iglesia y muchos moralistas y matrimonios cristianos se han consolidado. Con el paso del tiempo, la literatura sobre el tema ha ido decreciendo hasta niveles muy reducidos, reactivándose sólo en torno a algunos episodios: sínodo de los obispos de 1980, algunas intervenciones de Juan Pablo II, vigésimo aniversario de *Humanae vitae*. Lo más digno de reseñar desde la reflexión moral son los intentos por dar nuevas justificaciones convincentes a la doctrina oficial desde la antropología y la teología. Estos loables intentos no parecen haber colmado el "vacío de razones" que se atribuye a la enseñanza oficial. Por lo cual, muchos consideran que no se ve una solución digna a este debate intraeclesial sino a través de un diálogo abierto a todos. Fuera de la Iglesia católica la cuestión de la moralidad de los métodos ha quedado reducida a una elección responsable, realizada desde los diversos aspectos que se han de tener presentes, sin privilegiar la condición natural/ artificial de un método.

c) *Aborto*. Estos veinte años han sido en los países del mundo desarrollado la época de liberalización legislativa del aborto. Una vez conseguida esta meta, los debates sociales han perdido mucha entidad y la literatura sobre el tema ha descendido sensiblemente.

Desde el punto de vista moral, al margen de los planteamientos religiosos cristianos, existe una fuerte permisividad. Dentro de la Iglesia católica, las posturas no presentan la uniformidad del pasado. Algunos moralistas no parecen excluir totalmente la legitimidad del aborto, en algunos casos, como una trágica opción, de por sí no deseable. La disidencia en esta cuestión tuvo un episodio publicitario en la "Declaración católica sobre pluralismo y aborto", firmada por 99 católicos y publicada a página entera en el *New York Times* el 7 de octubre de 1984, seguida de otra "Declaración de solidaridad" con los "represaliados", publicada en el mismo periódico en toda una página el 2 de marzo de 1986.

d) *Calidad de la vida humana*. En nuestra sociedad va cobrando cada vez más fuerza el interés por reducir los defectos genéticos; en el desarrollo de esta sensibilidad corresponde un peso importante a los progresos técnicos, gracias a los cuales es cada vez más factible un diagnóstico prenatal. Pero la tendencia no se detiene en el embrión o el feto defectuoso, eliminados por el aborto en múltiples casos, sino que se la quiere aplicar a los neonatos defectivos que, privados en algunos casos de cuidados aplicados ordinariamente a niños normales, ven así pronto cortada su historia personal. La preocupación por una herencia sana es muy legítima; lo problemático puede estar en los medios empleados y en la difusión más o menos consciente de una mentalidad cada vez más opuesta a aceptar una vida que no corresponde física o mentalmente a ciertos cánones de perfección. Este rasgo preocupante de nuestra cultura se ha potenciado mucho a lo largo de las dos últimas décadas.

2. HACIA EL FINAL DE LA VIDA HUMANA. La etapa final de la vida del ser humano era, en otros tiempos, poco complicada desde el punto de vista moral. En nuestra sociedad, debido al desarrollo técnico, a los progresos de la medicina y a algunas características de nuestra cultura, la fase última de la vida es objeto de abundante reflexión moral y en torno a ella se presentan algunas de las más delicadas decisiones en la práctica médica.

Cinco me parecen los puntos más destacables en los últimos veinte años sobre la fase final de la vida desde el interés moral: la "identificación" de la muerte clínica con la muerte cerebral, la preocupación

por la muerte digna ciertas expresiones del rechazo de medios "extraordinarios" para prolongar la vida, la disminución de resistencias en cuanto a la eutanasia y la nueva situación planteada por el aumento demográfico de ancianos.

