Pontificia Universidad JAVERIANA

Bioética SELECCIONES

Cenalbe

Revista *Selecciones de Bioética,* N° 12. ISSN 1657-8856
Instituto de Bioética-Cenalbe, Bogotá, D.C., Colombia, 2007

12

© **Pontificia Universidad Javeriana**

Joaquín Sánchez García, S.J.
Rector

Jairo Humberto Cifuentes Madrid
Vicerrector Académico

Gilberto Cely Galindo, S.J.
Director del Instituto de Bioética

Alfonso Llano Escobar, S.J.
Director de Cenalbe y de la revista
Selecciones de Bioética

Margarita María Sánchez Morales
Coordinadora editorial

Comité Asesor

Pablo Arango Restrepo, Luis Alejandro Barrera Avellaneda, Jaime Bernal Villegas, Bernardo Bulla Pinto, Jaime Escobar Triana, Alfonso Flórez Flórez, Jorge Gaitán Pardo, Gustavo García Cardona, Nelly Garzón Alarcón, Emilssen González de Cancino, Francisco González Ladrón de Guevara, Hernando Gutiérrez Prieto, Guillermo Hoyos Vásquez, Horacio Martínez Herrera, Jairo Mejía Porras, Oscar Mejía Quintana, Juan Mendoza Vega, Virgilio Niño Cruz, Gloria Inés Prieto de Romano, Fernando Sánchez Torres, Ángela Umaña Muñoz, Emilio Yunis Turbay.

Comité Editorial

Alfonso Llano Escobar, S.J., Gilberto Cely Galindo S.J., Germán Calderón Legarda, Olga Maldonado de Delgado, Eduardo A. Rueda Barrera, Eduardo Díaz Amado, José Edwin Cuellar Saavedra, Margarita Sánchez Morales.

Las opiniones expresadas en esta revista son de exclusiva responsabilidad de los autores. Los artículos pueden reproducirse total o parcialmente citando la fuente.

Diseño y producción editorial
César Tovar de León
ÉDITER. Estrategias Educativas Ltda.
Tel 2329558. Bogotá, D.C.
Email: ctovarleon@yahoo.com.mx

Impresión
Editorial Gente Nueva Ltda.
Edición de 700 ejemplares
Depósito legal
Impreso en Colombia
Printed in Colombia
Bogotá, D.C., octubre de 2007

Información
Transversal 4ª N° 42-00 Piso 5
Edificio José Rafael Arboleda
Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D.C.
Telefax: 3208320 Ext. 4539
E-mail: bioetica@javeriana.edu.co / cenalbe@javeriana.edu.co
Página web: www.javeriana.edu.co/bioetica

CONTENIDO

NATURALEZA DE LA BIOÉTICA
Guy Durand 7

LA BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
Alfonso Llano Escobar, S. J. 16

DESARROLLO Y CALIDAD DE VIDA
Antonio Elizalde 26

LA EUTANASIA AYER, HOY Y MAÑANA
Antonio Beristain, S. J. 37

LA BIOÉTICA Y LA CRÍTICA AL STATU QUO
Florencia Luna 51

MORIR DIGNAMENTE
Francesc Torralba 59

RETO A LA ÉTICA COHERENTE DE LA VIDA
Richard A. McCormick, S. J. 64

¿ESTORBA LA TEOLOGÍA EN EL DEBATE BIOÉTICO?
Juan Masiá Clavel, S. J. 73

¿MATAR, O DEJAR MORIR?
Robert Spaemann 79

¿MEDICAL ETHICS' APPROPRIATION OF MORAL PHILOSOPHY: THE CASE OF THE SYMPATHETIC AND THE UNSYMPATHETIC PHYSICIAN
Robert Baker and Laurence McCullough 88

A NUESTROS LECTORES

LES RECORDAMOS QUE EL OBJETO DE NUESTRA REVISTA ES LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS DE REVISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE TENGAN QUE VER CON LA BIOÉTICA. NO PUBLICAMOS TRABAJOS ORIGINALES.

Despenalizacion de la eutanasia

No hemos caído del todo en la cuenta que la Constitución de 1991 partió la historia de Colombia en dos partes: antes y después de la Constitución.

Me refiero en particular al fenómeno de la separación entre Iglesia y Estado, cuyas consecuencias apenas ahora estamos empezando a percibir. Una de ellas es la despenalización de la eutanasia.

Colombia, a partir de la Constitución del 91, es un Estado laico con todas las consecuencias que ello trae consigo. La Iglesia Católica es la más sorprendida, pero debe reconocer que esta separación ya estuvo anunciada por el mismo Jesús cuando dijo: «Dad a Dios lo que es de Dios y al César lo que es del César». (Mt 22, 21).

En virtud de esta separación, el Estado colombiano trata a la Iglesia Católica en plan de igualdad con todas las otras religiones. Respeta el credo de cada una de ellas, sin preferencia alguna, y se siente con el derecho a conducir la vida de los ciudadanos según su saber y entender, de acuerdo con los principios consagrados en la nueva Constitución.

Así fue como la Corte Constitucional, con fecha 20 de mayo de 1997, resolvió despenalizar la eutanasia «en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto», y en el punto segundo de la Sentencia C-239 pasa a «exhortar al Congreso para que en el tiempo más breve posible y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna».

El tiempo más breve fueron diez años, ya que apenas ahora cursa en el Congreso de la República un proyecto de ley «Por el cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones», cuyos ponentes son los senadores Armando Benedetti y Gina Parody. El proyecto, casi con seguridad, después de algunas modificaciones, se convertirá en ley de la República antes de diciembre de este año.

Este hecho infrenable obliga a todo ciudadano, más al católico, a ponerse al tanto de los hechos y a estudiar las consecuencias que dicha ley traerá para la vida ciudadana.

En este número 12 de nuestra revista Selecciones de Bioética ofrecemos varios artículos en torno a este interesante tema para que les sirvan a los lectores como materia de estudio y reflexión, y de ayuda para irse poniendo al tanto de los alcances de la ley. Uno del Dr. Francesc Torralba, del Instituto Borja de Bioética de Barcelona, España, sobre el «Morir dignamen-

te». Otro del Dr. Robert Spaemann, que lleva por título: «¿Matar, o dejar morir?». Finalmente uno más explícito sobre la historia de la eutanasia: «La eutanasia ayer, hoy y mañana», del jesuita vasco Antonio Beristain.

Dada la importancia del tema procuraremos en los siguientes números de nuestra revista ofrecer otros artículos sobre este asunto de capital relevancia para nuestro país.

ALFONSO LLANO ESCOBAR, S. J.
DIRECTOR DE LA REVISTA

AUTORES

ALFONSO LLANO ESCOBAR, S. J. Nace en Medellín, Colombia (1925). Licenciado en Filosofía y Teología, de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, D.C.; Doctorado en Filosofía, con énfasis en Ética, de la Universidad Gregoriana de Roma; Doctorado en Teología, con énfasis en Moral, del Instituto Alfonsiano de Moral, de la Universidad Lateranense de Roma; estudió Bioética como profesor visitante del Kennedy Institute of Ethics, de la Universidad de Georgetown, Washington D.C. Promotor de la Bioética en América Latina y el Caribe. Cofundador de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética -FELAIBE- y fundador y actual director del Centro Nacional de Bioética -CENALBE-, Bogotá, D. C., Colombia. Colaborador de revistas nacionales e internacionales.

ANTONIO BERISTAIN IPIÑA, S. J. Especializado en temas penales, victimológicos, criminológicos y penitenciarios en Friburgo de Brisgovia y en París; fundador y Director del Instituto Vasco de Criminología; catedrático de Derecho Penal en las Universidades de Deusto, Valladolid, Madrid y Oviedo. Dirigió el Departamento de Derecho Penal, en la Universidad del País Vasco; Director Honorario del Instituto Vasco de Criminología; Presidente del Consejo de Dirección del Centro Internacional de Investigación sobre delincuencia, marginalidad y relaciones sociales; Miembro de varias sociedades nacionales e internacionales. Entre sus libros más recientes se destacan: *Victimología. Nueve palabras clave*; *Protagonismo de las víctimas de hoy y mañana. Evolución en el campo jurídico, penal, prisional y ético.*

ANTONIO ELIZALDE. Nace en Chile; obtuvo el título de sociólogo; Rector de la Universidad Bolivariana, Santiago de Chile; Presidente de la Corporación de Educación para el Desarrollo Sustentable Chile; Director de la revista Polis, Chile.

FLORENCIA LUNA. Master of Arts de Columbia University; Doctora en Filosofía de la Universidad de Buenos Aires; investigadora adjunta del CONICET; docente de la Universidad de Buenos Aires; Coordinadora del área de Bioética de FLACSO; fue presidenta de la Intenational Association of Bioethics; Consejera Temporaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y del Council for Internacional Organizations of Medical Science (CIOMS); Directora y fundadora de la revista *Perspectivas Bioéticas;* autora del ensayo "Bioética, reflexiones desde el sur"; y coautora de los libros *Decisiones de vida y muerte*, y *Bioética*.

FRANCESC TORRALBA. Doctor en Filosofía de la Universidad de Barcelona y en Teología de la Universidad de Cataluña; estudió en la Universidad de Copenhague, Dinamarca y en el Instituto von Humboldt de Berlín. Profesor de filosofía de la Universidad Ramón Llull y miembro investigador del Instituto Borja de Bioética. Entre sus muchas publicaciones están: *Pedagogía del sentido; y Silencio: un reto educativo*.

GUY DURAND. Profesor emérito de la Facultad de Teología de la Universidad de Montreal; Director del Diplomado en Estudios Superiores y fundador de la Especialización en Bioética; en la actualidad dirige investigaciones en Bioética.

JUAN MACIÁ CLAVEL, S. J. Nace en Murcia, España; Profesor de Antropología Filosófica y Bioética; Director de la Cátedra

de Bioética, de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid; Asesor en teología de la Asociación de Médicos Católicos de Japón. Algunas de sus publicaciones son: *La pregunta metafísica en la obra de Unamuno; Estudios hispano-japoneses; Budistas y cristianos; El animal vulnerable;* y *Bioética y Antropología.* En japonés ha publicado: *El futuro de la vida; Anatomía de la moral;* y *Filosofía de la limitación.*

LAURENCE MCCULLOUGH. Bachelor of Art en Historia del Arte del Williams College (1969); Ph.D. en Filosofía de la University of Texas (1975); posdoctorado en The Hastings Center (1976); investigador en el Kennedy Institute of Ethics. Entre sus numerosas publicaciones están: *Defining limits: preventing inappropriate medical intervention in the care of terminally ill patients* (2007); *Constructing a systematic review for argument-based clinical ethics literature: the example of concealed medications* (2007).

RICHARD A. MCCORMICK, S. J. Nació en los Estados Unidos (1922-2000). Fue un destacado teólogo moralista; profesor de ética cristiana y director del Kennedy Institute of Ethics, desde la muerte de su fundador André Hellegers. Entre sus publicaciones más destacadas se incluyen: "Notes on Moral Theology", publicadas en forma regular en *Theologycal Studies* entre 1965 y 1984; *How Brave New World: Dilemas in Bioethics.* Escribió numerosos artículos para la revista *Kennedy Institute of Ethics Journal.*

ROBERT BAKER. Director del Programa de Bioética en The Union Graduate Collage Mount Sinai School of Medicie; coeditor del libro American Medical Ethics Revolution (Johns Hopkins, 1999); publica artículos en el American Journal of Bioethics, Cambridge Healthcare Quartely, The Hasting Center Report y en The Kennedy Institute of Ethics; miembro de la International Association of Bioethics; profesor visitante en la University of Mumbai (India, 2002). Entre sus numerosas publicaciones en el 2005 estan: "Getting Agreement: How Bioethics Got Started" (*The Hastings Center Report*), "A Draft Aggregated Code of Ethics for Bioethicists" (*American Journal of Bioethics*) y "International Bioethics and Human Rights: Reflections on A Proposed Universal Declaration on Bioethics and Human Rights" (*Politics and Ethics Review*).

ROBERT SPAEMANN. Nace en Berlín (1927); obtuvo el título de filósofo; realizó estudios en Münster, Munich, París y Friburgo; Doctor Honoris Causa de las universidades de Friburgo (Suiza) y Navarra (España), miembro del concejo de la revista *Humanitas*; profesor de Filosofía en las universidades de Stuttgart y Heidelberg en cuya cátedra sucedió a Gadamer; hasta su jubilación en 1992 fue profesor en la Universidad Ludwig-Maximilian, München. Autor de numerosos libros y artículos traducidos a doce idiomas, entre los más destacados están: *Críticas de las utopías políticas; Conceptos éticos fundamentales; Lo natural y lo racional*; y *Felicidad y benevolencia.*

Naturaleza de la Bioética*

Guy Durand

Resumen

La fortuna de la palabra «bioética» depende de la historia de las palabras y de las sensibilidades: los lingüistas normalmente distinguen el sentido de las palabras y sus connotaciones. Cuando esta palabra fue creada, se preveía una actividad con características particulares que pretendía ser distinta, al menos en parte, de la moral, de la ética, de la deontología y también de la ética médica. De cierta manera, la práctica de esta disciplina se impuso antes de que la palabra se extendiera sin que nadie se interrogara de manera explícita acerca de su definición, su método, etc. Así, con el fin de seguir el movimiento de la vida, este escrito se dedicará a describir las características de la bioética antes de intentar definirla; y a continuación precisaremos su contenido y su método.

Abstract

The value of the word «bioethics» depends on the history of words and feelings: linguists normally distinguish the sense and connotations of words. When the word bioethics was created, it was meant to be an activity with particular characteristics, at least partly, different from morality, ethics, deontology, and medical ethics. In a certain way, the practical applications of this discipline became well-known even before the word itself was widely used; and before anyone wondered explicitly about its definition, its method, and so forth. Therefore, in order to carry on the dynamics of life, the characteristics of bioethics will be described before trying to define it. Later, its content and method will be specified.

Características

En su historia, la bioética surge de la ética médica, ya que de esta ciencia se desprendía de forma global el estudio acerca de la decisión moral en el campo médico. Pese a las apariencias, la ética médica no se mantenía independiente de las religiones. Ya el juramento de Hipócrates tenía su fundamento en el respeto a los dioses; y la mayor parte de autores y profesores de ética médica, hasta hace muy poco tiempo, en especial en Norte América, eran teólogos. De todas maneras, existía una especie de consenso entre médicos y teólogos interesados en el tema de la ética. La ética médica se centraba en la relación médico-paciente; algunos, incluso, han hablado de una medicina «paternalista» en la que el médico lo decidía todo, en especial, lo que era bueno para su paciente. El médico tomaba en consideración al paciente y en ocasiones a la familia: los aspectos sociales estaban poco presentes. La sociedad y el Estado casi no tenían que ver; el valor principal en esta ética era el respeto a la vida.

Este es el modelo que irrumpió en los años 60 debido a diversas causas. En relación a este modelo, la bioética se instaura como un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático.

* Tomado del libro La bioética. Naturaleza, principios, opciones. De Guy Durand. Editorial Desclée de Brouwer. S. A., Bilbao, España, 1992.

Enfoque secular

Con ocasión de los nuevos descubrimientos en el orden biomédico, es probable que los teólogos sean los primeros alertados por los nuevos temas, tal como lo indica un observador americano M. Siegler. Sin embargo, con rapidez se abre paso una doble toma de conciencia. Los teólogos, por una parte, conscientes de que viven en un mundo pluralista y que se debaten cuestiones de interés para todos los ciudadanos, sienten la necesidad de no encerrarse en un enfoque puramente religioso, menos aún confesional, e incluso quieren secularizar su lenguaje en este tema, por otra parte, otros han percibido su implicación en las cuestiones debatidas: primero los médicos; más tarde los filósofos y los juristas; a continuación los sociólogos y los economistas; en fin, los legisladores e incluso el conjunto de los ciudadanos.

En la búsqueda de un lenguaje común, que trate de encontrar respuestas que sirvan para todos, sin distinción de ideología y de religión, los distintos interesados han adoptado espontáneamente un enfoque secular de la cuestión. La palabra bioética ha sido privilegiada, entre otras razones, por estar menos ligada a un enfoque religioso que la palabra moral.

El enfoque secular no quiere decir que los creyentes no tengan voz ni voto en el asunto, ni que deban arrinconar su fe, al igual que no se pide al resto de ciudadanos que mantengan sus postulados ideológicos al margen, pero se les exige que no vayan con sus creencias por delante, que no argumenten a partir de su fe. El diálogo se sitúa en un plano racional y humano.

Enfoque interdisciplinario

El progreso de orden biomédico implica a los médicos, como primeros responsables, muchos se sienten confusos ante las decisiones que deben tomar. Al practicarse la nueva medicina, cada vez más en equipo, queda desbordado el tradicional diálogo interpersonal paciente-médico. Más aun, otras profesiones se sienten afectadas por la decisión: enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales; también los allegados al enfermo que quieren tener voz en el asunto. En fin, los administradores se sienten implicados, para la asignación de los recursos bajo su responsabilidad.

Todavía algunos médicos quieren definir las reglas del juego y piensan que las decisiones sólo dependen de ellos. Pero más bien parece que, pese a su papel esencial, la reflexión y algunas de las decisiones desbordan a los médicos. Por eso, la bioética quiere tener un enfoque interdisciplinario. No sólo en el sentido benigno de que un interesado privilegiado aproveche la información proveniente de diversas ciencias, sino en el sentido estricto según el cual se precisa de la colaboración y de la interacción de las distintas ciencias para analizar las cuestiones concretas de manera total y tratar de encontrarles una solución adecuada.

Viene a ser significativo el hecho de que la palabra *bioética* sea hoy en día más empleada que las expresiones *ética médica* o *deontología médica. E*stas expresiones designan una disciplina que existe desde siempre: disciplina referida de manera estricta a la responsabilidad ética ligada al ejercicio de la profesión médica. Pero la bioética abre la perspectiva a la investigación y a la implicación de otros profesionales.

Enfoque prospectivo

Una tercera característica de la bioética es su visión prospectiva. En otro tiempo la experiencia tenía rango de sabiduría. La moral era vista como una reiteración del pasado, mera observancia de normas tradicionales. La aceleración del progreso biomédico hizo estallar este mundo. La bioética no quiere dar por sentado que las respuestas tradicionales sean las adecuadas y pretende retornar con nuevos esfuerzos a la discusión y a la reflexión, a fin de encontrar elementos de solución que se adapten a la situación actual y sean prometedores con vista al futuro.

La fortuna de la palabra *bioética* se basa, a mi parecer, en que evoca mejor que la palabra moral esta apertura de espíritu.

Enfoque global

La medicina moderna habla ya de un enfoque global del paciente, y de la salud, para indicarnos que el médico no debe interesarse sólo del órgano enfermo y su disfunción, sino más bien, del conjunto de la persona enferma compuesta de cuerpo y de espíritu, insertada en una familia e influenciada por un entorno más o menos sano. La bioética se abre a una visión todavía más extensa. Quiere tomar en cuenta a la persona en su globalidad y también a la sociedad. La bioética se interesa por la decisión personal, las opciones del enfermo, el diálogo interpersonal, diálogo paciente-médico, y también está interesada en las estructuras sociales y legales instauradas y en las reglas y valores que una sociedad debe imponerse a sí misma.

Enfoque sistemático

Se puede hablar, en fin, de un enfoque sistemático. La bioética no se limita a recomponer pieza por pieza los problemas, independientes unos de otros, sin unión ni coherencia. La bioética es, por una parte, un análisis riguroso y lógico que se desarrolla según un plan ordenado y contiene una serie de etapas ligadas las unas a las otras; por otra parte, es una búsqueda de coherencia, por ejemplo, para la solución de diversos dilemas morales, que se refieren a los mismos criterios o principios básicos. Éste no es el menor de sus desafíos.

En resumen, se puede decir, que la bioética –esto es lo que la nueva palabra quiere evocar– constituye un enfoque original de la realidad biomédica, es decir, un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático. Este análisis abre el camino para una exploración de las definiciones propuestas para la bioética.

Nociones de Bioética

Se han propuesto múltiples definiciones de la bioética, se destaca en cada una de ellas un aspecto concreto. Sin embargo, pocas definiciones han logrado una aceptación unánime. Se les reprocha el ser parciales o demasiado extensas, el ir demasiado lejos o quedar cortas. Por otra parte, nadie está habilitado para definir con autoridad qué es la bioética. Lo mejor, por tanto, puede ser proceder de manera progresiva y presentar varias definiciones.

Definiciones comunes

De entrada, podemos considerar la bioética como parte de la ética en lo que se refie-

re a los problemas planteados por el progreso de las ciencias biomédicas, a los problemas nuevos o a un nuevo enfoque de los problemas antiguos. De ahí esta primera definición general: *La bioética es la búsqueda de una ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso biomédico.*

Es correcta esta definición, si recordamos que la bioética no se limita a una perspectiva individual (decisión personal, diálogo interpersonal), sino que también se preocupa de lo social y de lo comunitario (estructuras sociales instauradas, legislación deseada, opciones de sociedad). De ahí la densidad que debemos reconocer en la siguiente definición inspirada en David Roy: *La bioética es el estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana) en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas.*

Desde este punto de vista, se adivina que la bioética implica fricciones, oposiciones y eventualmente limitación de la libertad. Seamos o no conscientes de ello, la bioética constituye, por tanto, un lugar político en el que la sociedad se enfrenta a su propio futuro. Es un terreno minado por la lucha tras el poder.