a) *Muerte cerebral*. El progreso científico y técnico ha motivado una reflexión sobre la validez de los indicadores tradicionales de la muerte clínica: parada de las funciones respiratoria y circulatoria. Un impulso decisivo a la identificación de la muerte clínica con el cese irreversible de la actividad cerebral se debe a un informe de la escuela médica de Harvard en 1968. En las dos últimas décadas, esta tendencia no sólo ha encontrado una básica aceptación entre los profesionales, sino que cuenta en no pocos casos con un refrendo legal. Aun no tratándose de un concepto ético, tiene derivaciones para diversos problemas, por ejemplo, los trasplantes. Muy recientemente se ha añadido un foco nuevo de debate: algunos proponen, en relación con la muerte cerebral, que se adopten criterios menos exigentes para los sujetos anencefálicos (fetos o ya nacidos) con el fin de poder disponer más fácilmente de pequeños órganos para trasplantes.

b) *La muerte digna*. Tanto en la mentalidad social como en el pensamiento eclesial ha encontrado carta de naturaleza la sensibilidad por una muerte humana digna, especialmente desarrollada en las últimas décadas. Cuando en nuestra cultura había ya entrado la preocupación por una "vida digna", ha surgido, en un momento ulterior, el interés por una "muerte digna" del ser humano. Este vocablo y este concepto no hallan resistencias en nuestro entorno cultural: se trata de una nueva creación ética, favorecida en su aparición por diversos factores. Tratando de precisar los contenidos de lo que significa una muerte digna, existe un sentir bastante compartido sobre algunos puntos. El acercamiento digno a la muerte implica alivio del dolor y de otras molestias y sufrimientos, ayuda psicológica, asistencia religiosa para el que lo desee, información al interesado -ya desde el principio- sobre su situación real, no prolongación de la vida con medios carentes de sentido. Un morir digno ha de ir acompañado de la solidaridad y no marcado por el abandono, la soledad; el carácter social de la persona ha de ser respetado también en la fase final. Un aspecto que se está destacando mucho como componente de una muerte digna es el respeto a la libertad personal; y en este punto es donde aparecen las mayores divergencias sobre qué tipo de libertad en el morir es razonable y moral.

c) *Medios de prolongar la vida*. Un número importante de decisiones difíciles tiene hoy por objeto el carácter razonable de prolongar o no algunas vidas en situaciones particularmente deterioradas. Esta problemática se plantea en los últimos años a propósito de las vidas vegetativas y sobre ciertos medios en particular: reanimación, respiración asistida, alimentación/ hidratación artificiales, etc. En esta materia corresponde una palabra a los profesionales sanitarios, pero éstos se encuentran con otros interlocutores: familia, jueces, comités éticos y, sobre todo, el propio paciente.

Dentro de la creciente tendencia a respetar la autonomía del enfermo, se incluyen también sus deseos de rechazar la prolongación de la vida con medios carentes ya de sentido. Ahora bien, cuando la persona está en condiciones de expresar su voluntad, no es necesario recurrir a otras fuentes para conocer su intención. Pero, frecuentemente, nos encontramos con personas no conscientes, en las que el respeto a la autonomía no parece poder invocarse. Precisamente para estos casos, las llamadas "directrices anticipadas" permiten conocer de alguna manera los deseos de las personas no conscientes, de modo que el respeto a su autonomía pueda tener vigencia aun entonces. Hay dos clases de "directrices anticipadas", con escasa difusión entre nosotros: el "testamento vital" y la designación de un representante. Por el "testamento vital", la persona da indicaciones sobre las líneas a seguir cuando no esté en condiciones de expresar su voluntad. El episcopado español ha difundido un modelo de testamento vital para cristianos. Es un texto muy hermoso. En Estados Unidos existe otra directriz anticipada: la designación de un representante para que éste, en nombre de quien otorga la autorización, decida lo que crea más conveniente en caso de incapacidad de este último. Ambas directrices anticipadas pueden tener un carácter privado o contar con refrendo legal.

d) *La eutanasia*. Hace veinte años no se prestaba atención al tema, fuera de ciertos círculos minoritarios; ahora, una vez lograda la "batalla" del aborto, el próximo objetivo de algunas personas, grupos y

movimientos sociales bastante combativos consiste en la despenalización o legalización de la eutanasia, objetivo que va ganando adeptos en la sociedad. Esta actualidad contribuye a que se escriba abundantemente sobre todos los aspectos del problema.