Es casi imposible hablar de moral o de ética sin hablar de valores. De esta manera la bioética se encuentra con frecuencia confrontada a «conflictos de valores»: valores múltiples que un individuo quisiera conseguir en una situación, valores diversos u opuestos que quisieran privilegiar a los múltiples agentes implicados en una misma situación.

También podemos proponer la definición siguiente: *La bioética es la búsqueda de soluciones a conflictos de valores en el mundo de la intervención biomédica.*

La solución a un conflicto de valores nos remite siempre a una jerarquía de valores, y por tanto, a una visión del mundo y a una concepción antropológica fundamental. Esto evoca la dificultad de la empresa bioética. Porque, si quisiéramos precisar más la definición, tendríamos que enumerar los valores fundamentales que están en juego, o al menos aquellos que sirven de objetivo o de punto de mira a la reflexión bioética. En este terreno no son nada fáciles los consensos.

Diversas tendencias

Con algunos matices, las tres definiciones anteriores coinciden en alguna forma. Pero si continuamos con la investigación, no podemos dejar de mencionar las divergencias que existen frente a la bioética. Las definiciones precedentes encubren en realidad alusiones y concepciones muy diferentes.

1. Algunos, en efecto, ven la bioética como un simple *marco de reflexión y de investigación interdisciplinaria sobre los desafíos a raíz de los progresos técnico-médicos.* La bioética sólo pretendía reunir, por ejemplo, en grupos de estudio o en congresos, a especialistas de diversas disciplinas. La bioética designaría una especie de *preocupación común,* quedando cada uno libre para tomar sus decisiones y opciones.

2. Si vamos más lejos, otros ven en la bioética un *método de análisis.* La bioética trata de puntualizar los *entramados* del

análisis de casos complejos, los *procesos de toma de decisión* en las situaciones en las que están implicados varios interesados. La bioética está centrada en el análisis de casos y en la solución a dilemas morales, especialmente por el análisis «de costos y beneficios».

3. Pero si tomamos en consideración que la bioética es parte de la ética, o una forma de ética deberemos añadir que es también una *búsqueda normativa.* La bioética trata de orientar la acción, de organizar el ejercicio de las libertades de los ciudadanos, trata en fin de influir en las opciones de la sociedad. Pero también aquí se presenta una doble tendencia:

La primera que podríamos llamar «pragmática» está dominada por la cuestión del consenso. Los que defienden esta tendencia dan por sentado que en un mundo pluralista, *el consenso en cuestiones de fondo (naturaleza del feto, moralidad de la eutanasia activa, etc.) es imposible.* Ellos han desplazado sus esfuerzos hacia la búsqueda de compromisos prácticos, operacionales: la búsqueda de un consenso se apoya en las reglas de juego que permiten la existencia de las diversas opciones éticas, oprimiendo el menor número posible de conciencias. Esta tendencia propone, por tanto, una especie de *ética de mínimos* poniendo unas condiciones aceptables para la gran mayoría de ciudadanos. La siguiente definición del jurista Pierre Deschamps me parece representativa de esta corriente: *«La bioética es la ciencia normativa del comportamiento humano aceptable en el dominio de la vida y de la muerte».* Hay que destacar en esta definición la importancia de la palabra «aceptable». Esta palabra disminuye de manera considerable la diferencia entre *ética* y *derecho.* Tiende a hacer desaparecer las diferencias ideológicas entre los ciudadanos. Invita a concentrarse en la búsqueda del compromiso social.

La segunda corriente que podríamos llamar *idealista,* quiere, sobre todo, destacar la perspectiva *ética* de la palabra y de la reflexión. Sus defensores insisten más que los anteriores en las distintas dimensiones de la ética (búsqueda personal profunda; análisis de principios, de valores y de postulados fundamentales; esfuerzo de sistematización y de coherencia), a riesgo de dictar normas muy exigentes y de sacar a la luz grandes divergencias, renuncia a buscar los compromisos exigidos en el plano social y legal. La definición del filósofo belga François Malherbe va en ese sentido, aunque no de manera totalmente explícita: *La bioética es el estudio de las normas que deben regir nuestra acción en el terreno de la intervención técnica del hombre sobre su propia vida.*

Si quisiéramos precisar aún más la definición, tendríamos que enumerar los principios de base o los valores fundamentales que están en juego. A mi parecer, éstos se refieren en definitiva al respeto y desarrollo de la persona humana. Esta afirmación implica primero el respeto y la protección de personas concretas: su libertad, su autonomía, su inviolabilidad, su calidad de vida. Incluye también el respeto y la promoción de la vida humana en sí misma, y por tanto, del sentido de la persona, a mediano y largo plazo. La opción hecha por una persona puede implicar una degradación del sentido de la persona. De ahí la siguiente definición que subraya el aspecto objetivo o estructural de la persona humana: *Llamamos bioética a la búsqueda del conjunto de exigencias de respeto y de*

promoción de la vida humana y de la persona en el sector biomédico.

Puede parecernos idílica una visión tan exigente de la bioética. Lejos de lograr el consenso, ella se conforma a menudo con menos. Pero posee su lógica y su necesidad.

Incluso para algunos autores es la única visión válida. Así por ejemplo, el sociólogo francés François Isambert denuncia lo que a menudo hay de ligeramente «hipócrita» en el empleo de la palabra «bioética». De hecho, afirma en un artículo de 1986, no se trata tanto de ética sino de una especie de control de parte de los semejantes, destinado a asegurar una cierta prudencia y moderación. «Finalmente, es todo aquello que la investigación o las aplicaciones de las ciencias de la vida tienen que ver con las incidencias humanas, las cuales incluyen no sólo a las estrictamente médicas, y que para ser motivo de debate ha sido bautizado como «ética». En este sentido, el filósofo americano Daniel Callahan, analizando el fenómeno de la *ética minimalista,* en un artículo de 1981, pone en guardia en contra de la reducción operada en esta corriente de pensamiento. Otros como el jurista francés Christian Byk, en su informe de su misión en América del Norte en 1986, se pregunta incluso si de verdad se trata todavía de ética y si no se minimiza de manera peligrosa el contenido de las palabras.

Ciencia o sabiduría

¿Es la bioética una ciencia? ¿Debemos incluir la palabra ciencia en su definición?

Poco importa, a mi parecer, que la consideremos como ciencia al mismo nivel que las matemáticas y la física, o que la llamemos ciencia igual que a la filosofía o a la psicología. Poco importa, siempre que no la reduzcamos a un simple marco de reflexión y de búsqueda interdisciplinaria, ni a un simple método de análisis, sino que le reconozcamos la condición de disciplina autónoma y de verdadera búsqueda normativa.

Por otra parte, más allá de la condición de ciencia, tendríamos que hablar de sabiduría. En efecto, lo que nuestro mundo –mundo de técnica, de producción y de consumo- necesita para lograr la supervivencia del ser humano, es una palabra de sabiduría, una visión de sabiduría.

Contenido y amplitud

Para continuar la ilustración sobre lo que es la bioética, nos ayudará destacar el contenido y precisar el campo en el que se ejerce. Para ello creo oportuno distinguir tres aspectos complementarios: los temas, las dimensiones, y las partes integrantes.

Temas incluidos

No podemos definir con autoridad el objeto de la bioética ni su amplitud. Sin embargo una lista de temas tratados puede ilustrar el terreno.

Algunos temas son aceptados por todos. Todos los autores e interesados consideran que corresponden a la bioética y constituyen el núcleo central de la misma:

- Eutanasia, tenacidad terapéutica, reanimación, la verdad al enfermo, derecho a la muerte.
- Aborto, diagnóstico prenatal, consejo genético, eutanasia fetal.

- Esterilización de los subnormales, eugenesia.
- Experimentación con seres humanos, con embriones.
- Inseminación artificial, fecundación artificial, banco de esperma, niños-probeta.
- Manipulación genética.

Algunos autores amplían más todavía el campo de la bioética incluyendo en él otros temas como:

- Suicidio, ayuda al suicida.
- Trasplante de corazón, de riñón, etc.
- Transexualidad.
- Alquiler de recursos limitados.
- Política de la salud.

Otros, en fin, incluyen en el campo de la bioética los más diversos temas sobre los que se impone una reflexión ética:

- La contracepción.
- El crecimiento demográfico y su control.
- La investigación y desarrollo de armas biológicas y químicas, y la guerra.
- La tortura.
- La pena de muerte.
- La contaminación.

Creo que se está desbordando el campo de la bioética. Pero ¿quién puede decidir al respecto? Podríamos quizás concluir que estos últimos temas pertenecen a la periferia.

Doble dimensión

Hablando del enfoque global, propio de la bioética, he citado antes las dimensiones individuales y sociales de esta reflexión. Es importante volver al tema para concretar el contenido.

La bioética se preocupa de casos individuales. Interviene en la decisión personal del paciente y de los interesados, en su diálogo y en la decisión adoptada al final. También concierne a la reflexión del investigador y su diálogo con los temas de investigación. Este es el campo de la *microética.*

Pero la bioética se preocupa también del impacto de estas decisiones en la sociedad y del impacto de la sociedad en los individuos. La bioética estudia el equilibrio de los derechos, las estructuras sociales y legales instauradas; resumiendo, trata de las condiciones estructurales de promoción de las personas y sociedades, en los marcos sociales, económicos, políticos y culturales de las decisiones personales: esto es la *macroética.*

Partes integrantes

Tras haber practicado algo como un corte *horizontal* para determinar el contenido de la bioética, nos queda por seccionar el corte *vertical*, es decir, enumerar las diversas partes del trabajo de reflexión y práctica propia de la bioética. Algunos tienden a mostrar preferencia por los análisis de casos (a veces incluso reduciéndolos a una evaluación pragmática de costos y beneficios), otros optan por la elaboración de principios directrices. Unos ven la bioética como una aplicación práctica y excluyen de ella todo lo que es teoría y búsqueda fundamental, mientras otros replican que se puede analizar la práctica sin referirse a la teoría. De hecho, parece que la bioética debe incluir el

conjunto de las reflexiones sobre las cuestiones de orden biomédico. No veo, por tanto, cómo pueda justificarse la exclusión de uno u otro aspecto.

Desde esta perspectiva podemos distinguir cinco aspectos de la reflexión o del trabajo en bioética. Estos pueden considerarse como etapas progresivas de una misma reflexión o como funciones o tareas complementarias de la misma reflexión global.

- Análisis de casos, solución de dilemas morales (incluyendo, aunque no exclusivamente, el análisis de «costos y beneficios», de riesgos y ventajas).
- Elaboración de esquemas de análisis o de procesos de toma de decisión.
- Establecimiento de principios directrices con miras a una institución o a una «unidad de trabajo» , elaboración de hitos de acción, protocolos de intervención, orientaciones o filosofía de intervención.
- Reflexión teórica acerca de los principios y valores en juego. La bioética se preocupa aquí de teorías morales, de una reflexión sobre la interdisciplinariedad, etc. La bioética interesada en los conflictos de valores, se preocupa de la jerarquía de valores. Eventualmente incluye la crítica de estructuras y de legislaciones.
- Análisis de las bases (filosóficas y teológicas) de la bioética, y por tanto, de la ética en sí misma.

Cada participante no tiene porqué necesariamente realizar todas estas tareas. Es evidente que todos no estarán preparados para abordar cada una de las partes integrantes de la bioética. El campo de trabajo no es restringido. La amplitud de la tarea remite, una vez más, a la necesidad de la interdisciplinariedad. Es importante que nadie quiera acaparar toda la bioética y limitarla a su especialidad o a la tarea que le interesa.

Método y formación

Al contrario de lo que sucede con otras disciplinas científicas, la bioética, según algunos autores, no ha definido todavía su método, aun cuando las características señaladas, especialmente la interdisciplinariedad, contengan ciertos elementos metodológicos.

Sin embargo, es posible que nunca se llegue a definir este método. Quizás haya diversos métodos, válidos todos, puestos en práctica por diferentes participantes. Pero sobretodo es posible que haya múltiples métodos que deben ser puestos en práctica en diversas etapas de la reflexión bioética o que, dicho de otra manera, serían requeridos por las diversas funciones de la bioética.

Pocas son las universidades que ofrecen un programa de estudio de bioética con un diploma específico. ¿Quiere esto decir que solamente los diplomados serían «bioéticos»?, ¿o que sólo habría un único modelo de formación en bioética? No parece que sea esta la opinión más extendida. Puede practicarse la bioética –e incluso llegar a ser experto en bioética– a partir de horizontes disciplinarios diversos. Lo esencial es poseer la preocupación bioética, agotar su proyecto y darse a sí mismo una formación progresiva. Un trabajo realizado en grupo será un instrumento precioso de formación, al igual que la participación en algunos cursos básicos.

Pero hay que insistir en que llegar a ser un verdadero especialista en la materia exige mucho tiempo, trabajo y energía. Uno no puede otorgarse a sí mismo el título de *bioético* más que con temor y temblor.

"La bioética no quiere dar por sentado que las respuestas tradicionales sean las adecuadas y pretende retornar con nuevos esfuerzos a la discusión y a la reflexión, a fin de encontrar elementos de solución que se adapten a la situación actual y sean prometedores con vista al futuro". **GUY DURAND**

"Es casi imposible hablar de moral o de ética sin hablar de valores. De esta manera la bioética se encuentra con frecuencia confrontada a «conflictos de valores»: valores múltiples que un individuo quisiera conseguir en una situación, valores diversos u opuestos que quisieran privilegiar a los múltiples agentes implicados en una misma situación". **GUY DURAND**

"Pero la bioética se preocupa también del impacto de estas decisiones en la sociedad y del impacto de la sociedad en los individuos. La bioética estudia el equilibrio de los derechos, las estructuras sociales y legales instauradas; resumiendo, trata de las condiciones estructurales de promoción de las personas y sociedades, en los marcos sociales, económicos, políticos y culturales de las decisiones personales: esto es la *macroética.*". **GUY DURAND**

La Bioética en América Latina y el Caribe (1)

Alfonso Llano Escobar, S. J.

Resumen

El autor inicia el tema con el nacimiento de la Bioética y su impacto en la cultura universal contemporánea; continua con la historia de la Bioética en América Latina y el Caribe, que para él se desarrolla en dos etapas: el «trasplante» caracterizado por la copia sin modificaciones del modelo principialista y la «consolidación» en la que se da un intenso desarrollo de la bioética aplicada a los problemas de la región. Además, el autor ofrece información actualizada sobre la bioética en América Latina y el Caribe enfatizando en sus fortalezas para mejorarlas y sus falencias y limitaciones para corregirlas y superarlas.

Abstract

The author addresses firstly how bioethics emerges and secondly what is the impact of that discipline in the contemporary culture. After that the author presents the history of bioethics in Latin-American and the Caribbean. He distinguishes two phases in that history; namely, the «transplant» phase, in which the principialist model is appropriated in a pure way, and the «consolidation» phase, in which bioethics is progressively applied to regional problems. This article offers updated information about bioethics in Latin-American and the Caribbean stressing on both how intellectual strengths might be improved an how intellectual weaknesses might be overcome.

I. Ubicación del tema: nace la Bioética

La Bioética nació en los Estados Unidos, en la segunda mitad del siglo XX, como un «producto» típico de Norteamérica, concretamente como una «nueva ética», con características norteamericanas y para solucionar problemas norteamericanos.

Inclusive, no nació como una sola Bioética; más tarde se multiplicaría. Ya en su origen, 1971, encontramos dos tendencias bien distintas, a saber:

Primera, la de Van Rensselaer Potter quien acuña el vocablo, y la presenta en su libro «Bioethics, Bridge to the Future» (2), allí lanza la idea de una nueva disciplina y de un movimiento mundial a favor de la vida y del medio ambiente en peligro. Concibe la Bioética «en emergencia», como un diálogo entre dos culturas o saberes, el científico y el ético, con miras a la supervivencia del hombre y del planeta Tierra.

Segunda, la del Kennedy Institute of Ethics, de la Universidad de Georgetown, en Washington, dirigido por el médico holandés André Hellegers. El mismo año en que Potter lanza su libro y su propuesta de una nueva disciplina, 1971, Georgetown formaliza la Bioética y la institucionaliza,

al darle soporte académico y la enfoca como una ética médica, principialista, tendencia que va a prevalecer en los Estados Unidos en las siguientes décadas, 1970-2000.

La Bioética nace en un contexto científico (3), en un marco secular (4) –es decir, no religioso–, como un intento de humanizar la nueva biotecnología, en rápido crecimiento, y de darle cabida al paciente, como persona, para efectos prácticos en la toma de decisiones (5) que tienen que ver con su tratamiento.

2. Impacto de la Bioética en la cultura universal contemporánea

Es posible que ninguna otra área de estudio y del saber humano, en la historia reciente de la cultura universal, distinta de la Bioética:

- Se ha desarrollado con tanta rapidez.
- Ha cambiado tanto, en quien la estudia, la forma de ver y manejar la realidad presente.
- Abarca más zonas de interés, no sólo del profesional, sino del hombre medio, culto.
- Está llamada a ejercer un influjo de mayor importancia en la vida pública.
- Caracteriza y refleja con más fidelidad la época contemporánea.

Los dos componentes esenciales de la Bioética: *Bios* y *Ethos*, son quizá los dos tópicos por los cuales el hombre actual demuestra mayor interés.

Bios: aquí presentamos algunos vocablos que se han vuelto temas de la vida actual:

- Culto al cuerpo físico, yoga, aeróbicos, sexo, erotismo, vida, amor, salud.
- Derecho a la vida, clínicas, hospitales, centros de salud, unidades de cuidado intensivo.
- Célula, genoma humano, biotecnologías, biología, genética, feto.
- Turismo, viajes, placer, felicidad, libertad, autonomía, entre otros.

Estos términos y sus conceptos correspondientes, se han convertido en palabras y hechos que interesan y apasionan a todo ser humano.

Ethos: la ética se ha convertido en los últimos años en un término universal, usual, interesante, digno de estudio, en cuanto conducta humana, buena o mala moralmente. Es un término más propio de una sociedad secular, autónoma y pluralista, que el de «moral», el cual era más común antes y de cierto sabor religioso. Otros tópicos relacionados con la ética son: valores, dignidad de la persona humana, conciencia, libertad y responsabilidad, entre otros.

Con estos datos, que nos sirven para ubicar el tema de la Bioética Latinoamericana, pasemos a ocuparnos de su origen y desarrollo, según nuestro limitado y modesto conocimiento. Desde ya presentamos excusas por las omisiones involuntarias.

Daremos algunos datos generales del origen de la Bioética Latinoamericana, para luego, ocuparnos de algunas etapas y hechos de cada uno de los principales países.

3. Primera etapa de la Bioética en América Latina y el caribe: «el trasplante»

3.1 Antecedentes

Por el desarrollo inusitado de la Bioética, primero en Argentina, luego, en su orden, en Colombia, Chile, México, Brasil y demás países latinoamericanos y del Caribe, estos «trasplantaron» la Bioética sin atender a la diferencia de «tierra» y sin preguntarse si dicha «planta» «pegaría» en países de tierras tan distintas, y sin averiguar si esta nueva «planta» (medicamento) era apta para curar los males, tan diversos, de estos pueblos.

Aquí nos ocuparemos del nacimiento y desarrollo de la Bioética en Latinoamérica, en su sentido amplio, vale decir, América hispana, además de Brasil y de las islas del Caribe.

Advertimos que son mayores las diferencias culturales, políticas y aun religiosas, que los comunes denominadores de estos 25 o 30 países –pobreza, subdesarrollo, violencia, inestabilidad política, religión–. Vamos a tratar de indicar algunos datos históricos del nacimiento y desarrollo de la Bioética en Latinoamérica, procurando hacer énfasis en sus fortalezas y falencias. Nuestro estudio, objetivo y justo en la medida de lo posible, aparte de ofrecer una información actualizada a los eruditos y no eruditos, a los bioeticistas latinoamericanos o no, pretende ofrecer, en especial a los iberoamericanos, por una parte, unos datos y unas reflexiones que los hagan tomar conciencia de las fortalezas de la Bioética en América Latina, para apropiarlas y mejorarlas y, por otra parte, una breve visión de sus falencias y limitaciones, para corregirlas y superarlas, en la medida de lo posible.

Un antecedente de la Bioética en Latinoamérica, digno de tenerse en cuenta, es la enseñanza de la ética y de la deontología médica, promovida por la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, FEPAFEM, en las numerosas escuelas de medicina de los diferentes países hispanos. Tal enseñanza (de la ética médica) sirvió para que luego se convirtiera en Bioética (médica), hecho positivo, a pesar de esta reducción a Bioética médica; ésta fue la tendencia que prevaleció en los primeros lustros, primero en Estados Unidos, y luego en los países latinoamericanos, que en forma parecida a los europeos, y de otros continentes, no hemos hecho otra cosa que copiar y «trasplantar» el modelo norteamericano.

La Bioética, como tal, fue desconocida en nuestros países en la primera década, 1970-1980, época de su aparición en los Estados Unidos; fuera del desarrollo de las humanidades y de la ética, y de algunas alusiones a la Bioética en las aulas de medicina, en Argentina y en Colombia y, posiblemente, en otros países, no hubo más avances en esta área.

3.2 Contraste entre dos culturas (6)

La problemática sociopolítica nuestra, a través de los siglos XIX y XX, difería no poco de la de los Estados Unidos. Aunque se trataba de 27 Estados que acababan de estrenar su independencia de España o Portugal –como los Estados Unidos de Norteamérica, de la Gran Bretaña–, nosotros veníamos con el lastre de la pobreza, el subdesarrollo y de la dominación de las

minorías políticas y económicas que explotaban a los nativos y a las etnias indígenas, impidiendo así el establecimiento de verdaderas democracias. Por otra parte, el desarrollo científico, en concreto el de la medicina era escaso por la falta de recursos humanos y financieros.

La moral católica (fuente de la ética médica en muchos de nuestros países latinoamericanos) dirigió la vida privada y pública de casi todos los Estados durante los lentos siglos de la Colonia.

La secularización, de origen europeo, pronta y revolucionaria en algunos países latinoamericanos (México, Uruguay, Chile, entre otros), tardía y acelerada en otros, (por ejemplo, Colombia, Ecuador y Venezuela) trajo la disminución de la autoridad pública y privada de la Iglesia Católica y de la moral que ella predicaba, sin que dicha moral fuera sustituida por una ética civil, como dice De Roux en 1992, capaz de frenar los abusos de los políticos de turno y de los ricos terratenientes, y de controlar la dilapidación de las riquezas naturales y de los recursos del medio ambiente.

3.3 La revolución Bioética

Como observa Mainetti, del *Bios* (tecnificación de la vida), y del *Ethos* (secularización de la moral), se constituye el cambio histórico que resulta del progreso biotecnológico de los Estados Unidos de Norteamérica y del carácter liberal y secular de la ética protestante. Estos dos hechos *contrastaban*, no poco, al hacer el «trasplante» de la Bioética norteamericana a nuestros países, con la cultura «pretécnica» y la moral religiosa de los países latinoamericanos.

No sobra advertir que al hacer el «trasplante» de la Bioética Norteamericana –médica, principialista, utilitarista– a nuestros países no se tuvo en cuenta este contraste, desconocimiento que puede explicar las muchas dificultades que se experimentaron en esta primera etapa, para la aceptación, estudio y difusión de la Bioética en Latinoamérica.

Más concretamente, «trasplantar» la Bioética Norteamericana, ocupada en humanizar una biotecnología de avanzada, e inspirada en una ética anglosajona, a estos países poco desarrollados tecnológica y culturalmente, influenciados con fuerza por la moral católica, con una tradición médica, hipocrática y paternalista, no podía menos que encontrar serias dificultades, por citar algunas:

- Que la Bioética no despertara interés, en un comienzo, por ser un producto norteamericano.
- Que no se entendiera con claridad por qué y cuándo se empezó a «trasplantarla».
- Que no se supiera utilizarla ni aplicarla.
- Que empezara a ser conocida y estudiada sólo como una nueva ética médica, como fue el caso de Argentina y Venezuela y, en parte, Colombia.
- Que los gobiernos y universidades la desconocieran en esta primera etapa.

No es raro entonces que Mainetti escribiera, refiriéndose a esta primera etapa, 1980-1990: «La institucionalización de la Bioética, la creación de centros de investigación, cátedras universitarias, comités de ética –léase Bioética– en los hospitales,

Comisiones Nacionales de Bioética, etc. es hasta el momento –1990– poco significativo, y desde luego, tampoco se cumplen programáticamente las tres funciones principales de los estudios bioéticos: educativa, asistencial y política». (7)

3.4 «El trasplante» y el primer desarrollo de la Bioética en América Latina y el Caribe

3.4.1 Argentina da los primeros pasos

El médico argentino José Alberto Mainetti, gran humanista, miembro fundador de la Fundación José María Mainetti, radicada en la localidad de Gonnet, cerca de la ciudad de La Plata, Argentina, tiene el mérito de haber iniciado el movimiento de la humanización de la medicina, que precedió al «trasplante» de la Bioética, de los Estados Unidos a América Latina en la década del 70 al 80 del siglo pasado. Mainetti, inspirado en otro gran humanista, el español doctor Pedro Laín Entralgo, fundó en Gonnet, en 1972 el Instituto de Humanidades Médicas, que pronto difundió sus ideales humanísticos en el cono sur de Latinoamérica, a través de conferencias, cursos y de la revista Quirón.

A principios de la década del 80, Mainetti visitó el Kennedy Institute of Ethics de la Universidad de Georgetown, en Washington, y empezó a invitar a notables bioeticistas de dicho Instituto para que dictaran conferencias en su Instituto de Humanidades, entre ellos, a Edmund Pellegrino, Tristram Engelhardt, James Drane y otros.

Más adelante, a finales de los ochenta (1988) Juan Carlos Tealdi, con el respaldo de Mainetti, fundó y organizó la Escuela Latinoamericana de Bioética, -ELABE-, en la cual se dictó durante varios años un programa de enseñanza de Bioética, de dos meses de duración, con la colaboración de notables bioeticistas del Kennedy Institute of Ethics, de Washington, programa que contribuyó en la difusión y conocimiento de la Bioética en los países del cono sur.

3.4.2 Colombia entra en acción

En la década 1970-80, sin que se conociera públicamente la Bioética en Colombia, se inició un movimiento de humanización de la medicina, propiciado por grandes humanistas de Bogotá, D. C. y Medellín, que dieron comienzo a nuevas escuelas de medicina, para superar los desmanes de los estudiantes de las escuelas públicas de medicina de dichas ciudades, eco de las célebres revueltas (1968) universitarias de Europa. Estos humanistas, al fundar las escuelas de medicina, se esforzaron en ir más allá de la ciencia, para contribuir a la formación integral del futuro galeno. Vale la pena mencionar a personalidades de la talla de Fernando Sánchez Torres, Jaime Escobar Triana, Juan Mendoza Vega y muchos otros.

En este proceso de humanización de la medicina, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, más conocida en Colombia por su sigla ASCOFAME, filial de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, FEPAFEM, contribuyó notablemente no sólo con el diseño e implantación de un programa de enseñanza de la ética médica en todas ellas, sino con el énfasis ético en la formación integral que debía darse a todos los estudiantes de medicina. En la difusión e implementación de la Bioética médica en las escuelas y facultades de

medicina de Colombia (21) el director de ASCOFAME, durante muchos años, doctor Abel Dueñas Padrón, merece una mención honorífica.

Ya en la década del 80-90 y sin especial conexión con Argentina, el profesor Fernando Sánchez Torres, quien había sido decano de medicina y rector de la Universidad Nacional de Colombia, fundó en diciembre de 1985, con un grupo de profesionales de diversas ramas, el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos, ICEB, el cual ha mantenido desde entonces un seminario de estudios bioéticos, que perdura hasta la fecha (2007).

Resumiendo lo dicho hasta aquí. Dos hechos esporádicos, independientes y muy valiosos, jalonaron la primera etapa, 1980-1990, de «trasplante» de la Bioética de Estados Unidos a Latinoamérica: la Escuela Latinoamericana de Bioética, ELABE, en La Plata, Argentina (1988) y el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos, ICEB, en Bogotá, D. C., Colombia (1985).

4. Segunda etapa: consolidacion de la Bioética en América Latina y el Caribe

La segunda etapa, 1990-2000, se caracteriza por un intenso desarrollo de la Bioética en todos los países latinoamericanos y del Caribe, debido, a nuestro juicio, a tres hechos:

Primero, la publicación de un número del boletín de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, que luego apareció en formato de libro, dedicado a la Bioética, a principios de la década del noventa, que le dio «carta de presentación formal» a la Bioética en todos los países latinoamericanos y del Caribe.

Segundo, la fundación de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética, FELAIBE, que ayudó a organizar los primeros centros e institutos de Bioética en varios países de América Latina y el Caribe e identificó en cada país a un líder de esta disciplina para su promoción y difusión.

Tercero, la fundación en Santiago de Chile, por parte de la OPS, del Programa Regional de Bioética, hoy Unidad de Bioética.

Digamos unas palabras de cada uno:

4.1 Hitos históricos

4.1.1 Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, OPS

En 1991, Susan Scholle Connor y Hernán Fuenzalida-Puelma, de la OPS, en Washington, publicaron un número del Boletín de la OPS, con una serie de artículos sobre diversos temas de Bioética, escritos por notables autoridades en la materia, y por su importancia y amplia difusión, se presentó y se dio a conocer de manera formal la Bioética en América Latina y el Caribe.

Ejemplares de este boletín y luego del libro llegaron a las ciudades y rincones de nuestro continente, y fueron devorados literalmente, por médicos y profesionales de la salud, interesados en hacer una primera aproximación a tan novedosa disciplina. Pronto invitaron a bioeticistas de los Estados Unidos para dictar conferencias sobre un tema de tanta importancia y actualidad en la vida nacional.

4.1.2 Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética, FELAIBE

En 1990, mientras yo trabajaba, en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-, fundé el Centro Nacional de Bioética -CENALBE-, que se ha preocupado, desde ese momento, por el estudio y difusión de la Bioética dentro y fuera de Colombia. En el año 2000, CENALBE, hoy vinculado al Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana, contribuyó con eficacia a la fundación de la Asociación Nacional Colombiana de Bioética -ANALBE-, y a la creación de la Comisión Intersectorial de Bioética, aprobada por Decreto Presidencial en junio de 2001.

En 1991, CENALBE, bajo mi dirección y con la colaboración de FEPAFEM, con sede en Venezuela y dirigida por el doctor Pablo Pulido y ELABE en Argentina con el doctor José Alberto Mainetti, nos reunimos en junio del mismo año, en Caracas, para fundar en diciembre, en Gonnet, Argentina, la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética, conocida por su sigla FELAIBE; «más para promover la fundación de institutos y centros de Bioética en todos los países latinoamericanos, que para federar lo que todavía no existía». CENALBE, para dar a conocer a FELAIBE, organizó a partir de su fundación, foros y asambleas anuales en diversos países del continente americano y el Caribe.

Por el rápido crecimiento de la Bioética en estos países, FELAIBE empezó en 1995 a organizar congresos latinoamericanos de Bioética, con mucho éxito, en orden a promover el conocimiento y la difusión de la Bioética. El primero se tuvo en Sao Paulo, Brasil, en 1995; el segundo en Bogotá D. C., Colombia, en 1998, con la asistencia de mil quinientas personas; el tercero en la ciudad de Panamá en el año 2000; el cuarto en San Juan de Puerto Rico, Puerto Rico en el año 2003; el quinto, dada la división interna de FELAIBE, se realizó de manera simultánea en Quito, Ecuador y en la ciudad de Panamá; y el sexto y último en Córdoba, Argentina en junio de 2007.

FELAIBE publica cuatro veces al año un Boletín, con el nombre de BIO-VINCULO, que da a conocer las diversas actividades de la Bioética en América Latina y el Caribe.

CENALBE, en Colombia, cuenta también con el mérito de haber iniciado en 1995 los Programas de Especialización en Bioética, el primero de los cuales fue elaborado y dictado por CENALBE en la Universidad de El Bosque, en Bogotá, D. C. A partir de abril de 2002, CENALBE y el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana publica la revista Selecciones de Bioética.

En la actualidad se dictan diplomados y posgrados de Especialización y Maestría en las ciudades de Bogotá, D. C., Cali y Medellín. En el presente año (2007), la Universidad de El Bosque cuenta con un Programa de Doctorado en Bioética, el primero de este género que se dicta en el país y posiblemente en Latinoamérica, siendo, hoy por hoy, Colombia el país donde se dictan más cursos de posgrado en Bioética en América Latina.

4.1.3 Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud, OPS

Otro hecho decisivo que ha contribuido al desarrollo de la Bioética en América

Latina y el Caribe ha sido la fundación, a finales de 1994, en la ciudad de Santiago de Chile, del Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en estrecha colaboración con la Universidad de Chile.

Registramos con complacencia que el Programa Regional de Bioética de la OPS ha contribuido sobre manera a una sólida difusión de la Bioética en todos los países latinoamericanos y del Caribe. Fuera del apoyo conceptual y económico a múltiples actividades organizadas por diversos países, el Programa Regional, hoy Unidad de Bioética para Latinoamérica, de la OPS, viene ofreciendo a profesionales de diversas ciencias, a partir de 1996, una Maestría en Bioética, bajo la acertada dirección del profesor Diego Gracia Guillén. Esta Maestría, hoy día en su quinta edición, se dicta en la ciudad de Cuyo, Argentina, y marca un verdadero hito en el sólido estudio y profundización de la Bioética en Latinoamérica.

En los últimos años (1998-2007) el Programa Regional o Unidad de Bioética de la OPS, se encuentra bajo la acertada dirección de un verdadero *scholar,* el profesor Fernando Lolas Stepke.

En resumen, la segunda etapa de arraigue y amplia difusión de la Bioética en casi todos los países de América Latina y el Caribe, se debió, según dijimos, a tres hechos principales:

- El Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, OPS sobre Bioética, difundido en toda Latinoamérica en forma de revista y luego de libro, en 1990.
- La fundación de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética -FELAIBE-.
- El Establecimiento del Programa Regional de Bioética, de la OPS, con sede en Santiago de Chile.

5. Rápida difusión de la Bioética en América Latina y el Caribe

Veamos, así sea a vuelo de pájaro, la notable respuesta que dieron algunos países latinoamericanos y del Caribe, a estos tres hechos que acabamos de mencionar.

A partir de 1991, año en que se fundó FELAIBE, el presidente de ella recorrió los principales países de América Latina y el Caribe, dando a conocer la Bioética e invitando a fundar centros e institutos de Bioética. En cada sitio que visitó, identificó a un líder que se hiciera cargo del estudio y difusión de la Bioética en su respectivo país para que asistiera a los foros y asambleas anuales de FELAIBE. El primer foro o encuentro se tuvo en Gonnet, Argentina, en diciembre de 1991, año y sitio de la Asamblea Fundacional; el segundo, 1992, en Villa de Leyva, Colombia; el tercero, 1993, en Lima, Perú; el cuarto, 1994, en Guanajuato, México; el quinto en Sao Paulo, Brasil, 1995, donde el sencillo encuentro de años anteriores se convirtió en el Primer Congreso Latinoamericano de Bioética de repercusiones continentales.

Hoy día se organizan simposios, jornadas, foros, congresos de Bioética, de alcance nacional y aun continental, en casi todos los países de Latinoamérica y el Caribe.

FELAIBE, cumplida su misión de promover la Bioética en Latinoamérica y el Cari-

be, prácticamente desapareció del escenario durante el ejercicio de la presidencia del odontólogo panameño Eduardo Souza-Lennox. Fue sustituida por la Red Latinoamericana de Bioética, fundada por el doctor Volnei Garrafa, en Brasil, en el 2004. ¡Enhorabuena!

6. Pros y contras

Siendo honestos y sinceros tenemos que confesar que para la fecha, 2007, la Bioética en Latinoamérica y el Caribe presenta grandes avances y méritos acompañados, como era de prever, de algunas fallas y deficiencias.

Empezando por las fallas debemos reconocer las siguientes:

- Actividad múltiple, desordenada y falta de unificación de recursos humanos y económicos.
- Algo de improvisación e inconstancia: se repite, se omite, se suspende una obra, centro, revista, curso de posgrado, etc.
- Falta de una identidad propia latinoamericana y del Caribe. Tendemos a repetir lo que se hace en otros países, en especial en América del Norte y España, sin buscar ni proponernos una Bioética propia, con fundamentación, tendencias, temas y problemas propios.
- Falta de interés en la Bioética de parte de algunos Estados. En América Latina y el Caribe predomina la Bioética educativa y asistencial, cultivada en forma de comités, comisiones, centros, institutos, publicaciones, programas de pre y posgrado, entre otros, todo esto es organizado, en buena parte, por universidades y hospitales. Pero contamos con muy poca Bioética política. Los Estados, ocupados en problemas urgentes y graves de orden público, político y económico, no alcanzan a prestar atención y financiación a la legislación y al establecimiento de las respectivas Comisiones o Consejos Nacionales de Bioética. Existe más Bioética política y pública en los Estados Unidos y en Europa que en nuestros Estados latinoamericanos y del Caribe.

Entre los méritos, justo es reconocer:

- Que a pesar de los escasos recursos económicos y científicos, la Bioética se ha desarrollado en casi todos los países de Latinoamérica y el Caribe.
- Que se han organizado en diferentes países cursos de posgrado de especialización, maestría y doctorado.
- Que para la fecha (2007) casi todos los países de Latinoamérica y el Caribe vienen organizando diversas actividades de Bioética, por citar algunas, congresos, foros, paneles, jornadas, simposios, revistas, libros, institutos, comités hospitalarios, centros, asociaciones nacionales de Bioética, hasta el punto que casi todos estos países cuentan hoy en día con todas o casi todas estas actividades.

Notas y referencias

1. Que sepamos, por razones históricas, existen por lo menos cuatro *Américas*, bien distintas en extensión y cultura, que tienen como común denominador el nombre de América. A esta conclusión llegó Florencio Galindo en su valioso estudio sobre «El Fenómeno de las Sectas Funda-

mentalistas». La conquista evangélica de América Latina, editorial Verbo Divino, Navarra, España, 1994. Dice así: «La realidad es que existen cuatro *Américas*, cada una de las cuales representa históricamente un territorio, una experiencia, un estilo, un modo de ser propio; cuatro *Américas*, que buscan, por diversos caminos, su forma propia de expresión, su cultura: la América indohispana, con una superficie de 14.000.000 de Kms. cuadrados; la América portuguesa (Brasil) con 8.500.000 Kms. cuadrados, la América inglesa o anglosajona (USA) con 9.300.000 Kms. cuadrados, y la América anglofrancesa (Canadá) con 9.000.000 de Kms. cuadrados. Sólo la primera tiene que ver con Colón; la historia de las demás comenzó años, aun siglos más tarde». En este estudio nos referiremos a las Américas indohispana y portuguesa, que solemos denominar América Latina, a la cual se añaden los países del Caribe. El nombre de América «se aplica por primera vez al Nuevo Mundo en la «Cosmographiae Introductio» en Saint-Dieu (Los Vosgos, Lorena) el 25 de abril de 1507, por exagerada gratitud al cartógrafo italiano Américo Vespucci: texto del poeta Matthias Ringmann; mapa adjunto, del cartógrafo lorenés Martin Waldseemüller». F. Galindo, ibidem, p. 95.

2. Potter, Van Rensselaer «Bioethics, Bridge to the Future», Prentice Hall, 1971.

3. En el McArdle Laboratory Department of Oncology, de la Universidad de Wisconsin.

4. El ambiente secular, vale decir, no confesional, quiere poner de relieve el hecho de que esta nueva ética no está elaborada por representantes de ninguna religión. Más aún: no se puede decir siquiera que esté elaborada, ya que una de las características de la nueva ética o Bioética consiste en que no está terminada, en forma definitiva, ni posiblemente lo estará. Se sigue trabajando en ella, de manera especial en las universidades. Sin pretender encerrarla en las cuatro paredes de una definición, podría servir de orientación la aproximación, algo maquillada, que ofrece la Unidad de Bioética de la OPS, de Chile: «Bioética es el uso creativo del diálogo interdisciplinario para formular, articular y, en lo posible, resolver algunos de los problemas que plantea a la sociedad actual la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente.»

5. Ver: «The Patient as Person» de Paul Ramsey, pastor metodista, 1971, obra que marca todo un hito en la aparición de esta nueva disciplina.

6. Este enfoque está inspirado en la introducción que le pone el doctor José Alberto Mainetti a su artículo publicado en la segunda edición de la Enciclopedia de Bioética, editada por W. Reich, con el título «Bioética en América Latina».

7. Ibídem, p. 4.

"La ética se ha convertido en los últimos años en un término universal, usual, interesante, digno de estudio, en cuanto conducta humana, buena o mala moralmente. Es un término más propio de una sociedad secular, autónoma y pluralista, que el de «moral», el cual era más común antes y de cierto sabor religioso. Otros tópicos relacionados con la ética son: valores, dignidad de la persona humana, conciencia, libertad y responsabilidad". **ALFONSO LLANO ESCOBAR, S. J.**

Desarrollo y calidad de vida*

Antonio Elizalde

Resumen

En nuestro imaginario colectivo, desarrollo y crecimiento han sido vistos como lo mismo y resulta que son cuestiones distintas. El artículo establece las diferencias y describe la confusión que se ha generado por equipararlos. Aceptar este error conceptual implica cambiar una lógica impulsada por el crecimiento, hacia una lógica que lleve a una mayor potencialización de lo humano. Esta forma de pensar requiere una nueva concepción del sistema de las necesidades, y por tanto, un nuevo paradigma o visión del mundo que puede ser tan poderoso como para cambiar el curso de la historia.

Abstract

In our collective imaginarium development and growth have been considered two similar issues, but the truth is that they are different matters. This article establishes the differences and describes the misunderstanding that has been generated when equaling them out. Accepting this conceptual mistake implies changing a logic urged by growth, towards a logic which can enhace the human aspect. This type of thinking requires a new conception of the need system, and therefore a new paradigm or vision of the world, which can be so powerful as to change the course of history.

Deseo compartir con ustedes las reflexiones que llevo algunas décadas haciendo, respecto a los temas del desarrollo, la calidad de vida y las necesidades humanas. Quiero iniciar citando algunas personas: Jesús Ibáñez, un destacado sociólogo español muerto hace unos años, dice: «Más que crear productos, lo que el capitalismo de consumo hace es crear necesidades»; Mahatma Gandhi dijo: «Tenemos lo suficiente para las necesidades de todos, pero no para la codicia de unos pocos»; y una tercera cita de David Korten que en la reunión de la Sociedad para el Desarrollo Internacional efectuada en Santiago de Compostela dijo: «La suma del patrimonio combinado de las trescientas veintisiete personas más ricas, los multimillonarios existentes en el mundo en el año 1996 era similar al ingreso anual de la mitad de los habitantes del planeta». Por último, en el libro sobre *Desarrollo a escala humana* del que somos autores con Manfred Max Neef y Martín Hopenhayn afirmamos que: «El desarrollo es acerca de la gente y no acerca de los objetos» y «que la satisfacción de las necesidades no sea la meta, sino el motor del desarrollo». Estas citas de alguna manera señalan los límites dentro de los cuales trataré de mantener las divagaciones que voy a intentar realizar.