Las opiniones contrarias a estos intentos prevalecen por el momento, pero va cobrando fuerza una corriente de signo opuesto. Dentro de ella sobresale la opinión de la "Comisión" encargada del estudio de esta cuestión por el gobierno de los Países Bajos, que en su informe final recomienda claramente la legalización de la eutanasia, con reservas y garantías para evitar abusos. Dentro de una mentalidad sin referencias religiosas y que, además, se muestra particularmente sensible a todo signo de libertad, atraída por ideales de bienestar, con dificultades para percibir un sentido del sufrimiento y del dolor, con menor capacidad de aguante frente a situaciones dolorosas y lamentables, es comprensible que la eutanasia pueda llegar a ser considerada una solución lógica y humana. Incluso algunos moralistas católicos no ven con claridad que la condición cristiana excluya absolutamente la libertad para decidir sobre la propia muerte.

Sin embargo, el acento de algunos en la libertad sensibilizada a favor de la eutanasia parece un enfoque parcial del problema y deficitario en el sentido de la solidaridad. Si se pusiera el debido interés por reclamar y prestar los mejores cuidados a enfermos en situaciones difíciles, ¿no perdería gran parte de su sentido la lucha por la eutanasia? ¿No puede ser ésta una opción por la solución fácil frente a la más compleja y exigente, es decir, la presencia cálida familiar y social traducida en la adecuada atención?

Por otro lado, sería bueno clarificar lo más posible el concepto de eutanasia, descargándolo de contenidos humanos, médica y moralmente heterogéneos, lo cual genera una gran confusión en torno a este vocablo.

e) Los *ancianos*. El número creciente de personas mayores plantea problemas económicos, sanitarios y sociales, y obliga a la bioética a repensar las exigencias éticas que despierta la nueva situación. El deber ético fundamental es la atención a estas personas según sus necesidades, en la medida de lo posible. Dejo a un lado la respuesta que se debe exigir razonablemente a familias y a diversos organismos sociales. Desde el punto de vista de la medicina, este crecimiento numérico de ancianos suscita con mayor urgencia la pregunta sobre si el modelo actual de medicina es el más idóneo para responder a las necesidades de este grupo, o bien si no será necesario tratar de crear otro, empezando ya desde los estudios universitarios. Y respecto a los profesionales a los que se confía el cuidado de los ancianos: sin rebajar los niveles de su competencia, ¿no se debería pensar más en la importancia de los rasgos de personalidad y actitudes para este particular tipo de asistencia?

3. GENÉTICA. Uno de los temas más nuevos en estas dos décadas es el de la ingeniería genética, es decir, de las técnicas que permiten intervenir en la información genética a nivel de estructuras y mecanismos moleculares que actúan en la transmisión de la herencia genética. Entre ellas, la más importante es la recombinación del ADN (ácido desoxirribonucleico).

En este campo las aplicaciones son ya una realidad aunque incipiente, si nos fijamos en las expectativas puestas en sectores como farmacología, agricultura, ecología, especies animales. Esta evolución, incluso aplicada sólo al mundo subhumano, no deja de presentar sus implicaciones éticas, en particular por la unidad e interdependencia de toda la realidad.

Si las aplicaciones se piensan dentro de la especie humana, la complejidad técnica, las repercusiones sociales morales y legales aumentan. Atendiendo a los fines, distinguimos entre ingeniería genética "terapéutica" (orientada a la corrección de alguna enfermedad) y "perfectiva" (dirigida a suscitar en un sujeto normal una cualidad física o mental que se considera deseable). Mirando a los "sujetos" en que se realiza la ingeniería genética, diferenciamos la "germinal" (llevada a cabo en el ovocito, espermatozoide u óvulo fecundado) y la "somática" (practicada en otras células del cuerpo humano). Combinando ambos criterios, se originan cuatro tipos de ingeniería genética: terapéutica germinal, terapéutica somática, perfectiva germinal y perfectiva somática.