* Tomado del libro Memorias del 2º Congreso de Bioética de América Latina y el Caribe, junio 3-6, 1998, Bogotá, D. C., Colombia. Editado por Tercer Mundo, Colombia, 1999, pp. 16-31.

Partimos del concepto de paradigma de Thomas Kühn expresado en el libro titulado *La estructura de las revoluciones científicas,* que dice: «Un paradigma es un conjunto de ideas básicas, conceptos y creencias acerca de la naturaleza de la realidad». Un conjunto tal de ideas y creencias o visión de la realidad sirve como un lente por medio del cual muchos científicos y otras personas filtran sus propias percepciones del mundo. Esto lleva a creer que con frecuencia nuestra visión de la realidad está determinada por nuestras creencias, o sea, que un paradigma o visión del mundo puede ser tan poderoso como para cambiar el curso de la historia.

Ese es el argumento central de lo que quiero sostener. Lo que requerimos es un cambio de visión que nos haga posible resolver los problemas vinculados con la destrucción que estamos haciendo de nosotros mismos y del espacio que nos cobija, nuestro propio planeta. Incluso la destrucción no sólo en el plano macro sino en el plano micro y en nuestras posibilidades para poder contribuir al despliegue de la vida.

Hace años acuñamos con Manfred Max Neef el concepto de *punto umbral*. La hipótesis que nos planteamos en esa época fue que en definitiva el desarrollo económico medido en términos de crecimiento del producto no era lo mismo que el desarrollo entendido como mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Entonces, en el fondo lo que ha existido ha sido esta confusión entre lo que es crecimiento y desarrollo. Sin embargo, lo que planteamos era que en algún momento el crecimiento material se comienza a traducir en un deterioro de la calidad de vida; solo existía un instrumento disponible para poder medir esto. El crecimiento del producto es un tipo de artefacto que se usa, vulgariza y difunde e incluso tiene una gran potencia domesticadora del pensamiento como la tienen las cosas simples, pero en definitiva sabemos su verdadero significado. El instrumento mide lo que sería el incremento de la cantidad de bienes disponibles en la sociedad; en el fondo es la suma de todos los flujos de bienes y servicios que se han generado en una economía en un período de tiempo determinado de un año.

Fue necesario construir otro indicador que es el índice de *bienestar económico sustentable* que permite medir la calidad de vida. Éste fue elaborado por Herman Daly y John Cobb quienes en el libro *Para el bien común* describen la metodología de su cálculo.

Lo que ocurre es que el crecimiento económico que de alguna manera estaba asociado a lo que eran los procesos de desarrollo económico y social se fue transformando de manera progresiva. Por esto comenzamos a ver que en algún momento se producía una separación o disociación entre ambos procesos. Esta fue una hipótesis esbozada hace unos quince años y ahora tenemos los resultados de investigaciones de tipo empírico que demuestran lo siguiente:

En primer lugar, en el estudio hecho por Daly y Cobb en 1989 en los Estados Unidos, se ve lo que sería el crecimiento del producto y el índice de bienestar económico sustentable. Por aproximación hacemos la analogía con la calidad de vida. Tenemos allí, de forma clara, la disociación que se produce a fines de la década de los sesenta.

En Alemania se da un fenómeno similar; en el Reino Unido y en Austria se aprecia lo mismo; en Holanda hay un crecimiento de la calidad de vida superior en términos de velocidad del crecimiento del producto durante algunos años pero con posterioridad se desploma; en Suecia también se produce esta disociación; y en Chile fue presentada la investigación hecha por Beatriz Castañeda en 1997 que muestra un proceso similar.

¿Qué quiero señalar con esto? Enfatizar que de alguna manera en nuestro imaginario colectivo, desarrollo y crecimiento han sido vistos como lo mismo y resulta que son cuestiones distintas. El desarrollo dice relación con el incremento de variables cualitativas de tipo inmaterial, es algo que no tiene techo. El crecimiento tiene relación con el incremento de variables cuantitativas de tipo material y que en consecuencia tienen un tope, tienen un techo, tienen umbrales los cuales, si son transgredidos producen daño, deterioro, sufrimiento y dolor. De alguna manera lo que debemos tener en cuenta es que esa asociación se ha hecho siempre en términos en que el desarrollo y el crecimiento son lo mismo y esto nos ha llevado a pensar que *más es mejor.* En el fondo es erróneo, equivocado, porque el mayor crecimiento de los bienes no implica mayor calidad de vida sino incluso implica menor calidad de vida. Hay un fenómeno como la *iatrogenia* que es bastante conocido por la gente que trabaja en el ámbito de la salud y que se refiere a las formas de tratamiento que producen aquello que se trata de evitar, la enfermedad.

La mentada libertad de elección es uno de los ejes fundamentales en la domesticación que el neoliberalismo ha hecho de las mentalidades colectivas; en el fondo la libertad de elección se traduce en mayor esclavitud. Basta pensar lo que ocurre ahora con la plastificación del dinero, las formas de crédito que se han generado en nuestra economía y que nos permiten comprar un automóvil en cómodas cuotas de hasta 48 meses. Sin embargo, lo que ocurre con esto es que reducimos nuestro grado de libertad, porque en realidad vivimos en función de pagar la cuota del automóvil, a la cual se suma la cuota del refrigerador, aparatos de sonido y de todo tipo de electrodomésticos, etc. En la práctica lo que hemos hecho es reducir nuestro grado de libertad. En el pasado los esclavos mediante un enorme sacrificio iban comprando su libertad y llegaba un momento en el cual podían hacerse libres; nosotros más bien lo que estamos comprando es la esclavitud.

Otro rasgo de esta sociedad que genera confusión entre desarrollo y crecimiento se relaciona con el concepto de André Gorz sobre *los bienes que se transforman en males.* Él hace un notable análisis en su artículo «La ideología social del coche», sobre el fenómeno del automóvil. Cuando surgieron los primeros automóviles, estaban asociados a una creencia, a una suerte de propósitos para obtener un mayor grado de libertad en términos de desplazamiento, de manera que se podía andar más rápido que el resto de la gente y llegar más lejos. Ahora bien, ¿qué es lo que ocurre cuando comienza a masificarse, cuando empieza a democratizarse? Que en definitiva ya no se llega más lejos ni más rápido. Hay un estudio hecho por él mismo para el caso de París, en el cual se demuestra que un ciudadano parisiense que sale un fin de semana se demora en retornar a su hogar, un poco más que una persona caminando. En-

tonces lo que comenzamos a ver es cómo los bienes se transforman en males. Todo aquello que nos ofrece la publicidad, la propaganda: una mayor libertad y velocidad de desplazamiento que en definitiva no existe.

Un elemento importante para señalar en relación con lo que Iván Ilich muestra, de una sociedad que en forma permanente desvaloriza lo que tiene para así poder introducir nuevos valores, es lo que él llama la creación del *valor social negativo,* que se presenta como la única forma de desprendernos de objetos cómodos y de artefactos funcionales para introducir otros, por ejemplo, un ordenador con mayor capacidad de memoria y que se conecte con más rapidez con el mundo del Internet, para comunicarnos de manera inmediata con otros puntos del planeta. De ese modo prescindimos de los ídolos que adoramos, por lo tanto, no debe parecer extraño que esta sociedad nos lleve de manera sistemática a la obsolescencia planificada, a la cual se refiere uno de los más destacados antropólogos actuales Marvin Harris, quien dice que esta es una sociedad en la que un buen jefe de control de calidad es aquel que logra que los productos fallen antes de cumplirse la garantía pues si se dañan un día después será retirado del trabajo por ineficiente. En el fondo tenemos una sociedad en la cual, como lo señala agudamente Franz Hinkelammert, la principal eficiencia del sistema humano que es la reproducción de la vida, es la eficiencia que la modelación capitalista del mundo no reconoce, porque lo que tenemos es una incapacidad para poder operar en dirección de la vida y más bien operamos en dirección a la muerte. Esto que señalo con afirmaciones globales propias de la sociología o de las ciencias sociales, llevémoslo ahora al plano de la observación de nuestras conductas, a una observación fenoménica.

Una familia que trabaja más horas para tener más confort dispone de menos tiempo para compartir. No se ponen de acuerdo en los programas de televisión y solucionan este desacuerdo comprando más televisores, por esto hace tiempo la gente no comparte ni se comunica en la sobremesa. Así han conseguido convertirse en una familia vacía pues ya no riñen ni se reconocen.

Creo que esto es una buena metáfora del tipo de sociedad que tenemos porque confundimos el crecimiento económico con el desarrollo humano. Ahora bien, lo que pasa es que la lógica en la cual está anclado nuestro sistema, es la lógica del crecimiento económico y nos cuesta reconocer que tenemos que virar hacia una lógica diferente.

Quiero enfatizar que más bienes no significan mejor calidad de vida. Cuando crecen los bienes convencionales, los límites inhiben otros bienes no convencionales imprescindibles para la calidad de vida. Un ejemplo: si entendemos por calidad de vida ir en carro a todas partes, incluso a una o dos cuadras de distancia de nuestra propia casa para comprar algo, una bebida o un cigarrillo, se va a producir un proceso de atrofia en los músculos de las piernas, por consiguiente, será necesaria la rehabilitación; lo que hoy significa comodidad puede derivar en atrofia, en un futuro. Cuánta gente paga hoy para eliminar la celulitis de los brazos producida por la falta de ejercicio, cuestión que nuestras madres o abuelas no sufrían porque lavaban la ropa a mano, así aparecen nuevas cosas que nos impiden hacer trabajos que antes se consideraban normales.

Cuánto dependemos hoy de una calculadora para hacer simples operaciones de sumas y restas, ni hablar de divisiones o multiplicaciones porque eso es casi imposible en términos de ejercicio mental, y por consiguiente necesitamos de un elemento externo; antes era suficiente aprender las tablas de multiplicar, en el futuro no será necesario aprenderlas por obsoletas y no requeridas.

La reflexión que quiero inducir es la pregunta de si hay una mayor potencialidad de lo humano, mayor grado de autonomía o de dependencia. Ahora, si para hacer más compleja la reflexión introducimos, la ley de Murphy que dice: «todo lo que puede fallar, va a fallar», entonces lo que va a ocurrir es que la calculadora, que es un elemento imprescindible para mucha gente, fallará en el momento en el cual se tiene que hacer el cálculo y no podemos recurrir a nadie para que nos solucione el problema; de todas maneras se van inventando nuevas soluciones. Las sociedades más desarrolladas tienen negocios que están abiertos toda la noche para arreglar la calculadora a la cual solo le fallaron las pilas.

Cuando el afán de poseer es el que nos domina, lo que se produce es una merma de nuestra generosidad. No es más feliz el que más tiene sino el que menos necesita bienes. Aquí debemos diferenciar entre la necesidad y el deseo estos se confunden en el pensamiento actual y de manera especial en el neoliberal, que es el tipo de pensamiento que se impone de una manera sistemática en el imaginario colectivo en el mundo de hoy. Las necesidades son pocas, son finitas, son universales, van impresas en nuestra naturaleza, son objetivas pero, sin embargo, se viven subjetivamente; no se pueden eliminar mientras no se satisfagan y satisfacerlas es calidad de vida.

Ahora, los deseos que se confunden con la necesidad, pueden ser infinitos; son el resultado del estímulo externo y son educables, controlables y manipulables; el consumo los puede crear y el hecho de eliminarlos o satisfacerlos no siempre es calidad de vida. La diferencia que existe entre necesidad y deseo es la misma que entre el afecto y la pasión: podemos vivir un tiempo sin pasión, pero no podemos hacerlo sin afecto, sin amor; los seres humanos demandamos afecto. Tal vez, lo que podríamos calificar como la demanda básica que existe entre nosotros, es la de ser aceptados. Gran parte de los pretextos tras los cuales nos ocultamos, sean éstos la búsqueda del poder, el dinero o el prestigio, encubren nuestra necesidad de ser aceptados, de ser acogidos por otros seres humanos. Esta búsqueda para acumular poder, admiración, dinero, influencia y tantos otros, en el fondo constituyen única y exclusivamente una profunda necesidad de superar nuestra soledad, para poder de alguna manera afrontar la ruptura que implicó la expulsión del paraíso y que para cada uno significa la salida del útero materno, proceso demasiado doloroso; de quiebre, es salir de un ámbito en el cual no necesitábamos nada porque lo teníamos todo. En esa etapa del desarrollo éramos casi panteístas, pero de pronto somos expulsados abruptamente para tener que adquirir y desarrollar el proceso de individualización, comenzar de alguna manera a transitar en la más profunda soledad de la vida en que el afecto es fundamental para los humanos.

Retomando entonces la comparación que hacía entre afecto y pasión, el afecto es algo

de largo recorrido, continuo, constante e imprescindible. La pasión es intensa, de corto recorrido y no conserva la continuidad por más que existan juramentos de por medio, pero siempre la vida termina transformando la pasión en algo que se va extinguiendo en forma progresiva y que tan sólo deja un recuerdo en nuestra memoria.

Quitar la pasión a una realidad no implica suprimir el afecto. Podemos amar profundamente a alguien sin sentir pasión, y tal vez, este tipo de amor puede incluso ser algo más acorde con lo que es la identidad, nuestro ser, algo que se radica en una historia, en un proceso diacrónico; a diferencia de la pasión que puede ser sincrónica, algo momentáneo y fugaz.

Hay una diferencia fundamental entre lo que es el enamoramiento y el amor. El primero es siempre un estado alterado de conciencia que produce una perturbación sensorial, interpretativa, o sea, siempre que nos enamoramos de algo quedamos deslumbrados por la novedad, por eso de alguna manera cuadra con determinado tipo de valoraciones, pero de pronto esa realidad no se compadece con lo que hemos construido en torno a ella; de manera progresiva entra la cordura, pasa el tiempo y nos transformamos en seres que amamos.

Recuerdo una conversación entre Manfred Max Neef y mi hijo Rodrigo, quien trabajaba con nosotros. Manfred habló muy poéticamente del amor como pasión, Rodrigo le dijo: «Manfred, eso que describes como amor puede que sea pasión, pero eso no es amor. Amor es cuando tú descubres que aquella persona a quien quieres, tiene olor en los sobacos, y entonces, en ese momento aparece el amor porque cesa el enamoramiento, cuando de alguna manera se diluye esa imagen mágica y descubrimos que es un ser humano que así como tiene atributos positivos, tiene atributos negativos, y a pesar de ello, estamos dispuestos a amarlo». Creo que allí se introduce la aceptación y la convergencia entre lo que sería nuestra visión del otro y lo que ese otro es en realidad, con lo cual de alguna manera se destruye la construcción que habíamos hecho de él en el enamoramiento en el cual hay más de narcisismo que de amor. O sea, amor es cuando logramos ver al otro y aceptarlo tal cual es y no como quisiéramos que fuera.

Detrás de la visión que de alguna manera construimos, diría que hay elementos en los cuales estas cuestiones que he señalado se van dando y donde nos cuesta reconocer lo que es verdadero de aquello que es falaz, que es sólo imagen, que es pura construcción mental.

Ahora la pregunta fundamental es ¿por qué nos ha seducido de alguna manera significativa esa visión del mundo que apunta a hacernos creer que más es igual a mejor? y ¿por qué seguimos de manera obsesiva buscando más y más crecimiento? Hay en esto algo importante para señalar, tiene relación con el sistema de lenguaje dominante, es coherente y de alguna manera está basado en los logros que puede haber tenido el individuo y produce en nosotros una contaminación que nos conduce a confundir las cosas.

Hay mitos que hemos asumido de alguna manera acrítica: no sólo el creer que más es mejor sino también que cantidad de bienes es igual a calidad de vida. Pero sigamos con otros mitos: el crecimiento elimina la pobreza; gran parte de las propuestas que escuchamos tienen relación

con eso; sin embargo, si miramos el primer Informe de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, publicado en 1990, se señala, que analizadas las tres décadas de desarrollo, el conjunto de la humanidad ha experimentado crecimiento económico y, sin embargo, la pobreza ha crecido en términos absolutos y relativos. No obstante, se escucha la afirmación: el crecimiento económico va a resolver el problema de la pobreza y el del incremento de la población. Hay algo profundo que uno de los más destacados economistas ecológicos, Herman Daly, anota: la ideología del crecimiento es una ideología que permite postergar las necesarias definiciones que en el plano moral tenemos que adoptar respecto a dos de los problemas que enfrenta la humanidad: primero, el crecimiento demográfico, y segundo, el problema de la distribución.

Es mucho más fácil creer que cuando las cosas crecen van a mejorar, a creer que debemos ser coherentes y así transformar de manera radical nuestras conductas. Tenemos que estar dispuestos a reducir nuestra calidad de vida en algún grado para hacer posible que otros puedan ser incluidos en el «ofertón del desarrollo». Si tomamos en cuenta los siguientes datos Chile es el país latinoamericano que tiene una situación extrema en ese sentido: la distribución del ingreso nos muestra que más o menos un 20% de la población más rica, percibe el 50% del total del ingreso nacional y un 2% de la más pobre percibe sólo el 5%. Casi todos los países latinoamericanos fluctúan entre un 4% y un 6% y la participación del 20% más pobre y del 20% más rico está en el rango del 50% al 60%. Hay un dato importante que quiero destacar, nosotros miramos los países asiáticos como países donde hay poca democracia, donde no existen los logros propios de nuestra sociedad que pensamos más integrada y equilibrada. Sin embargo, en todos ellos la distribución del ingreso es mejor que en los nuestros.

Mediante un simple cálculo podemos ver que si el 20% más rico de la población restringiera de manera voluntaria sus ingresos y redujera en un 10% su consumo, tendríamos la posibilidad de que el 20% más pobre incrementara en un 100% sus ingresos. ¿Qué significaría eso? Que poniendo el ejemplo de Colombia, algunas de las personas que viajan fuera del país tendrían que reducir sus frecuentes viajes a uno solo al año; en lugar de ir a Miami tres o cuatro veces irían una o dos veces. Eso le daría la posibilidad a la gran parte de la población colombiana perteneciente a ese 20% más pobre la oportunidad de conocer el mar. Quiero señalar con estos ejemplos, que en el trasfondo de lo que describo hay algo relacionado con nuestra forma de ver el mundo; una percepción que es muy dañina, perversa, falaz y engañosa, porque hay una ideología que se ha constituido y nos impide ver la realidad tal cual es.

El planteamiento del grupo de trabajo del Centro de Alternativas de Desarrollo -CEPAUR-, produjo una propuesta teórica denominada «Desarrollo a escala humana», es la insistencia en el tema de las necesidades, de un sistema conformado por tres subsistemas: el de las necesidades, el de los satisfactores y el de los bienes. Si estos tres subsistemas conforman un sistema, ellos se afectan mutuamente. Entonces, ¿cuál es el papel que juega cada uno de estos subsistemas?

El subsistema de las necesidades incluye lo descrito como interioridad, o sea, nuestras necesidades están radicadas en el interior de nuestra piel y sólo podemos vivenciarlas en forma subjetiva, siempre se vivencian a nivel individual, la interioridad es algo dado, está impreso en nuestra naturaleza. No quiero que esta afirmación se entienda como una postura individualista. Cuando hablamos de naturaleza humana nos referimos a este subsistema; aquí están las necesidades que son dadas, por más que queramos no las podemos modificar, de la misma manera que no podemos cambiar nuestros subsistemas biológicos porque son el fundamento de la vida.

El segundo subsistema es el de los bienes. Los bienes son exterioridad, elementos que potencian la capacidad de los satisfactores para dar cuenta de la necesidad. Bienes son todos los elementos que están fuera de nuestra piel. Ahora bien, ¿qué es lo que ocurre que hace que estos elementos, en cuanto son exterioridad, tienen una existencia material, son materiales? Por definición, el bien es algo de tipo material, algo concreto y en consecuencia tiene un peso entrópico. De alguna manera pesan en un sistema mayor como es el de la vida y la biosfera, es una cuestión no trivial, es significativa. Estamos afirmando que los bienes en cuanto tienen peso entrópico, tienen un límite que no se puede transgredir. En algún momento la cantidad de bienes se traduce en chatarra y por más que creamos que los procesos económicos terminan en los bienes, eso es falso; terminan en lo que es producción de basura y eso implica problemas de ¿dónde depositar la chatarra? Los japoneses con toda su tecnología son incapaces de resolver los problemas que tenemos, los problemas de los depósitos de basura, porque, en una sociedad como la nuestra, un índice de desarrollo es la producción de basura; en la medida que aumenta el ingreso *per capita* aumenta nuestra basura. Los pobres producen poca basura, los ricos mucha. Los países desarrollados superan los dos kilos de basura diaria por persona y los subdesarrollados están en el orden de medio kilo y eso significa mucho cuando pensamos en los millones de habitantes del planeta.

¿Qué son los satisfactores? Los satisfactores son la interfase entre lo que es la exterioridad y la interioridad. Los satisfactores son el tercer subsistema, las formas mediante las cuales damos cuenta de las necesidades, por ellos satisfacemos las necesidades humanas fundamentales.

Hemos planteado que las necesidades son pocas, finitas y en consecuencia pensamos que son clasificables. Ésta es una propuesta de clasificación en la cual hay nueve necesidades fundamentales. Pueden ser nueve o más, estas u otras, lo que intento presentar es un descriptor de realidad, un mapa que puede tener sus coordenadas. Estas nueve necesidades, según nuestra propuesta, serían: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, creación, participación, ocio, identidad y por último, libertad. Ellas son de alguna manera los subsistemas del subsistema de necesidades, dentro del sistema de las necesidades humanas fundamentales. ¿Qué es lo que ocurre al presentar una visión de este tipo? Afirmamos que esas nueve necesidades tienen un rango, un estatuto ontológico. No hay ninguna necesidad de menor categoría que otra. Conforman un sistema y en consecuencia están implicadas unas con otras en la misma forma en que lo están el

sistema cardiorespiratorio o el sistema gastrointestinal. Aquí también ocurre algo parecido con las necesidades. La visión dominante nos ha hecho creer que la necesidad fundamental es la subsistencia, incluso en esta propuesta no hay jerarquías internas, no hay jerarquías dentro del sistema, todas las necesidades tienen una importancia igual. ¿Qué es lo que podemos afirmar que hace que no compartamos la propuesta de Abraham Maslow? Él plantea un proceso, una escala en la cual hay necesidades básicas elementales hasta llegar a las necesidades de autorealización ubicadas en un nivel superior. Esa visión es muy eurocéntrica, se refiere a nuestra visión del mundo que es la visión occidental tomada como una visión superior a la que puedan tener, por ejemplo, los Tikunas o los Cogi, de la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia. Son visiones distintas de mundo, en las cuales establecemos una graduación en el logro de las necesidades. Esto implica crear grados en la condición humana lo que lleva a tener seres humanos de mayor categoría que otros dando pie a lo que todos los discursos discriminatorios de la historia han dicho. En algún momento la gente y la ciencia moderna afirmaban, que las mujeres no necesitaban del ocio porque eran diferentes a los hombres; ahora que la mujer se ha incorporado al trabajo remunerado esta concepción ha cambiado, regresan juntos del trabajo; el hombre se sienta en la sala, lee el diario, enciende la televisión, abre una cerveza y disfruta del ocio, la mujer mientras tanto va al «ocio» de las tareas domésticas. Allí hay una incapacidad de la mujer para poder discernir y distinguir, o tal vez, esto manifiesta un afán «muy generoso» de los hombres que no quieren privarlas del goce casi «orgásmico» de lavar la ropa o los platos. ¿Qué se presenta en esta situación? Se da una invisibilización que es el punto al cual voy a referirme. Tenemos necesidades, esto nos cambia el concepto de pobreza y de riqueza porque en la visión tradicional la pobreza está asociada en forma exclusiva con la subsistencia, vale decir pan, techo y abrigo y de esta manera estamos planteando que para la satisfacción de las necesidades hay un umbral presistémico. La gente se muere no sólo de hambre sino por carencia de afecto y de identidad. La antropología da cuenta de lo que ocurre cuando, en los pueblos primitivos, a un ser humano se le quita su identidad o se le expulsa, camina un par de cuadras y le da un ataque cardíaco, echa espuma por la boca y muere. La ausencia absoluta de identidad es para ellos la muerte.

Tenemos tres tipos de sociedad: primero, la consumista, en la cual hay un sobredimensionamiento en el sistema de los bienes y, un subdimensionamiento de las necesidades insatisfechas. Este tipo de sociedad es la actual. Una sociedad en la cual el exceso de bienes nos va embotando desde el punto de vista valorativo o emocional. Un segundo tipo es la sociedad oriental donde hay un sobredimensionamiento de las necesidades y una reducción de los bienes y los satisfactores. En las concepciones orientales lo que hay es una negación del deseo y de la necesidad y por esa vía lo que se obtiene es un mayor grado de libertad; ahora bien, eso va en desmedro de lo que son los bienes y los satisfactores.

Por último, el tipo de propuesta que tendríamos que plantear, es el de una sociedad ecológica la cual es posible por las transformaciones globales que se experimentan y por los niveles de conciencia que la humanidad ha alcanzado. Una sociedad donde la prioridad sería la oferta de

satisfactores, o sea, la forma como damos cuenta de las necesidades humanas. Es importante señalar que los satisfactores no tienen peso material, no tienen peso entrópico, son lo más humano porque son construidos en la cultura.

En resumen, las necesidades humanas están impresas en nuestra naturaleza, nos fueron dadas, ya sea por el Creador o por las dinámicas evolutivas. Sin embargo, los bienes también son de alguna manera producidos culturalmente pero tienen un límite, en cambio los satisfactores no tiene límite, son las formas mediante las cuales da cuenta de las necesidades. Los satisfactores no son neutros y son de varios tipos, identificamos cinco pero quisiera tan sólo referirme a dos de ellos.

Los satisfactores destructores o violadores que por la forma como actúan no sólo aniquilan la posibilidad de satisfacer esa necesidad en un plazo inmediato, sino que además imposibilitan la satisfacción de otras necesidades humanas. Algunos ejemplos: el armamentismo pretende satisfacer la necesidad de protección, sin embargo, impide la subsistencia porque las armas son para matar el afecto, ya que nadie ama a alguien que lo encañona; el exilio, que en tantos países del mundo destruye las familias, impide la participación de las personas en los procesos democráticos al destruir su identidad.

Hay algunos satisfactores que pasan por seudosatisfactores, por inhibidores y por satisfactores singulares. Pero también hay satisfactores sinérgicos, estos son el anverso del satisfactor destructor pues se caracterizan por potenciar el sistema y aunque se expresan apuntando a una necesidad concreta, como por ejemplo, la lactancia materna, al darle la madre pecho al niño, a la vez, estimula la protección, el afecto y la identidad, elementos que no podemos en muchos casos ver como producto de esta visión cartesiana, dicotómica y binaria del mundo que tenemos. Es la ausencia de una visión sistémica la que nos impide ver. Hay que recordar lo que señala Luis Carlos Restrepo en *El derecho a la ternura,* sobre la existencia de niños criados en orfanatos, en Inglaterra, que carentes de caricias fueron incapaces de mielinizar su organismo y en consecuencia de desarrollar su sistema inmunológico con un aumento en los niveles de morbilidad y mortalidad superior a la de los niños que habían sido acariciados, tocados y que recibían el calor y la ternura de otra piel humana mediante una caricia.

Para finalizar quiero plantear como propuesta la existencia de recursos que es imposible ver en nuestra sociedad y que son de naturaleza sinérgica. Estamos enfermos porque muchos de esos recursos los vemos desde la ideología de la escasez, pensando que se someten a la segunda ley de la termodinámica y en consecuencia si los compartimos los perdemos. Hay recursos que por su propia naturaleza requieren ser compartidos. Esos recursos, por así decirlo, están anclados en el ser humano, el lenguaje es uno de ellos y para desarrollarse requiere ser compartido; necesito comunicarme con otros, la comunicación y la ciencia para crecer y desarrollarse deben ser compartidas. Todo conocimiento científico requiere ser contrastado para adquirir validez, eso implica publicarlo, ponerlo en común con otros. Pero también el afecto, el amor, la creación, incluso el mismo poder lo vemos con nuevos ojos, si logramos deshacernos de esa visión perversa que hemos asumido de

una manera inconsciente. La de una realidad donde se cree que para sobrevivir hay que competir, luchar contra otros seres humanos. Cuando nuevos mapas como el que he querido compartir nos hagan posible describir otros territorios, se hará realidad un mundo donde el amor y la vida sean posibles y tengan sentido para todos.

"Cuando el afán de poseer es el que nos domina, lo que se produce es una merma de nuestra generosidad. No es más feliz el que más tiene sino el que menos necesita bienes. Aquí debemos diferenciar entre la necesidad y el deseo estos se confunden en el pensamiento actual y de manera especial en el neoliberal, que es el tipo de pensamiento que se impone de una manera sistemática en el imaginario colectivo en el mundo de hoy. Las necesidades son pocas, son finitas, son universales, van impresas en nuestra naturaleza, son objetivas pero, sin embargo, se viven subjetivamente; no se pueden eliminar mientras no se satisfagan y satisfacerlas es calidad de vida". **ANTONIO ELIZALDE**

La eutanasia ayer, hoy y mañana*

Antonio Beristain, S. J.

Condensado por Jordi Castillero

Resumen

El morir con dignidad en casos extremos es una cuestión de valores máximos que rebasa el mínimo ético del derecho penal y supera las cifras que ofrecen las estadísticas. Siguiendo la opinión de numerosos especialistas en medicina, ética y derecho, el autor del presente artículo considera que dicha cuestión exige nuevos planteamientos multidisciplinarios que llevan a admitir la «eutanasia pasiva», dejar de poner aquellos medios que retrasan inútil y dolorosamente la muerte de quien decide –o se supone que desea– no seguir viviendo en estas condiciones, en bastantes supuestos, e incluso la «eutanasia activa», ayudar a morir con dignidad a un paciente terminal que, por decisión explícita, expresada por escrito en el llamado «testamento vital» o bien oralmente de forma inequívoca ante su propia familia y ante los profesionales de la salud que le cuidan, no quiere seguir viviendo en una condición extrema e irreversible, en situaciones límite. Aunque encuentra obstáculos en el sector de los moralistas tradicionales y en la doctrina vaticana, la «eutanasia activa», en determinados supuestos, se va abriendo camino tanto en las legislaciones como en la práctica. Este artículo fue redactado y publicado antes de la muerte del tetrapléjico Ramón Sampedro.

Abstract

Dying with dignity when under extreme conditions is a matter of maximun values which goes beyond the ethical minimun of penal law and is larger than the numbers given by statistics. Based on the views by numerous specialists in medicine, ethics and law, the author of this article thinks that this matter demands new multidisciplinary proposals that lead to the acceptance of «passive euthanasia,» which is to stop using the means that uselessly and painfully delay the death of those who decide –or supposedly wish– not to go on living in those conditions, on many assumptions, and even to the acceptance of «active euthanasia», which is to help someone die with dignity: a terminal patient whose explicit decision, recorded on his/her «living will» or unambiguously expressed to his/her own family and health care providers, is not to go on living under an extreme and irreversible condition. Under certain conditions, and even though it finds constraints among both traditional moralists and Vaticane doctrine, «active euthanasia» is gaining territory among a number of legal systems and social practices. This article was written and published before the death of tetraplejic Ramón Sampedro.

* Tomado de la revista Selecciones de Teología, Vol. 37, No. 148, octubre-diciembre, 1998, pp. 283-296.

I. Planteamiento de la cuestión

¿Qué son las leyes sin los valores?

Quid leges sine moribus? ¿Qué son las leyes sin las costumbres?, se preguntaba Horacio y nos seguimos preguntando veinte siglos después. La ciencia penal se basa en el mínimo ético. Pero ni ella ni la criminología pueden olvidar el máximo ético. Es decir: no pueden limitar la convivencia al mínimo de lo legalmente permitido, sino que han de tener siempre presentes las costumbres y las tradiciones –los valores– de las personas y de las comunidades, que representan el *máximo ético*. Han de resolver el conflicto entre la *santidad* y la *calidad* de vida. Ante el problema del morir con dignidad importa mirar al futuro con todo el poder creador de la persona. Hemos de basar nuestras investigaciones en la dignidad del hombre y en su exigencia de felicidad. Estos horizontes nos sitúan a veces ante aporías que sólo pueden superarse con argumentaciones que rebasan la razón y los cinco sentidos pero sin prescindir de ellos.

El caso de Ramón Sampedro es de todos conocido. Nacido el 5 de enero de 1943, a los 25 años –el 23 de agosto de 1968– cayó al agua desde una roca. El choque de su cabeza contra la arena le produjo una fractura de la septima vértebra cervical. Desde entonces ha vivido su trágica situación de tetrapléjico soñando en la libertad a través de la muerte. Durante los últimos cuatro años acudió a los tribunales de justicia e incluso al Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo para pedir que no fuese «sancionada judicialmente la persona que me preste ayuda, sabiendo que es con el fin de provocar voluntaria y libremente mi muerte» (Cartas desde el infierno, 232). Recibió siempre una respuesta negativa.

Después volveremos sobre el caso. Pero quede claro, desde el comienzo, que la persona humana es el titular último de su libertad y de su conciencia. Es doctrina, entre otros grandes teólogos, de Santo Tomás.

Enfoque de la cuestión

¿Existe un derecho a la eutanasia, o sea, el derecho del enfermo en circunstancias límite, a morir dignamente? Entiendo por *eutanasia* «aquel comportamiento que, de acuerdo con la voluntad o interés de otra persona que padece una enfermedad o lesión incurable, generalmente mortal que le causa graves sufrimientos o le afecta considerablemente a su calidad de vida, da lugar a la producción, anticipación o no aplazamiento de la muerte del afectado» (J. L. Díez Ripollés, Eutanasia y Derecho, Euguzkilore, Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología, No. 9, 1995, 114). Dentro de lo posible, habría que evitar el uso del término *eutanasia*, porque, por su historia, evoca la idea de asesinato. Aunque convendría distinguirlas semánticamente, aquí siempre que podamos, emplearemos como sinónimos las siguientes expresiones: *morir digno*, *culminación digna de la vida, ayuda a morir con dignidad*.

En los principales centros hospitalarios de muchos países funcionan ya los Comités de Ética. Si con muchos especialistas aceptamos que el volumen de los casos de eutanasia (más o menos directa, más o menos activa) supera notablemente lo que declaran las estadísticas, comprenderemos que uno de los interrogantes más graves que han de solventar esos comités y los profesionales de la salud es y será el de los su-

puestos del morir con dignidad que presentan las personas gravemente enfermas que desean se cumpla su *testamento vital* que firmaron cuando disfrutaban de plena salud, y también los problemas similares que preocupan a quienes asisten a los enfermos terminales y a quienes quisieran ayudarles. Es muy posible que, si Ramón Sampedro, inmovilizado desde hace 29 años propone su caso a uno de esos Comités de Ética y les pide que lean sus *Cartas desde el infierno*, permitan lo que los tribunales de justicia niegan. Muchos ciudadanos no entienden por qué los tribunales de justicia se lo prohiben y, en cambio, un sacerdote le responde que se proporcione él mismo la muerte negándose a tomar alimento, o sea, sometiéndose a la tortura de morir de hambre.

Aunque sólo sea en lo fundamental, nuestras reflexiones van encaminadas a aclarar este problema sin prejuicios ni fanatismos. Pretendemos hacer ver la necesidad de un nuevo planteamiento de la cuestión. Creemos que tanto el problema ético como el jurídico-penal sólo puede entrar en vías de solución si médicos, jueces y moralistas aúnan sus esfuerzos y aciertan en darse cuenta que, en el umbral del tercer milenio, el derecho penal y la ética necesitan abrirse a métodos multi e interdisciplinarios.

Por haber superado las investigaciones unidimensionales, los criminólogos podemos aportar nuestra propia experiencia. De hecho, la criminología analiza el interrogante del morir con dignidad en situaciones límite con metodología abierta e integradora de las mediaciones de las ciencias, la filosofía y la religión. Así, deseo vislumbrar hasta qué punto la deontología médica, el derecho penal y la ética del siglo XXI deben adoptar una nueva dirección teórica y práctica de la ayuda a morir con dignidad a la luz de la experiencia, de la ciencia global y de la convicción de las personas involucradas en la historia total de la empresa razonable del respeto y desarrollo de los derechos humanos.

II. Morir con dignidad ayer

Doble referencia histórica

Desde hace muchos siglos se viene discutiendo el tema. Merecen especial atención dos casos emblemáticos de posturas extremas: un santo inglés del Renacimiento y el nazismo racista alemán.

1. En su obra clásica *Utopía*, en la que se describe una sociedad ideal regentada por el estamento sacerdotal, Santo Tomás Moro (1478-1535) propugna la «eutanasia activa». Escribe textualmente:

> Se esmeran en la atención a los enfermos. No escatiman nada que pueda contribuir a su curación, trátese de medicinas o de alimentos. Consuelan a los enfermos incurables, visitándoles con frecuencia, charlando con ellos, prestándoles toda clase de cuidados. Pero, cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, entonces los magistrados y los sacerdotes se presentan al paciente y tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y de las funciones vitales, que está sobreviviendo a su propia muerte y que es una carga para sí mismo y para los demás (...). Y, puesto que, en estas condiciones, la vida es un puro tormento, que no dude en aceptar la muerte (...), en liberarse a sí mismo o permitir que le liberen los otros. Seguir estos consejos será una muestra de sabiduría, ya que la muerte no le

> apartará de los goces de la vida, sino del suplicio.

Y, para que no quede ninguna duda, añade: «Los que son así convencidos ponen fin a sus vidas voluntariamente dejando de comer o se les da un soporífero, muriendo sin darse cuenta de ello». Y a renglón seguido concluye: «Pero no obligan a nadie a morir contra su voluntad ni por ello le privan de los cuidados que le venían dispensando». (*Utopía*, Libro segundo, g). Con estas palabras proféticas condenó Tomás Moro a quienes, cuatro siglos más tarde, realizarían o justificarían tales comportamientos en la Alemania nazi.

2. En 1920 el penalista Karl Binding y el psiquiatra Alfred Hoche publicaron en Leipzig la obra *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Mass und Ihre Forme* (La autorización para exterminar las vidas inútiles: extensión y forma). Bajo la absurda denominación de Sterbehilfe (ayuda para morir), pretenden hacer pasar como *eutanasia* auténticos asesinatos, o sea, la muerte que se aplica a los, según ellos, parásitos de la sociedad: a los enfermos que ni siquiera conviene hacer vivir más tiempo, pues vegetan indignamente, a los niños subnormales, a los enfermos mentales o incurables, a las personas de razas inferiores, etc.

Estas cosmovisiones nazis permitieron el exterminio de 200.000 pacientes psiquiátricos y crónicos, así como el *holocausto* de tantos millones de judíos.

Perspectivas multidisciplinarias

El panorama ha cambiado durante los últimos decenios, en los que tanto la problemática del suicidio como la del derecho a morir dignamente se abordan desde una perspectiva pluridisciplinar.

Muchos tratadistas coinciden en afirmar que, si se quiere plantear mejor y resolver de una vez la problemática que suscita en la praxis hospitalaria el morir con dignidad en situaciones límite, urge que el derecho penal, la criminología y la ética reflexionen desde una perspectiva nueva con una metodología nueva.

Aunque las objeciones a una muerte digna en casos límite proceden de algunos sectores de la Iglesia Católica, no obstante no faltan teólogos de reconocida valía que, apartándose del planteamiento tradicional, piden con insistencia nuevas perspectivas y están abiertos a respuestas liberalizadoras.

Entresacamos algunos testimonios a modo de ejemplo.

1. La revista *Concilium* publicó en 1985 un número monográfico (No. 199) sobre el suicidio y el derecho a la muerte. En la presentación, los teólogos J. Pohier y D. Mieth afirman: «Ante problemas nuevos, la tendencia a querer resolverlos antes de estudiarlos y de haber tenido tiempo de analizar sus consecuencias es un reflejo de miedo, de falta de confianza en la eficacia del Espíritu y en la fe de las comunidades que inventan una forma adecuada de ser cristianos».

2. Al comentar la moral normativa y el método ante las cuestiones modernas en la Bioética, Diego Gracia subraya que el método debe ser marcha dinámica, búsqueda y creación, siempre provisional. «Provisional significa que, aun siendo verdad, es una verdad que, por su propia ín-

dole, está llamada, no a ser forzosamente derogada, pero sí a ser superada» (*Fundamentos de Bioética*, Madrid, 1989).

3. El moralista alemán Klaus Demmer empieza su estudio sobre la eutanasia con estas palabras:

> El progreso de las técnicas de reanimación pone en discusión el concepto de muerte natural y humanamente digna, considerado válido hasta ahora. Hay que plantear, pues, de modo nuevo la clásica pregunta si la medicina debe aplicar todos los medios de que dispone (*Eutanasia*, en: *Nuevo Diccionario de Teología Moral,* Madrid 1992, 729).

4. El profesor de Nuevo Testamento, en la Facultad de Teología Católica, de la Universidad de Tubinga, Michael Theobald, critica que los problemas de la doctrina moral de la Iglesia se analicen con «una metodología antihistórica», pues se ha de tomar en serio la «creatividad ética (...), la creatividad llamada a dar a cada hora histórica su más adecuada formulación ética y jurídica» (*El fundamento bíblico de la doctrina moral de la Iglesia*, en: Dietmar Mieth (ed.), La Teología Moral ¿fuera de juego?, Barcelona, 1995, 40 y 49).

5. Y recientemente el profesor de Teología Moral Marciano Vidal propugna una nueva metodología que comience por ofrecer «horizontes de significado» y criterios generales, y después (pero no antes) orientaciones en lo concreto «siempre que se pueda (...). En cuanto a la eutanasia propiamente dicha, lo que hay que plantearse es el valor de la vida humana en esa fase final».

En resumen: un amplio sector de teólogos coincide con muchos especialistas en afirmar que la culminación digna de la vida debe basarse, no en criterios y métodos tradicionales, sino en otros innovadores, porque la pupila científica y espiritual actual ve más y mejor, y porque las cuestiones actuales difieren objetiva y subjetivamente de las pretéritas.

III. Morir con dignidad hoy

El Código Penal español de 1995

1. Ya antes del Código Penal de 1995, muchos teóricos del derecho penal y la criminología opinaban que los casos extremos de eutanasia activa exigen una legislación menos punitiva o incluso deben quedar impunes.
2. El nuevo Código Penal de 1995 tipifica e incrimina la eutanasia, pero con una sanción muy leve que, en muchos casos, resultará simbólica, pues a la pena se le podrán aplicar medidas alternativas. En cambio, a los profesionales se les restringe la libertad, ya que, en caso de reincidencia, se les mantienen las sanciones establecidas.