Las posibilidades técnicas en el campo humano están en sus comienzos, pero se desarrollarán en un futuro previsiblemente no lejano. Ciñéndonos a la problemática ética y sin entrar en apreciaciones detalladas, podemos decir que la ingeniería terapéutica ofrece menos dificultades que la perfectiva; y también que la somática suscita, en principio, menos interrogantes que la germinal.

4. TRATAMIENTO E INVESTIGACIÓN. En el terreno del tratamiento, como antes se indicó, quizá la innovación más importante, éticamente hablando, sea el protagonismo creciente del enfermo. Un tema sobresale con fuerza: el del SIDA o, mejor, el de la infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana); de menor interés, éticamente hablando, es el de los trasplantes).

a) Infección del VIH. Destaca la ola de reflexión moral suscitada en medios médicos en torno a esta infección. Seguramente ninguna otra enfermedad presenta tal cúmulo de problemas éticos, en los que se entremezclan aspectos sociales y médicos. En esta infección están en juego intereses importantes de la sociedad (protección de la salud pública) y derechos fundamentales del individuo (a moverse libremente, a la educación, al trabajo, a la no discriminación, etc.) y del enfermo (derecho al tratamiento, a la información, a la intimidad, etc.). Según se acentúen los derechos del infectado y sospechoso de infección o de los sanos, llegamos a diversas opciones éticas.

Con ocasión del SIDA ha vuelto a resurgir la vieja cuestión de la obligatoriedad de atender a los infecciosos, pacificada gracias a las técnicas antisépticas y a los antibióticos. Organismos profesionales y responsables de política sanitaria han reafirmado la obligatoriedad en contra de las manifestaciones de algunos profesionales. En el fondo está latente la concepción de la profesión médica. También se escribe mucho sobre diversas medidas coactivas para proteger la salud pública y de terceros, en particular de los profesionales sanitarios: obligatoriedad del test en determinadas situaciones, notificación obligada de los casos, cuarentena, aislamiento. En general, va prevaleciendo la sensatez en contra de medidas que pueden conllevar graves violaciones de los derechos de las personas sin gran impacto beneficioso en la salud pública y de terceros.

b) Trasplantes. En este punto hemos caído en una cierta "rutina" ética. Existen, con todo, algunos casos particularmente problemáticos: trasplante de corazón de animal a ser humano, la cuestión del corazón artificial. Una actitud ética que se debe favorecer es la solidaridad que facilite la multiplicación de trasplantes. A pesar de ello, se prevé que continuará la escasez de órganos, lo cual suscita un nuevo problema: el de los criterios para una justa distribución de este bien escaso.

c) *Experimentación*. En este campo están definidas las condiciones para una actuación humana respetuosa de la dignidad y derechos de los sujetos sometidos a experimentación. Sin embargo, actualmente se está insinuando la posibilidad ética de suavizar el rigor en algunas exigencias morales: información al sujeto, consentimiento informado. Es una cuestión delicada que necesita de estudios ulteriores para armonizar el respeto a la persona y el interés social de la experimentación.

Van emergiendo campos nuevos, a los que se asoma la ética: cuidados a domicilio, rehabilitación, medicina en las cárceles, etc.

d) *"Derechos" de los animales*. En conexión con la experimentación, algunos grupos muy activos han introducido el problema de las actuaciones con los animales. El más estudiado es la experimentación con ellos; pero el interés no se ha limitado a este punto, pues se extiende a otros ámbitos: deporte, diversión, enseñanza, cría en reclusión con fines comerciales, reclusión de animales domésticos, patentes de organismos vivos modificados en laboratorio y no existentes en la naturaleza con esas características. Entre los aspectos principales a la hora de definir las diversas posturas están las consideraciones sobre el *status* de los animales, una posible jerarquización entre ellos y el sufrimiento.