   Nos interesa analizar el contenido del No. 4 del artículo 143 de dicho Código, que, sin emplear el término «eutanasia» ni la expresión «ayuda a morir», tipifica y sanciona diversos delitos de causación de la muerte de otra persona o de cooperación a ella. El texto dice así: «El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar...».

Se formulan, pues, cuatro tipos de delito:

- La *causación* de la muerte a otra persona por la petición de ésta, que sufre una enfermedad tan grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte.
- La *causación* de la muerte de otra persona por la petición de ésta, que sufre una enfermedad tan grave que produciría graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.
- La *cooperación activa* con actos necesarios a la muerte de otra persona por la petición de ésta que sufre una enfermedad tan grave como en el caso 1°.
- La *cooperación activa* con actos necesarios a la muerte de otra persona por la petición de ésta, si sufre una enfermedad tan grave como en el caso 2°.

En el supuesto 1° y 2° el autor causa la muerte, mientras que en el 3° y 4° coopera con actos necesarios. En los supuestos 1° y 3° la enfermedad es tan grave que hubiera conducido necesariamente a la muerte, mientras que en el 2° y 4° la enfermedad no es mortal, pero produce graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. Todos los supuestos exigen como requisito indispensable que medie petición expresa, seria e inequívoca de la víctima. Por esto, aunque el Código no emplee la expresión *eutanasia activa* ni otras similares, se puede afirmar que el legislador ha pretendido tipificar como infracción penal estas conductas que, en los códigos anteriores, no se recogían como tales, sino como homicidio consentido, auxilio o inducción al suicidio.

Por más que desconozcamos muchas circunstancias concretas del caso de Ramón Sampedro, parece que sería el supuesto 2° o el 4° el que cabría aplicarle, aunque no necesariamente, pues algunos pueden poner en duda que se trate de padecimientos permanentes y difíciles de soportar, ya que algunas personas tetrapléjicas, a pesar de todo, prefieren seguir viviendo.

Respecto a las sanciones, conviene tener en cuenta las normas del nuevo Código (arts. 61 y siguientes), que resultan bastante, aunque insuficientemente innovadoras. Para los supuestos 1° y 3°, la sanción puede oscilar, a juicio de los tribunales y según las diversas circunstancias, desde la máxima, que es de tres a seis años de prisión, hasta la mínima, que sería de tres años a dieciocho meses de prisión.

Dado que esta sanción mínima es una pena menos grave (art. 33,3), el condenado puede, en muchos casos, no ingresar en la cárcel, ya que las penas menos graves admiten la suspensión de la ejecución (art. 80,1) y ser sustituidas por algunas obligaciones que determine el juez o el tribunal (art. 83).

Si el delincuente reincide, no cabe la posibilidad de dejar en suspenso la ejecución de la pena (art. 81,1°). Por lo tanto, la tipificación deja de ser meramente simbólica para todas aquellas personas que por su profesión o convicción se encuentren «en riesgo» de reincidir.

Lógicamente, a los supuestos 2° y 4° se les señalan sanciones menores. Comprenden un abanico muy amplio: pueden consistir en privación de la libertad hasta una duración máxima de dos años y admiten tanto la suspensión de la ejecución como la sustitución por algunas obligaciones o por arresto de fin de semana o multa (art. 81,1).

Aunque con discrepancias puntuales, en general los penalistas han acogido positivamente la reforma introducida por el artículo 143 del nuevo Código. Algunos se inclinan por considerar no sancionable penalmente la ayuda a morir con dignidad en supuestos más o menos excepcionales, más o menos activos. Y no pocos llegan a proponer la legalización, en la línea de la actual normativa holandesa o del Proyecto Alternativo alemán sobre «la ayuda a morir».

3. Legislación y praxis holandesa. El ministro de Justicia holandés, el democristiano M. H. Hirsch Ballin recuerda que, en Holanda, se mantiene «la penalización de la eutanasia y de la ayuda prestada al enfermo para que la realice», pero no se ha querido cerrar los ojos «ante aquellos casos en que la lucha contra el dolor (...) no puede evitar que una persona que se halla en extrema necesidad pida ayuda a un médico para poner fin a su vida. Cuando un médico, después de madura reflexión, se ve en tal situación crítica –un caso de fuerza mayor– entonces el Tribunal Supremo holandés se niega a que, a ese médico, se le aplique una sanción» (*La democracia cristiana y la eutanasia*, *Concilium,* Nº 248, 1993, 764-765). Para Hirsch Ballin, apelar a la fuerza mayor, en estos casos, «brota del respeto hacia la distancia que el derecho debe mantener ante las cuestiones supremas de la vida que en ellos se manifiestan», (ibid., 766).

4. El Proyecto Alternativo alemán de ley reguladora de la ayuda a morir (1986) establece en su párrafo 216:

- «Será sancionado con la pena de seis meses a cinco años quien cometa un homicidio a solicitud expresa y seria de quien no quiere vivir más».
- «El juez podrá dispensar la pena en los supuestos del apartado anterior, cuando el homicidio sirve para acabar con un estado de padecimiento grave e insoportable para el afectado, que no puede ser remediado o atenuado por medio de otras medidas».

Actualmente, en Alemania la ayuda a morir con dignidad continúa siendo un grave problema tanto en la teoría como en la praxis legal.

5. Los juristas españoles dentro del ámbito penal y criminológico internacional. En general, los juristas propugnan una respuesta más amplia que la del Código Penal de 1995, en la que se aprecie, en algunos casos, el estado de necesidad justificante o exculpante.

Al comentar tres supuestos eutanásicos, Enrique Gimbernat propone uno muy similar al de Ramón Sampedro. Se da cuando «la muerte no aparece como peligro inmediato, pero el sujeto, a consecuencia, por ejemplo, de un accidente de circulación o una acción de guerra, tiene que cargar con la existencia dramática de múltiples amputaciones y pérdida de alguno o algunos de los sentidos, lo cual va acompañado también a menudo, de graves padecimientos físicos» (*Estudios de Derecho Penal*, Madrid, 1990, 52). En tales situaciones, si media el consentimiento del enfermo, no debería aplicarse el artículo 143. La acción eutanásica podría apelar al estado de necesidad o al hecho de constituir la única manera de salvaguardar los derechos fundamentales tutelados en la Constitución española: «la dignidad de la persona» (art. 10,1) y la «libertad ideológica de los individuos» (art. 16,1).

Estas posturas de los juristas españoles encuentran confirmación en el ámbito penal y criminológico internacional. De hecho, la jurisprudencia penal internacional juzga actualmente con criterios muy distintos los actos de cooperación al suicidio. Ningún tribunal formula en nuestros días una sentencia como la que, en 1954, dictó el Tribunal Federal alemán: «Todo suicidio –prescindiendo quizá de casos excepcionales extremos– es severamente reprobado por la ley moral, puesto que nadie puede disponer soberanamente de su vida y darse muerte».

Estos análisis y estos resultados jurídico-penales aquí resumidos muestran que, actualmente, tanto el juez como el legislador han de percibir y aceptar las reflexiones acerca del sentido positivamente humano de algunos comportamientos de ayuda a morir que ayer se reprochaban y tipificaban como criminales. En las circunstancias actuales esas conductas deben considerarse plausibles, o sea, exigidas o permitidas por la dignidad de la persona y por la calidad de su vivir y su morir.

Aproximaciones médicas

Para conocer mejor la problemática actual del morir con dignidad resulta indispensable conocer qué opinan los médicos. Las investigaciones realizadas al respecto coinciden en afirmar que se ha operado un cambio, tanto en la teoría como en la praxis, en la medicina en general y, en especial, en el problema que nos ocupa. Este cambio conduce, a menudo, a aceptar la muerte digna en supuestos extremos.

En los últimos años, muchos médicos (y también algunos capellanes hospitalarios) han superado la opinión adversa o dubitativa acerca de la licitud del morir y ayudar a morir con dignidad. Hoy no están en minoría los que se manifiestan decididamente contra la postura tradicional.

1. En 1986 el profesor de cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, Hipólito Durán, en su estudio sobre la eutanasia afirmaba que «es muy difícil establecer conclusiones concretas en estas materias» y que «es grave hacer generalizaciones» (La eutanasia, en: J. Gafo, *Dilemas éticos de la Medicina actual*, Madrid, 1986). En 1997 muchos médicos dan el paso hacia adelante y afirman que es normal y obligado establecer conclusiones concretas.
2. Ya en 1992 se publicaba en España el estudio de un grupo de médicos del Concord Hillsie Medical Center (Massachusetts) en el que se constata que en los últimos años en los Estados Unidos, la opinión de los médicos y de los ciudadanos en general se muestra cada vez más favorable a la eutanasia activa (Sydney, H. Wanzer y otros. *La responsabilidad del médico frente a los enfermos irremediables: una segunda ojeada,* en: R. M. Bard, S. E. Rosenbaum (eds.), *Eutanasia: los dilemas morales*, Madrid, 1992, 188).
3. El libro del profesor de cirugía e historia de la medicina de la Universidad de Yale, Sherwin B. Nuland, *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, Madrid, 1995, ha sido traducido a más de once lenguas. En él se admite la eutanasia activa. Pues puede darse un proceso en la relación entre el enfermo y el médico por el que éste reconoce gra-

dualmente que debe ayudar a adelantar su muerte a su «paciente terminal que, con plenas facultades mentales y después de consultar a otras personas, escoge racionalmente su forma de morir».

4. En su obra *Los fundamentos de la bioética* (Barcelona, 1995) el especialista H. Tristan Engelhardt parte de dos principios básicos que encuentran hoy amplia aprobación: 1º al médico no le corresponde la decisión principal; 2º el enfermo es el protagonista. Luego añade otras tres afirmaciones: 3º no existen «barreras morales absolutas»; 4º al médico se le prohíbe actuar con malevolencia; y 5º legalizar la muerte digna no conduce al fomento de asesinatos impunes. Los dos principios básicos los desarrolla con estas palabras: «Tradicionalmente se ha considerado al médico de sala como capitán del equipo, y podríamos recurrir a metáforas más contundentes, como la noción de médico como capitán de barco. Estas metáforas han perdido actualidad (…) por el mayor hincapié sobre los derechos del enfermo. Si la autoridad para tratar al enfermo deriva de éste, directamente o a través de su familia, ¿no sería más bien el paciente el capitán y el médico el timonel?» (p. 395 y s.).

   Tristan Engelhardt comenta especialmente el principio de la necesidad del *permiso* –del consentimiento– del paciente, y lo considera válido cuando se trata de la terminación de la vida de una persona *competente* con pleno uso de sus facultades mentales que: 1º ya no lo es; 2º no lo volverá a ser; y 3º parece claro y evidente que hubiera deseado no sólo que le dejasen morir sino que le aligerasen la muerte (p. 394). Simultáneamente reflexiona sobre el principio de *beneficencia* que prohíbe al médico actuar con malevolencia. Y lógicamente prohíbe la eutanasia involuntaria, la no querida.

5. En su contribución al citado volumen colectivo *Eutanasia*: *los dilemas morales* (Barcelona, 1992), el capellán del Hospital de la Stanford University, Ernlé W. D. Young hace una última recomendación: «Las disposiciones que prohíben la ayuda al suicidio deberían ser abolidas cuando esa ayuda se limita a suministrar apoyo moral o información». Y las que prohíben los casos de eutanasia activa «deben permanecer, pero incluyendo la previsión de atenuante o incluso eximente cuando se demuestre con claridad que quien ayudó lo hizo sólo por compasión y altruismo, y no obedeciendo a otro móvil siniestro» (p. 136).

Respuestas deontológicas

1. Tomamos como punto de partida la definición de eutanasia de la Encíclica de Juan Pablo II *Evangelium vitae* (25.03.1995): «Por eutanasia en sentido verdadero y propio se debe entender una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor». En esta definición es crucial la expresión «por su naturaleza».

   En sus reflexiones sobre la Encíclica, el profesor de ética cristiana de la Universidad de Nôtre Dame, Indiana Richard A. McCormick no considera eutanasia el retirar los instrumentos técnicos que sostienen la vida del paciente, pues no es este hecho el que, «según su propia naturaleza», causa

la muerte. Lo que causa la muerte es la enfermedad.

En opinión del teólogo norteamericano algunas cuestiones tratadas en la Encíclica están llenas de complejidad, dudas, inseguridad e incluso oscuridad. Así, por ejemplo, el Nº 82 exige una fidelidad «ciega» a la doctrina pontificia, lo cual se compagina mal con el Nº 62 de la *Gaudium et Spes* del Concilio Vaticano II, que dice: «Debe reconocerse a los fieles, clérigos o laicos, la debida libertad de investigación, de pensamiento y de hacer conocer, humilde y valerosamente, su manera de ver en el campo de su competencia».

Ya han pasado los tiempos en que la Iglesia Católica pretendía instalar en el mundo una sola religión, una sola percepción de la realidad ética, excomulgando las alternativas como herejías, punibles en el Código Penal, pues impedían su monopolio religioso. Ya nadie debe pretender la hegemonía de la ética religiosa sobre la civil.

En cierto sentido, ya no cabe afirmar que la mayor oposición contra la liberalización o legalización de la ayuda a morir con dignidad proviene de los moralistas católicos. De hecho, moralistas de prestigio que han escrito seriamente sobre temas relacionados con la culminación de la vida con dignidad establecen unas coordenadas éticas mucho más abiertas de lo que generalmente se cree.

Hay entre ellos una coincidencia en los siguientes puntos:

- Necesidad de cambiar radicalmente la metodología tradicional.
- Amplio desarrollo de argumentos semejantes a los que exponen los penalistas, criminólogos y médicos partidarios de la mínima o nula penalización de la ayuda a morir con dignidad.
- Resistencia –tácita e indirecta– a sacar las conclusiones lógicas de los argumentos a favor de la permisividad, que divergen e incluso se oponen a la doctrina «oficial» de la Iglesia, acaso por respeto a la autoridad eclesiástica o por temor a incurrir en severas sanciones.
- Ausencia de proclamación y defensa expresa de la doctrina «oficial» de la Iglesia, posiblemente para evitar el reproche de «falta de objetividad científica» por parte de los científicos y profesionales.

2. Desde esta perspectiva, se entiende mejor la forma como moralistas de prestigio abordan la problemática del morir con dignidad. Veamos algunos ejemplos.

Según **Klaus Demmer** (*Eutanasia*, en: *Nuevo Diccionario de Teología moral*, Madrid, 1992, 735-737), éticamente es lícita la *eutanasia pasiva directa* que «se da en casos en los que la omisión de los cuidados reanimadores y terapéuticos comporta inevitablemente el colapso definitivo». También es lícita la *eutanasia pasiva indirecta* que «tiene lugar cuando la administración de fármacos calmantes produciría, como efecto colateral, una abreviación, aunque fuese mínima, del tiempo de vida».

Pero, cuando Demmer trata de la *eutanasia activa*, es decir, la que «comporta el

disponer de la vida humana», formal y expresamente ni la condena ni la admite. Se limita a exponer los argumentos de la doctrina «oficial» de la Iglesia, pero no los hace suyos. Incluso cabe suponer que considera lícita dicha eutanasia en supuestos extraordinarios pues afirma que «en algunas situaciones extremas los límites entre *eutanasia activa* y *eutanasia activa directa* pueden llegar a ser muy variables; el médico ahí camina sobre el filo de una hoja de afeitar» (p. 737). No hay, pues, límites claros que separen la eutanasia pasiva directa de la activa.

Al exponer los argumentos que aducen los partidarios de la eutanasia activa, no se detiene Demmer a refutarlos aunque tampoco dice expresamente que los acepte. Pero también aquí cabe suponer que, en cierto sentido, los acepta, pues hace la siguiente reflexión: «La vida no es el bien más alto. Por eso el sacrificio heroico de la vida se ha considerado siempre un eventual modo sensato de disponer de ella, suponiendo que exista una razón que de verdad sea proporcionada. No se ha excluido ni siquiera la autoeliminación (por ejemplo, de alguien que guarda secretos de extrema importancia social)». Y recuerda que, en la ética cristiana, se han admitido casos concretos, como el del «soldado mortalmente herido que suplica le maten para escapar a una muerte atroz a que le sometería el enemigo» (p. 736).

En sus publicaciones sobre el tema, el teólogo moralista **Marciano Vidal** va en la misma línea. Si condena la eutanasia activa en sentido estricto –«todo tipo de terapia que suponga objetiva e intencionadamente directa o indirectamente el adelantamiento de la muerte»–, se apresura a introducir nuevas perspectivas que permitan al lector sacar unas conclusiones lógicas distintas, menos o nada punitivas.

Vidal supera muchas e importantes premisas metodológicas tradicionales, en las que se apoyan los moralistas contrarios a la ayuda a morir con dignidad. Así, habla de «morir» (concepto dinámico) más bien que de la «muerte» (concepto estático y esencialista). Y, frente a muchos que rechazan el morir digno, introduce una cuña innovadora cuando, entre las exigencias del derecho de todo ser humano a morir dignamente, reclama que no se prive al moribundo del morir en cuanto «acción personal», porque –con fórmula rahneriana– el morir es la suprema acción de la persona (*Bioética. Estudios de bioética racional*, Madrid, 1989, 74-75).

Asimismo defiende que en las «situaciones» de *eu-tanasi*a (muerte fácil: mitigación de la agonía) y de *dis-tanasia* (muerte difícil: prolongación de la agonía) puede hablarse de un auténtico conflicto de valores cuando entran en juego el valor de la vida humana y el valor del morir dignamente. La lógica admite que se proporcionen al moribundo «todos» los remedios oportunos para calmar el dolor, aunque esta terapia suponga una aceleración de la muerte y deje al moribundo sumido en un estado de inconciencia. Pero se apresura a añadir: «No se puede privar al moribundo de la posibilidad de asumir su propia muerte» (ibid., p. 77).ç

- En su libro *Dolor y muerte humana digna. Bioética teológica* (Madrid, 1995), el profesor de la Universidad Pontificia de Salamanca, **José Vico Peinado**, distingue tres tipos de eutanasia: una rechazable éticamente y las

otras dos admisibles. Se debe rechazar y sancionar como delito penal la *eutanasia activa heterónoma*, es decir, la eutanasia impuesta, contra o sin la voluntad del paciente, aunque se diese so pretexto de beneficencia. Repugna hablar de beneficencia cuando se administra un tratamiento violento y con intención de producirle la muerte a otra persona, sin informarle y tener en cuenta su parecer, aunque se pretenda evitar el supuesto sufrimiento del moribundo. Se incurre también en la eutanasia éticamente rechazable, por criterios utilitarios, cuando una persona o una colectividad, sin consultar a los interesados, piensa que la supervivencia de determinados individuos es inútil, improductiva o demasiado costosa para la sociedad por lo cual les provoca la muerte.

En cambio, en determinadas circunstancias, es admisible la *orto-tanasia* o *eutanasia pasiva* que supone la suspensión del tratamiento y la privación de los medios médicos que prolongarían la agonía del paciente (*anti-dis-tanasia*). También la *eutanasia activa autónoma*, en cuanto muerte elegida con libertad por el paciente y secundada por quienes le atienden. Esta forma de eutanasia supone la conformidad con las peticiones libres y reiteradas de una persona que desea ver acortada su existencia en determinadas circunstancias físicas o mentales precisadas con antelación por escrito o sentidas como insoportables en el curso de la enfermedad (p. 220).

En resumen: no todos los teólogos católicos condenan el morir con dignidad ni la eutanasia activa; mucho menos la pasiva. Lógicamente y por muy diversas razones, no cabe afirmar que existe un argumento religioso o teológico unánime para exigir que el Código Penal tipifique y sancione todos los supuestos de eutanasia activa; mucho menos la pasiva. Más bien parece aconsejable seguir el ejemplo de los países que permiten, de hecho, los casos extremos.

IV. Morir con dignidad mañana

«Retornó el amor de la mano de una mujer a la que adoro (...). Yo sé que le gustaría que un día le dijera: «Desde que nos amamos ya no me quiero morir». Pero no lo espera, tiene grabada en la mente una frase mía en la que le decía que sólo una persona egoísta podría pedirme que diera marcha atrás» (Ramón Sampedro, *Cartas desde el infierno*, p. 283).

Esta cita dramática de Ramón Sampedro nos plantea con toda crudeza *el problema del futuro del morir con dignidad.* Desconozco muchos detalles importantes para poder afirmar o negar desde el punto de vista estrictamente penal, si Ramón Sampedro se encuentra en alguno de los supuestos tipificados en los artículos 143 y 144 del Código Penal de 1995. Pero me pregunto si los jueces se han identificado existencialmente con el demandante, si le han entendido «desde dentro», como requiere el *círculo hermenéutico*. Y me pregunto también si el amor que crea milagros de la nada, en un mañana próximo, le pueda invitar a Ramón Sampedro a «dar marcha atrás».

Mirando al futuro, ante las trágicas cuestiones del morir dignamente, cabe legalizar comportamientos que hasta hoy se rechazaban, pues son comportamientos que responden a realidades en otro tiempo inexistentes o desconocidas. La com-

plejidad del tema requiere nuevas investigaciones a la luz de las innovadoras concepciones o técnicas médicas, filosóficas, teológicas, morales, sociológicas, jurídicas, etc. Por todo ello, cuando no pocas personas, víctimas de situaciones extremas piden poder ejercer su libertad y su derecho a una culminación digna de su existencia (o que alguien les ayude a ello), el juez o el Comité de Ética, antes de contestarles negativamente, deben reflexionar con madurez acerca de las opiniones y razones matizadas actuales que formulan los especialistas desde perspectivas multidisciplinarias.

1. Hay que prestar particular atención al nuevo concepto de la libertad del hombre respecto a su vida y a su muerte. En esta línea, la profesora de filosofía y filología de la Universidad de Basilea Annemarie Pieper en su artículo *Argumentos éticos a favor del suicidio* (*Concilium*, Nº 199, 1985, 369) afirma que el *bien supremo* no es la vida, sino la libertad. Textualmente: «La vida es una condición necesaria, pero no suficiente, para existir en cuanto hombre. La condición suficiente para que el hombre exista como hombre, de una manera humanamente digna es la libertad».
2. Comprensión del suicidio y de su mensaje a la sociedad. El nuevo concepto de libertad del hombre no sólo trasforma de manera radical las valoraciones sobre el morir digno, sino que también ayuda a comprender el mensaje que no pocas veces lanza el suicidio a la sociedad. Así, en su artículo *Nuevos datos sobre el suicidio* (*Concilium* Nº 199, 1985, 315-325), P. Baudry muestra que el acto de lo que se denomina «eutanasia», a veces, «no significa solamente una necesidad de amor (...). Es una violenta llamada de atención a una redefinición de orden interrelacional». Por esto, tal violencia puede molestar. Porque reclama el restablecimiento de vínculos sociales y de estructuras comunitarias más justas.
3. La vida no es un valor absoluto. Esto lo expresa muy bien Richard A. McCormick cuando, comentando la encíclica *Evangelium Vitae* afirma: «la vida no es valor absoluto, porque hay valores superiores a los que uno puede sacrificar su vida. «No hay amor más grande que dar la vida por los amigos». Después del ejemplo de Jesús, la muerte, aunque constituya la terminación de la vida tal como la conocemos, es su más completa realización».
4. El «círculo hermenéutico». La hermenéutica –la interpretación– jurídico penal presupone cierta identidad entre el juez cognoscente y el objeto o comportamiento que conoce y juzga. En este sentido, cabe afirmar que el proceso hermenéutico crea una circularidad sin fin: la «situación» del cognoscente viene a coincidir con las consecuencias objetivas del evento estudiado, juzgado, creado, condenado. Cuanto más completa es la manera de «estar» lo conocido en el cognoscente, más objetiva y menos subjetiva es su percepción. Como expresó con inspiración Eduardo Chillida: «Se ve bien teniendo el ojo lleno de lo que se mira». O en formulación de R. Tagore: «Quien no ama no sabe juzgar».
5. La cuestión de la muerte digna en situaciones extremas exige, ante todo, descubrir y describir nuevos métodos multi e interdisciplinarios. Pues, se-

gún el método que se aplique se llegará a resultados distintos. Quienes mantengan la metodología tradicional dogmática y deductiva rechazarán todo comportamiento activo y eficaz de ayuda a morir. En cambio, quienes acudan al actual método científico, inductivo, interdisciplinario, metarracional, axiológico y holístico o totalizante introducirán matizaciones y criterios que, en algunos supuesto extremos, abocarán a conclusiones nuevas acerca del morir con dignidad –como diría Rilke– la muerte propia.

"Ya han pasado los tiempos en que la Iglesia Católica pretendía instalar en el mundo una sola religión, una sola percepción de la realidad ética, excomulgando las alternativas como herejías, punibles en el Código Penal, pues impedían su monopolio religioso. Ya nadie debe pretender la hegemonía de la ética religiosa sobre la civil.

En cierto sentido, ya no cabe afirmar que la mayor oposición contra la liberalización o legalización de la ayuda a morir con dignidad proviene de los moralistas católicos. De hecho, moralistas de prestigio que han escrito seriamente sobre temas relacionados con la culminación de la vida con dignidad establecen unas coordenadas éticas mucho más abiertas de lo que generalmente se cree". **Antonio Beristain, S. J.**

La bioética y la crítica al *statu quo**

Florencia Luna

Resumen

En bioética algunas posiciones se oponen a lo establecido y pueden leerse como críticas al *statu quo*. ¿Esta postura es fructífera, inútil, o perjudicial? En este breve ensayo la autora tratará de examinar el rol que cumple la crítica en el desarrollo del pensamiento y la cultura en general, así como las consecuencias de las posiciones críticas en la bioética.

Abstract

In the field of bioethics some points of view have been formulated against what seems the *statu quo*. Are these fruitful or, on the contrary, are useless or harmful? In this short paper the author will try to examine the role of critical ways of thinking within philosophical development and the culture as a whole, as well as the consequences of critical positions in the field of bioethics.

En bioética algunas posiciones se oponen a lo establecido y pueden leerse como críticas al *statu quo*. ¿Esta postura es fructífera, inútil o perjudicial? En este breve ensayo trataré de examinar el rol que cumple la crítica en el desarrollo del pensamiento y la cultura en general, así como las consecuencias de las posiciones críticas en la bioética.

A primera vista, se podría pensar que lo establecido, el llamado *statu quo,* es el conocimiento que se ha formado y asentado a través de años de sabiduría y experiencia. Sidgwick consideraba a la moral racional como «un maravilloso producto de la naturaleza, el resultado de muchos siglos de desarrollo»[1]. Más aún, ciertos «cuestionamientos» pueden producir angustia. Ronald Dworkin de manera explícita dice que el peligro de la inseguridad moral es enorme cuando la utilización de la distinción entre «suerte» y «elección» se invierte. Esto implicaría la modificación de la asignación de responsabilidades tanto personales como colectivas. Por ejemplo, cuando se argumenta que ciertas enfermedades genéticas no ocurren por casualidad sino que nosotros tenemos la posibilidad o facultad de prevenirlas a través de estudios y análisis personales, así como con las tecnologías de reproducción asistida, estamos modificando la noción tradicional de la relación entre el azar y

* Tomado de la Revista Bioética y Derecho Nº 10, abril, 2007, Barcelona, España, pp. 3-7.

1 Sidgwick, H., *The Methods of Ethics,* múltiples ediciones, libro 4, capítulo 5, sección 1.

nuestra responsabilidad. La transmisión de dicha enfermedad a un niño ya no es asunto del azar, de la naturaleza o de Dios: con estas nuevas posibilidades diagnósticas, nosotros seríamos los responsables. En un sentido, aún más amplio, Dworkin añade: «El terror que muchos de nosotros sentimos ante la idea de la ingeniería genética no es un temor hacia lo que está mal: es más bien un temor a perder nuestro asidero en lo que está mal (...). Tenemos derecho a preocuparnos porque nuestras convicciones preestablecidas sean socavadas en mayor parte, por la posibilidad de entrar en una caída libre moral, por tener que pensar sobre un nuevo entorno y con resultados inciertos»[2].

Las criticas al *statu quo* y a esas profundas convicciones respecto de nuestras percepciones sobre lo bueno y lo malo pueden también dejarnos con esa sensación de «moral en caída libre». Estamos cayendo y no podemos visualizar ninguna red o sostén seguro a nuestro alrededor. Los comentarios de Dworkin transmiten la angustia y la inestabilidad que están implícitas en la crítica a las convicciones, el temor a perder nuestro asidero moral y la parálisis que causa el no saber a dónde nos lleva esto. En este sentido, la crítica muchas veces implica la destrucción de estructuras sin saber cuáles se podrán reconstruir, qué reemplazará a lo que se ha destruido. Nos enfrentamos a la devastación de un terreno arrasado y es difícil distinguir las posibilidades potenciales. Las convicciones del *statu quo,* las estructuras previamente establecidas o la moral racional aparecieron en el pasado para ofrecer un refugio seguro, estable y reconocible.

De todos modos, aún cuando se pueda considerar de manera positiva al *statu quo,* como la condensación del conocimiento común, éste puede a veces ser producto del prejuicio. El *statu quo,* con frecuencia, prolonga modelos autoritarios heredados y los «valores tradicionales» que oprimen a ciertos miembros de la sociedad, como por ejemplo las mujeres o los grupos minoritarios, son aquellos grupos que no tienen poder de decisión. Sus voces son imperceptibles y con frecuencia son ignoradas por esas estructuras ya establecidas y aceptadas.

1. El intelectual y el poder

El concepto de «intelectual» es relativamente reciente. Data del siglo XVII, cuando pensadores seculares reemplazaron a los sacerdotes y a los escribas. Los intelectuales eran observadores que podían penetrar las estructuras sociales e individuales del momento histórico en el que les tocó vivir para transformar su comprensión. Esto implicaba un compromiso con la humanidad –elevarse por encima del interés parcial por la profesión en sí misma o del género artístico y comprometerse con un cuestionamiento global sobre la verdad, el juicio y el buen gusto–[3]. ¿Qué rol juegan los intelectuales en la sociedad? ¿Cómo se relaciona el trabajo intelectual con el desarrollo de la cultura? ¿Cuál es la relación de los intelectuales con el poder?

2 Dworkin, R., «Justice and Fate», conferencia dictada en el XXI *Century Trust,* Merton College, Oxford, marzo-abril, 1998, disponible online en: http://www.21stcenturytrust.org/conflist.htm.

3 Bauman, Z., *Legisladores* e *intérpretes,* Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 1997, p. 10.

Noam Chomsky escribió sobre los *Nuevos Mandarines* –intelectuales cercanos al poder–. Observó algunos intelectuales que actuaron durante el gobierno de John F. Kennedy, así como a aquellos asociados con el Presidente Wisdrow Wilson durante la Primera Guerra Mundial[4]. Ellos ponían la inteligencia al servicio del poder. Estas personas fueron conocidas, también, como «intelectuales de acción».

En el caso de los intelectuales de Wilson, Chomsky señala que ellos influyeron en la decisión para que los Estados Unidos entrara en la Primera Guerra Mundial, por ejemplo, a través de la Agencia de Propaganda Estatal que contaba con intelectuales respetados tales como Walter Lippman, un analista serio en los medios. Con respecto a la seducción del poder, quizás deberíamos considerar el hecho de que estos intelectuales podrían legitimar una continuidad histórica, una clase hegemónica. Ellos no critican o proponen cambios sino que mantienen ciertas estructuras. Un caso claro durante la Segunda Guerra Mundial fue el de Charles Mauras, que estuvo fuertemente ligado al gobierno colaboracionista de Vichy.

A la luz de esa clase de intelectuales, Chomsky distingue a los intelectuales que son *críticos* del poder. Reflexionando sobre el significado de la participación en el poder, Chomsky dice que si uno fuera a mantener su integridad, con seguridad sería crítico ya que muchas cosas que suceden merecen ser criticadas. Es muy difícil ser crítico si uno es parte del círculo del poder[5]. Un ejemplo paradigmático del intelectual crítico o rebelde es, por ejemplo, Bertrand Russell. Muchos de estos intelectuales críticos perdieron sus trabajos y su seguridad, incluso algunos fueron encarcelados por sus ideas[6].

Zygmunt Bauman propone otra caracterización del intelectual. Este autor asocia, por ejemplo, el rol del intelectual con la naturaleza del modernismo y el postmodernismo en el análisis de la cultura. El autor habla de dos clases de intelectuales: el *legislador* y el *intérprete,* identificando al primero con el modernismo y al segundo con el postmodernismo[7]. La primera clase apareció cuando se asumió que había maneras en que la verdad de las creencias podía ser determinada. En este marco, los intelectuales *legislan* sobre las creencias del resto de la sociedad. Esto consiste en expresar afirmaciones en forma autoritaria, arbitrar en controversias de opinión y seleccionar aquellas opiniones que, al ser seleccionadas, se convierten en correctas y obligatorias[8]. Pero hoy en día, en los tiempos postmodernos en que existen muchos sistemas de valores, el intelectual es intérprete de diferentes puntos de vista. «En vez de orientarnos hacia la elección de un mejor orden social, esta estrategia trata de facilitar la comunicación

4 Heinz Dietrich, S., «Entrevista con Noam Chomsky. Los intelectuales: ¿Críticos o servidores del poder?», *La Nación,* 15 de agosto de 2001.

5 Heinz Dietrich, S., «Entrevista con Noam Chomsky. Los intelectuales: ¿Críticos o servidores del poder?», *La Nación,* 15 de agosto de 2001.

6 Bertrand Russell en Inglaterra, Rosa Luxemburgo en Alemania, Eugene Debbs en los Estados Unidos de Norte América.

7 Bauman, *Z., Legisladores* e *Intérpretes,* Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 1997.

8 Bauman, *Z., Legisladores* e *Intérpretes,* Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 1997, p.13.

entre los participantes autónomos (soberanos)»[9]. Esto implica el abandono gradual de la búsqueda de un juicio definitivo de parte de los intelectuales, quienes están sobrecargados por la irrevocable pluralidad de formas de vida, lo cual equivale al «arte de la conversación civilizada»[10].

Para Bauman, ésta es una reacción ante el permanente conflicto de los valores. Estos intelectuales preparan a los individuos para que hablen con la gente no para que luchen contra ellos; para comprenderlos y no para rechazarlos o aniquilarlos como si fueran mutantes; para fortalecer sus propias tradiciones con la libertad de recurrir a la experiencia de los otros en vez de cerrar al público el tráfico de ideas[11]. En el informe de Bauman sobre el rol de los intelectuales aparecen dos dimensiones diferentes: el caso del intelectual legislador que es más ambicioso y con un alcance más amplio, y el del intelectual intérprete que implica un rol más modesto. De todos modos, incluso difiriendo profundamente, ambos tienen un discurso que impacta en la sociedad.

No es mi intención determinar si existe un perfil de intelectual «correcto» sino ilustrar las diferentes clases de intelectuales y su posible relación con la sociedad y el poder. De modo que algunas de estas categorías pueden coincidir en parte entre sí. El intelectual como *legislador* puede funcionar como mandarín si sus ideas se llevan a cabo dentro del núcleo del poder en un tiempo dado, aunque no siempre esto debe ser así ya que este intelectual también podría ser ignorado por el poder de turno y funcionar de manera crítica. El intelectual como *intérprete* aparece como algo más lejano al poder por no plantear un discurso dominante (aunque podría aún así ostentar el aura de la neutralidad en virtud de su posición ambigua, la que también se puede tomar en pro del *statu quo).* Así, las dos caracterizaciones de Bauman muestran dos posibles maneras de ejercer la función crítica o de aceptar el *statu quo.* Un punto que vale la pena destacar –pero sobre todo, con respecto a los intelectuales en su rol de críticos o rebeldes– es el grado de «inconveniencia personal» o «coraje» implícito en el hecho de no ser seducidos por la diosa del poder y ser fieles a sus propias convicciones.

2. Los cuestionamientos y el rol de la filosofía

Además de demostrar coraje personal, ¿pueden estas posturas tener alguna importancia social?

La historia de la filosofía tiene una noble tradición con respecto al cuestionamiento de lo establecido. Por supuesto, no toda crítica es válida sólo por ser crítica. Además, sería una simplificación pensar que un individuo abarca toda una posición crítica. A menudo, el crítico o la nueva posición se cristaliza en una persona, pero es el producto de un período o una serie de pensadores anteriores.

Por ejemplo, los filósofos franceses del siglo XVIII eran muy críticos de su época y sociedad y provocaron muchos de los cam-

9 Bauman, Z., *Legisladores* e *Intérpretes,* Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 1997, p. 14.

10 Bauman, Z., *Legisladores* e *Intérpretes,* Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 1997, p. 184.

11 Bauman, Z., *Legisladores* e *Intérpretes,* Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 1997, pgs. 203-204.

bios que siguieron. Rousseau exploró la idea de la soberanía del pueblo mediante el cuestionamiento del poder absoluto de la monarquía. Este concepto dio marco, a una de las frases más celebradas y recurrentes de la Revolución Francesa, «Libertad e igualdad». Montesquieu, en *Lettres Persanes*[12], satirizó las condiciones tanto políticas como eclesiásticas en Francia. En *«L'Esprit de Lois»*[13], el autor hace un estudio comparativo de la sociedad, la ley y el gobierno y propone la separación de la Iglesia y el Estado y el balance de los poderes. Esta propuesta tuvo una amplia repercusión en la constitución de los Estados Unidos así como también en los movimientos de emancipación de los países americanos. En Francia, por ejemplo, tuvo influencia en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1791[14]. De modo similar, Voltaire hizo un llamado para la reforma del sistema de justicia y llamó la atención sobre la desorganización imperante. El autor abogaba por la ruptura del poder de la Iglesia y porque el dogma y la superstición del cristianismo fuera reemplazado por la instrucción filosófica[15].

Estas ideas eran críticas del *statu quo,* del poder absoluto como derecho divino. Cuestionaban las bases más profundas de la organización política y social de su tiempo, que eran estructuras aceptadas a pesar de ser injustas. Estas nuevas ideas proponían alternativas para una nueva organización política y social –algunas de las cuales son todavía una parte valiosa de nuestra sociedad actual, mientras que otras se fueron perdiendo a través del tiempo–. De todos modos, ellas demuestran cuán importante puede ser la crítica responsable para el desarrollo de una sociedad.

Otra tradición filosófica –el utilitarismo– disfrutó de cierto prestigio en los ambientes académicos, en especial los anglosajones, a pesar de haber sido muy crítico del *statu quo.* Esto se percibe desde sus comienzos. Tanto Jeremy Bentham como John Stuart Mill fueron reformadores sociales que se opusieron a las ideas aristocráticas. Ésta es una posición que no admite prohibiciones morales arbitrarias, demanda que todo aquel que condene algo como moralmente incorrecto, demuestre a quien perjudica. Al respecto, Will Kymlicka dice:

> Históricamente, el utilitarismo demostró ser muy progresista. Demandaba que las costumbres y autoridades que habían oprimido al pueblo por cientos de años se examinaran a la luz del criterio del progreso de la humanidad. En su mejor forma, el utilitarismo es un arma eficaz contra el prejuicio y la superstición y provee un estándar y un procedimiento que desafía a aquellos que proclaman autoridad sobre nosotros en nombre de la moral[16].

En este sentido, Jeremy Bentham, el padre fundador del utilitarismo, se atrevió a escribir un artículo en defensa de la homosexualidad en una época en la que nadie había ni siquiera comenzado a considerar el tema; John Stuart Mill escribió con amplitud sobre los derechos de

12 Montesquieu, C., *Lettres Persanes,* múltiples ediciones.

13 Montesquieu, C., *L'Esprit de Lois,* múltiples ediciones.

14 Copleston, F., *Historia de la Filosofía,* Ariel, Barcelona, 1981, Vol. VI, p. 27.

15 Copleston F., *Historia de la filosofía,* Ariel, Barcelona, 1981, Vol. VI, p. 34.

16 Kymlicka, W., *Filosofía política contemporánea. Una introducción,* Ariel, Barcelona, 1995, p. 23.

la mujer; y Peter Singer dio nacimiento al movimiento de liberación animal. Tales ejemplos muestran que la actitud crítica del *statu quo* propia del utilitarismo puede tener consecuencias moralmente deseables, en especial referentes a la emancipación de ciertos grupos oprimidos que por largo tiempo han soportado prejuicios incuestionables.

Así, la filosofía como herramienta para el pensamiento critico ha tenido un rol fundamental en el desarrollo de las ideas. Tradiciones filosóficas muy diferentes convergen en esta visión crítica que nos permite cuestionarnos lo establecido en un tiempo determinado. Funciona para despertar o iluminar nuevas realidades o para identificar prejuicios. Muchas de estas visiones críticas han ayudado a difundir o a crear «revoluciones copernicanas», tanto a nivel teórico como práctico.

Quizás exista un rol más modesto, aunque relevante, de la crítica del *statu quo* y es el que está relacionado con la esencia de las democracias deliberativas. Algunas críticas –discurso no convencional y divergente– y ciertos argumentos ayudan a cristalizar las visiones de las minorías. En *On Liberty,*[17] John Stuart Mill sostuvo que la sociedad practica una tiranía social, más formidable que muchas formas de opresión política.

> Entonces, la protección contra la tiranía del magistrado no es suficiente; también hay necesidad de protección contra la tiranía de la opinión y los sentimientos prevalecientes; contra la tendencia de la sociedad a imponer, por medios distintos de las penalidades civiles, sus propias ideas y prácticas como reglas de conducta sobre aquellos que disienten y, de ser posible, prevenir la formación de cualquier individualidad que no esté en armonía con sus formas e impulsar modelando a todos según su propio modelo.[18]

Incluir las visiones de las minorías significa pluralidad. Esto enriquece a cualquier democracia deliberativa o discurso moral que la involucre. Ayuda a ofrecer razones no consideradas, a construir mejores argumentos y a escapar de la tiranía social que Mill temía. De este modo, el discurso crítico puede ayudar a expresar los derechos de algunas minorías –prácticamente toda la historia de los derechos humanos se puede estudiar desde esta perspectiva–. En otro sentido, aún si este discurso crítico del *statu quo* no conduce a un cambio social, igual resulta valioso ya que provee argumentos no tenidos en cuenta que enriquecen el discurso moral de una sociedad[19].

3. La bioética y sus aplicaciones

¿Cómo juega la bioética en esta discusión? La bioética toca un núcleo esencial de la sociedad. Evalúa la corrección moral de ciertas prácticas y tecnologías, no sólo de las nuevas tecnologías, como la clonación, sino también de aquellas que han estado disponibles y se han practicado por años y generaciones, como los métodos de contracepción y la eutanasia. Examina la validez de algunas políticas públicas y reflexiona sobre lo correcto y lo incorrecto. Es un campo interdisciplinario que reúne a expertos de diferentes disciplinas: médicos, abogados, investigadores y filósofos, entre otros. En esta sección, enfatizaré la clase de desafío que plantea la bioética a quienes provienen de la filosofía.