III. Signos de vitalidad de la bioética

Las manifestaciones de la bioética son múltiples y de diversa índole. La bioética aparece en congresos, en cursos de ética para formación médica, en las discusiones sobre legislación sanitaria, en la investigación médica, en comisiones éticas para asesorar a las autoridades políticas (en USA, en el Reino Unido, en Australia, en Francia, etc.).

A continuación anotamos tres aspectos de esa vitalidad de la bioética:

1. CENTROS DE BIOÉTICA. En 1971 es creado en la Universidad de Georgetown el *Instituto para el Estudio de la Reproducción Humana y la Bioética* (Washington), con la ayuda de la fundación J.P. Kennedy. Junto al anterior hay que situar en un puesto de gran relieve el *Hastings Center* (Nueva York), que además de organizar múltiples sesiones de estudios ofrece diversas publicaciones, entre las que destaca la revista bimestral "The Hastings Center Report". El *Centro de Bioética de Montreal* fue creado por el Instituto de Investigaciones Clínicas en 1976. Publica una colección de "Cahiers de bioéthique" (cf D.J. RoY, *La biomédecine aujourd'hui et l'homme demain. Points de départ et directions de la bioéthique*, en "Le Groupe de Recherche en Éthique Médicale de l'Université Laval: Laval Phil. Théol." 40 (1984) 243-246. En San Cugat del Vallés (Barcelona) funciona el *Departamento de Bioética*, dirigido por F. Abel. Dentro de las actividades del Instituto Superior de Ciencias Morales (Madrid) funciona el *Departamento de Psiquiatría y Moral*, dirigido por A. Ruiz-Mateos. En la Universidad católica de Lovaina (Bélgica) se ha creado en 1983 un *Departamento de Bioética*, que dirige el profesor J.F. Malherbe. Conviene señalar la importancia que está adquiriendo la asignatura de "Ética médica" o la cátedra de "Bioética" en bastantes facultades de medicina. Por ejemplo, en Düsseldorf (Alemania), Sacro Cuore de Roma (Italia), Maastrich (Holanda), Instituto Católico de Lille (Francia). Existe también el *master en bioética* en la Universidad Complutense de Madrid y en el Instituto Superior de Ciencias Morales (Madrid).

2. REVISTAS ESPECIALIZADAS. *Anime e Corpi*, de inspiración católica, bimestral, aborda temas de acción pastoral en el campo sociosanitario (Italia); *Artz und Christ*, revista trimestral de los médicos católicos de Alemania, Austria y Suiza; *Bioethics*, trimestral, editada en Oxford desde 1987; *Cahiers de Bioéthique*, publicación anual de la Universidad Laval (Canadá); cada número quiere ser monográfico; *Cahiers Laennec*, revista trimestral que dejó de existir en 1972 publicada en París; *Catholic Medical Quarterly*, revista trimestral de los médicos católicos de Gran Bretaña (de muy escaso interés); *Clinical Ethics Report* (desde 1987); *Ethics and Medicine. A Christian Perspective on Issues on Bioethics* (tres números al año; Edimburgo, desde 1985); *Ethics in Science and Medicine*, trimestral, se publicó con este título entre 1973 y 1980. Anteriormente llevó el título de *Science, Medicine and Man*. Desde 1981 esta excelente revista dejó de publicarse separadamente para convertirse en la Part F: "Medical and Social Ethics", de la revista *Social Science and Medicine*; *Hastings Center Report*, revista bimestral de gran calidad, publicada en USA por el Institute of Society, Ethics and the Life Sciences. Los años 1973-1974 el mismo centro publicó paralelamente *Hastings Center Studies*; *Journal of Clinical Ethics* (desde 1990); *Journal of Medical Ethics*, excelente revista publicada por la Society for the Study of Medical Ethics, Londres; *Journal of Medicine and Philosophy*, trimestral, Universidad de Chicago (cada número suele ser monográfico); *Journal of Religion and Health*, trimestral (los temas son tratados desde perspectivas religiosas diversas); *Labor Hospitalaria*, publicada por los Hermanos de San Juan de Dios, Barcelona; *Laennec*, bimestral, de carácter más modesto y divulgador que *Cahiers Laennec*; *Linacre Quarterly*, revista oficial de la Federación Nacional de Asociaciones de Médicos Católicos (USA); trimestral, no de gran interés; *Man and Medicine*, trimestral, dedicada a los valores y a la ética del cuidado de la salud, de buena calidad, USA; *Médecine de l'Homme*, bimestral, revista del centro católico de médicos franceses; *Medicina e Morale*, trimestral, de neta inspiración católica, publicada por la Universidad católica del Sagrado Corazón (Italia); *Res Medicae*, revista mensual publicada en Roma; todos los números suelen tener una sección de medicina moral; *Saint-Luc Médical-SaintLucas Tijdschrift*, revista de la asociación católica de Bélgica.

3. BIBLIOGRAFIA. O Repertorio bibliográfico: WALTERS L. (ed.), *Bibliography of Bioethics*, bastantes volúmenes, Nueva York 1975 en adelante. O Enciclopedia: REICH W.T.,

Encyclopedia of Bioethics, 4 vols., Nueva York 1978. 0 Diccionario: DUNCAN A.S. (ed.), *Dictionary of Medical Ethics*, Londres 1977. 0 Manuales de bioética: BEAUCHAMP T. L. y CHILDRESS J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York 1979, 1983; MAPPEs T.A. y SEMBATY S., *Biomedical Ethics*, Nueva York 1981; BEAUCHAMP T. L. y WALTERS L. (eds.), *Contemporary Issues in Bioethics*, Wadworth 1982; ENGELHARDT H.T., *The Foundation of Bioethics*, Nueva York 1986; BEAUCHAMP G.H. y MCCULLDUGH L.B., *Ética médica*, Labor, Barcelona 1987; GRACIA D., *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid 1989; DIMEO A. y MANCINA C. (eds.), *Bioética*, Roma 1989. D Síntesis de bioética teológica: DURANDG., *La bioéthique*, París 1989; ELIZARt F.J., *Bioética*, Paulinas, Madrid 1991; LÓPEZ AZPITARTE E., *Ética y vida*, Paulinas, Madrid 1990; THÉVENoT X., *La bioética*, Mensajero, Bilbao 1990; VIDAL M., *Moral de la persona y bioética teológica*, PS, Madrid 1991 (*Moral de actitudes II*, 1.11 parte).

[/Corporeidad; /Esterilización; /Eutanasia; /Ingeniería genética y embrionaria; /Interrupción del embarazo; /Investigación y experimentación biológica; /Medicina; /Procreación artificial; /Salud, enfermedad, muerte; /Trasplantes humanos].

Notas: 1. V. R. POTrEa, *Bioethics: bridge to the future*, Engewood Cliffs 1971-2 G H. KIEFFER, *Bioética*, Madrid 1983, 2. 3 W.T. Retch, *Introduction: Encyclopedia of Bioethics I*, Nueva York 1978, XIX; cf D. CALLARAN, *Bioethics as a discipline*, en "The Hastings Center Studies" 1 (1973) 1, 61r73' K.D. CLOUSER, *Bioethics en Encyclopedia of Bioethics I*, Nueva York 1978, IS-127; E. SGRECCIA, *La bioetica. Fondamenti e contenuti*, en "Medicina e Morale" 24 (1984) 285-305 - 4 P. LAIN, *La medicina actual*, Madrid 1971, 31 - 5 KIEFFER, o. c., 46 - 6 B. HÄERING, *Moral y medicina*, Madrid 1972 66 - 7 P. SPORKEN, *Medicina y ética en discusión*, Estella 1974, 17.

F.J. Elizari y M. Vidal