17 Mill, J. S., *On Liberty,* múltiples ediciones.

18 Mill, J. S., *On Liberty,* múltiples ediciones.

19 Nino, C., *Ética y derechos humanos,* Paidós, Buenos Aires, 1984, Cap. V.

Si bien los filósofos por tradicion se han preocupado por la realidad, hay, no obstante, una cierta «naturaleza lúdica» en el trabajo filosófico. La posición de un filósofo –incluso la de un filósofo que se dedica a la filosofía práctica– es muy diferente de quien se dedica a la bioética o es bioeticista. El bioeticista debe abandonar la «torre de marfil», descender unos cuantos peldaños y «ensuciarse» en el «lodo» de la realidad. La realidad está llena de sutilezas, excepciones y contraejemplos, que convierten la conceptualización teórica por medio de modelos, normas o explicaciones generales en algo muy difícil de realizar. Esto no sólo implica un gran desafío intelectual sino también, muchas veces, tener que enfrentar el rechazo de los filósofos tradicionales que no consideran a la bioética –contaminada por la realidad cotidiana– como una disciplina «seria» o suficientemente filosófica. Aún en la actualidad, en algunos departamentos de filosofía, se desprecia a la bioética como una forma «menor» de filosofar.

Esto puede explicar por qué muchos filósofos interesados en la filosofía práctica permanecen en el nivel teórico. Por ejemplo, la crítica realizada por Thomas Pogge a las objeciones que se le hicieron a *The Theory of Justice* de Rawls[20] es muy interesante. Pogge dedica la mayor parte de la introducción de su libro *Realizing Rawls*[21] a criticar a aquellos que sólo permanecen en el cuestionamiento teórico-normativo -incluso incluyendo a Rawls en esta actitud. En contra de esta tendencia, Pogge defiende, explora y propone implicaciones prácticas que posee una teoría como la de Rawls-.

Muchos filósofos de tradiciones teóricas contrapuestas a la de Pogge, como Peter Singer, o John Harris, se comprometieron con los problemas reales de la humanidad que propone la bioética. Ambos tenían un lugar en el mundo filosófico[22] y ya en 1975 Harris escribió uno de sus artículos más renombrados, «*The survival lottery*»[23]. Retomando mis consideraciones iniciales, creo que podemos trazar un paralelo con la situación de los intelectuales críticos que desafían lo establecido y transitan sendas que los alejan del confort del poder... o de las disciplinas establecidas que la academia acepta.

Tomemos el caso de Harris. ¿Qué cuestionamientos señala este autor? En términos generales, se puede decir que desafía ciertas posiciones dogmáticas. Sin embargo, ¿no estamos tratando con algo anticuado o remoto en este momento de la humanidad? ¿No son estas críticas relevantes para el Iluminismo emergente en la Edad Media, pero *«démodés»* para la sociedad de hoy?

Si tenemos en cuenta el rol que juegan aún ciertas posiciones dogmáticas, la clase de cuestionamiento que plantea Harris –alineado con otros utilitaristas y bioeticistas[24]– es en absoluto pertinente. Si tenemos en cuenta que en el mundo actual se libran guerras en nombre de la «religión», que los líderes de las naciones más poderosas utilizan expresiones como «el eje del mal», que algunas regiones del mundo

20 Rawls, J., *The Theory of Justice,* Harvard University Press, Cambridge, 1971.

21 Pogge, T., *Realizing Rawls,* Cornell Universlty Press, Ithaca, 1989.

22 Singer ha sido reconocido, entre otras obras, por su trabajo en «Famine, Affluence and Morality», *Philosophy and Public Affairs,* 1972, 1 pp. 230-248.

23 Harris, J., «The Survival Lottery», *Philosophy,* 1975, 50, pp. 81-87.

24 Cuando el mismo Harris dice no ser totalmente utilitario, él simpatiza con esta posición.

(América Latina, por ejemplo) rechazan la educación sexual y las políticas de reproducción, que el aborto es ilegal aún en casos de violación o enfermedad fetal, y que la reproducción asistida está prohibida en algunos países, como Costa Rica, la crítica es relevante. Nótese que, en Argentina, mujeres con problemas después del aborto ocupan el 45% de las camas de guardias obstétricas en los hospitales públicos. Las complicaciones de abortos ilegales son la causa principal de mortalidad materna[25]. Si consideramos una pandemia como el SIDA, es inconcebible que en enero de 2005 aún exista una controversia entre los obispos de España y el Vaticano con respecto al uso del condón como medida de prevención[26]. Es sorprendente que se oculte el acto criminal que esto implica. El África Subsahariana está en peligro con índices muy bajos de expectativa de vida y un abrumador número de huérfanos... «La epidemia del SIDA ha creado alrededor de 13.2 millones de huérfanos (definidos como niños que han perdido a su madre o a ambos padres antes de los 15 años)»[27]. No obstante, la Iglesia Católica Romana, a través de sus voceros oficiales, continúa condenando el uso del condón.

4. Consideraciones finales

Cuando leemos algunas críticas de los bioeticistas al *statu quo,* a la visión dogmática del mundo que prevalece en la actualidad –sobre todo, en sociedades periféricas como Latinoamérica o en muchos países en vía de desarrollo donde estos pensamientos tienen un gran peso político, vemos que la clase de propuesta y crítica que desarrollan algunos bioeticistas es sumamente valiosa–. Si bien el fuerte rol del intelectual que demuele estructuras sociales –a la manera de los filósofos del Iluminismo– ya no prevalece, debemos admitir que al menos el rol más modesto del discurso crítico de la bioética ofrece nuevos argumentos y propuestas que enriquecen a la democracia y al discurso social. Tal rol crítico aún existe y es necesario para cualquier sociedad que trate de reflexionar sobre sí misma sin caer en un discurso dogmático que pueda suprimir o ignorar a sus miembros más vulnerables.

Finalmente, a la luz de este planeta globalizado que recompensa la asimilación, la masificación y cierto grado de indiferencia, creo que debemos valorar y destacar la cuota de coraje que implica, en la actualidad hacer una bioética crítica.

25 Luna, F., «*Reproductive Health and Research Ethics: Hot issues in Argentina*», Cambridge Quarterly, 2004, 13:3, pp. 267-274.

26 Piqué, E., «*Un teólogo papal estima justificado el preservativo en casos extremos*», *La Nación,* 1 de febrero 2005, p. 8.

27 De Zulueta, P., «*Randomlsed Placebo-controlled Trials and HIV Infected Pregnant Women in Developing Countries. Ethical Imperialism or Unethical Explotation?*», *Bioethics,* 2001, 15:4, pp. 289-311, p. 290.

MORIR DIGNAMENTE*

Francesc Torralba

Condensado por Jordi Castillero

RESUMEN

Tal como se plantea hoy el tema de la eutanasia en la sociedad es, ante todo y sobre todo, un problema ético. Las precisiones del profesor de filosofía de la Universidad Ramon Llull de Barcelona sobre el concepto de dignidad de la persona pueden ayudar no sólo a hacerse una idea cabal del alcance y la complejidad del tema, sino también a situarlo dentro de unas coordenadas éticas que conjuguen una auténtica dignidad de la persona con la inviolabilidad de la vida humana.

ABSTRACT

Taking into account the way in which it is considered today, euthanasia in our society is, above all, an ethical problem. The clarifications of the concept of the person's dignity by the philosophy professor from Ramon Llull University in Barcelona can be helpful not only to have a precise idea of the scope and complexity of the topic but also to locate it within the ethical coordinates that combine an authentic person's dignity with the respect and non-violation of human life.

Uno de los términos más complejos de definir filosóficamente es el término dignidad. De hecho, a lo largo de la historia del pensamiento, el concepto de dignidad ha adquirido significados bastante diferentes e incluso opuestos.

Desde el punto de vista de la filosofía platónica, la persona humana tiene una dignidad porque es un ser dotado de *logos,* es decir, con capacidad para pensar, para dialogar, para aproximarse a la verdad de las ideas. En cambio, en la filosofía teocéntrica medieval, la *dignitas* de la persona humana está justificada por su condición de criatura hecha a imagen de Dios. Desde San Agustín hasta Ramon Llull, la persona humana ocupa la cima ontológica en el orden dinámico de la creación material precisamente por su excelsa participación en el ser, tal como se desprende de la filosofía de Santo Tomás.

En la filosofía renacentista la dignidad es también un tema recurrente, especialmente en el discurso del joven Pico della Mirandola en el que la persona por sus capacidades infinitas de desarrollo tanto intelectual como afectivo es concebida como un ser en la cima de lo que es digno.

En el universo moderno y contemporáneo, la afirmación de la dignidad de la persona humana ha sido constante tanto en el hu-

* Tomado de la revista Selecciones de Teología, Vol. 37, Nº 148, octubre-diciembre, 1998, pp. 309-314.

manismo ateo que H. de Lubac calificó de dramático como en el existencialismo de Sartre y Camus, pero esencialmente en el personalismo de Mounier y Lacroix y en el pensamiento de matriz judía (Buber, Rosenzweig y Lévinas). Se puede, pues, afirmar que la tesis de la dignidad humana es de raíz griega judeo-cristiana y moderna, aunque el valor semántico del término y la justificación de la dignidad no se mueve en el mismo plano intelectual.

Pese a esa diversidad terminológica y semántica el término *dignidad* se usa con enorme facilidad para reivindicar determinados derechos o denunciar determinados procedimientos en los que la pretendida dignidad se vulnera. En la esfera jurídica, el término dignidad se utiliza tanto en las legislaciones estatales y en las declaraciones internacionales como en los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias y liberales.

Precisiones semánticas

Filosóficamente, el sentido y la esencia de la dignidad humana es una cuestión abierta que reclama una aclaración semántica. Esta aclaración es necesaria, ya que, en nombre de la dignidad de la persona, se han defendido procedimientos muy cuestionables desde el punto de vista ético. Vale, pues, la pena considerar el significado del término, para evitar un uso tangencial que empobrezca la riqueza semántica de la noción en favor de una lectura sesgada social y políticamente. En el imaginario colectivo, el uso que se hace del término está muy condicionado por el impacto mediático sobre el ciudadano.

Para dilucidar lo que significa *morir-con-dignidad* es necesario saber qué es la dignidad, ya que la expresión puede usarse en los sentidos más diversos. Es especialmente grave la confusión que, a raíz del caso Sampedro, se ha producido en nuestro país entre *eutanasia* y *morir dignamente*. La asociación entre eutanasia y muerte digna constituye una imprecisión conceptual y terminológica grave y una manera de secuestrar el concepto de muerte digna desde una determinada manera de concebir la dignidad y la libertad humana. Ni el morir con dignidad se identifica necesariamente con el ejercicio de la eutanasia ni el ejercicio de la eutanasia garantiza una muerte digna.

Por esto se hace necesario diferenciar cuatro nociones de dignidad que son complementarias: la dignidad ontológica, la ética y la jurídica.

Dignidad ontológica. Según esta noción, la persona humana tiene una dignidad sublime por el solo hecho de ser persona humana, o sea, a causa de su *ser*. Desde esta perspectiva, toda persona, independiente de su situación social, económica, política, religiosa o coyuntural, posee una dignidad que es absoluta, pues no depende de su *hacer* sino de su *ser*. La excelencia de su ser, tanto en el orden intelectual como en el volitivo, entraña esa dignidad sublime.

Dignidad ética. Esta dignidad está íntimamente relacionada con la ontológica. Pero se puede defender de manera aislada, como hace Kant en su filosofía moral. Según Kant, decir que el ser humano es digno significa que ha de ser tratado como un fin en sí mismo y nunca meramente como un medio. O sea, no puede ser instrumentalizado.

Por consiguiente, el ser humano no se puede vender ni comprar. Su vida es un fin en sí mismo y ciencia y tecnología han de orientarse al servicio de este fin, que es la persona humana. De otra forma, se vulnera su dignidad. La dignidad ontológica comporta, pues, una dignidad ética.

Dignidad jurídica. Es la que queda reflejada en los textos legales y en las declaraciones de ámbito europeo o internacional. De la dignidad ontológica y ética derivan unos derechos y unas leyes que protegen la persona humana ante determinados abusos o violaciones.

Dignidad volitiva. A las tres anteriores hay que añadir esta cuarta, que se relaciona en forma directa con el ejercicio de la libertad. Según este concepto, la persona humana es digna precisamente porque es un ser libre y su dignidad se vulnera cuando se vulnera la libertad. Aquí la raíz de la dignidad no es el *ser,* sino la *libertad*. Es en el ejercicio de la libertad donde el ser humano revela su dignidad. Desde esta perspectiva, la libertad tiene que ser respetada siempre, incluso en el caso de que comporte la aniquilación como individuo. La dignidad de la persona no es, pues, absoluta, sino que depende del ejercicio de la libertad. Cuando la persona pierde su capacidad intelectual o volitiva o cuando se le priva del ejercicio de la libertad, aunque sea por motivos legales o jurídicos, esta dignidad desaparece.

Hermenéutica de la muerte digna

La dignidad ontológica y la volitiva constituyen el núcleo del debate sobre la muerte digna y la eutanasia. Se impone delimitar el sentido de la dignidad para evitar confusiones semánticas. Pues en nombre de la dignidad de la persona se defienden posturas muy diferentes, incluso antagónicas.

Desde criterios autonomistas, morir dignamente significa morir ejerciendo la libertad, incluso en el caso de que el uso de esta libertad implique la autodestrucción del sujeto. En cambio, desde una perspectiva ontológica, la persona –también la del enfermo– posee una dignidad irreversible y, precisamente por eso, incluso en el caso de que la persona en cuestión pida morir, hay que velar por su ser y por una atención lo más cercana posible a su situación de sufrimiento.

La perspectiva ontológica ha sido criticada porque, al poner límites al ejercicio de la libertad, se la considera cruel y beligerante. En cambio, la perspectiva autonomista resultaría un signo que identifica el progresismo ético y político. Pero esta «etiqueta» es muy cuestionable.

A la hora de abordar la cuestión de la muerte digna, hay que tener en cuenta algunas consideraciones.

Primero, hay que *disociar* el concepto de eutanasia del de muerte digna. Si la libertad fuese la raíz de la dignidad los individuos actualmente incapaces de ejercer en condiciones normales su libertad perderían también su dignidad, lo cual tendría consecuencias nefastas.

Segundo, el ejercicio de la libertad siempre se realiza en un determinado contexto que *condiciona* las decisiones personales. En una condición de *máxima vulnerabilidad,* como es la de un enfermo terminal irreversible, es comprensible que una persona de-

see poner punto final a su vida. Pero esta decisión voluntaria –que no libre– está marcada por una irresponsabilidad social y política. En cambio, si la persona en cuestión se encontrase en otro marco existencial, con seguridad no hubiera decidido «libremente» poner punto final a su vida.

La libertad del sujeto es, pues, siempre relativa y finita. Absolutizarla –hacerla valer como argumento decisivo– resulta discutible. En situaciones de máxima vulnerabilidad, los sujetos más frágiles de la sociedad pueden ser los más perjudicados en una posible despenalización de la eutanasia. Desde el punto de vista ético, esa despenalización no es necesariamente el síntoma de una sociedad progresista, si por progresismo ético se entiende la atención y protección activa de lo más vulnerable.

Tercero, la idea de libertad, como la de dignidad, es compleja y rica. No se la puede identificar simplemente con la idea de *escoger.* Filosóficamente, es diferente la *libertas* (libertad) y *elliberum arbitrium* (libre albedrío). Como diría Sartre, la libertad implica una opción fundamental que se articula a partir de determinadas decisiones concretas. El hombre se hace mediante sus actos libres. Un acto libre que imposibilita cualquier acto posterior niega las condiciones de posibilidad de la misma libertad. La decisión de poner punto final a la propia vida implica la negación de cualquier otra posibilidad existencial. Una decisión así no es, en general, consecuencia de un proyecto de vida, sino que, más bien, indica una fuga del mundo por una *pérdida global de sentido.*

Cuarto, si la petición de morir responde a una *pérdida global de sentido,* entonces consideramos que es *más responsable y más solidario* tratar de reconstruir, dialógica y solidariamente, el sentido de la existencia que poner fin al problema aniquilando la existencia.

En este punto, la responsabilidad es anterior a la libertad. Si, como ha dicho H. Jonas, la responsabilidad es cuidar a alguien muy vulnerable y entender ese cuidado como un deber, entonces se impone priorizar la responsabilidad a la libertad. Pues la pérdida global de sentido podría justificar ciertas decisiones «libres» totalmente desesperadas y, por tanto, irresponsables.

Muerte digna: libertad y responsabilidad

Escribe Lévinas: *ante la muerte hay siempre una última oportunidad (diferente de la muerte)* (...). *Por tanto, la muerte no puede ser nunca asumida; llega.* Si, ante la muerte, hay una posibilidad de sentido, se impone articular mecanismos para que la persona que desea morir perciba esta última oportunidad. Pero esta tarea no tiene que ser solitaria, sino que debe *corresponsabilizar* a todos y cada uno de los agentes sociales y políticos. Justificar determinados usos de la libertad resulta a menudo una forma sutil de eludir la responsabilidad social.

El hecho de que una persona desee *morir* porque su vida ha dejado de tener sentido no puede dejar indiferente a nadie, sino que exige una acción corresponsable. No se trata de una actitud paternalista, sino de una preocupación que intenta hurgar en las raíces de esta situación y poner remedio. Esta preocupación por el otro es el nervio de la ética. En este sentido, la indiferencia respecto al otro constituye un indicio de la privatización de la experien-

cia ética y una muestra evidente de falta de responsabilidad. En cierto modo, cuando un ser humano quiere poner punto final a su vida porque ya no tiene sentido, no toma una decisión aislada o autónoma, sino que todos somos *corresponsables* en la medida en que, desde todos los puntos de vista y pese a todo, no hemos hecho lo posible por ayudar a aquella persona a construir sentido. Como dice Lévinas, *la responsabilidad ante el prójimo* es *anterior a mi libertad*.

El arte de ayudar a morir

Morir con dignidad no significa poner punto final a una vida que ha perdido su sentido, amparándose en la libertad individual, sino construir mecanismos, que, dentro de los límites posibles, asuman la experiencia de la finitud y de la caducidad humana.

En este sentido, *releer* la novela de León Tolstoi *La muerte* de *Ivan Illich* puede ayudar a comprender que morir dignamente se relaciona en forma fundamental con el ejercicio de un acompañamiento a la altura de la dignidad humana. Morir con dignidad no equivale a alargar de manera desproporcionada la vida biológica, pero tampoco quiere decir propiciar la muerte, sino ejercer la responsabilidad solidaria mediante el gesto acogedor, la palabra tierna, la mirada respetuosa, la proximidad en el sentido que Lévinas da a ese término: *acercamiento, contacto, sensibilidad. Es decir: la antítesis de la indiferencia.*

Guerasim, el criado de Ivan Illich, es el paradigma ético del acompañamiento. El moribundo se siente solo, incomprendido en su círculo de familia y amigos; se siente un estorbo para su entorno. Pero esta autopercepción cambia cuando entra en contacto con Guerasim. Entonces el acompañamiento alcanza las más altas cotas de comunicación y de sentido.

Con su relato nos enseña Tolstoi que morir dignamente significa, ante todo, ser asistido en toda la integridad –corpórea y espiritual–, significa morir con conciencia y esperanza. Cuando Ivan Illich es acompañado, no desea morir, sino que experimenta la serenidad y acepta su situación con madurez humana. Tolstoi nos enseña que acompañar a morir es un arte y, como todo arte, presupone técnica, intuición y una gran sensibilidad.

Acaso este relato nos haga ver que el derecho a morir dignamente es un derecho intrínseco a la persona, pero que no se debe confundir con la reivindicación de una praxis como la eutanasia sino que pide corresponsabilidad social ante el fenómeno de la muerte y exige una pedagogía de la finitud y de la muerte tan ausente en el proceso formativo de la persona. El despliegue de este derecho pide, además profesionales bien formados no sólo desde una perspectiva científico-técnica sino también humana, es decir, basados en la capacidad comunicativa sensibles a la situación de vulnerabilidad del enfermo. Implica en definitiva la rehumanización de la asistencia.

"(...) si la petición de morir responde a una *pérdida global de sentido,* entonces consideramos que es *más responsable y más solidario* tratar de reconstruir, dialógica y solidariamente, el sentido de la existencia que poner fin al problema aniquilando la existencia.". **FRANCESC TORRALBA**

Reto a la ética coherente de la vida* ¿Puede la concepción católica sobre el cuidado de la salud servir de guía?

Richard A. McCormick, S.J.

Traducido y condensado por Márius Sala

Resumen

En diciembre de 1983 el Cardenal Joseph Bernardin pronunció en la Universidad de Fordham una conferencia en la que, por primera vez, expuso lo que él denominó «la ética coherente de la vida». En los siguientes cuatro años pronunció nueve conferencias en las que desarrolló su pensamiento. El autor del presente artículo vuelve sobre el tema, lo clarifica, muestra las amenazas que hoy acechan a la concepción católica y señala siete objetivos para que la atención sanitaria católica pueda ejercer un liderazgo respecto a un sistema de salud seriamente defectuoso.

Abstract

In December 1983, Cardinal Joseph Bernardin gave a lecture at Fordham University in which, for the first time, he presented what he called «The coherent ethics in life». During the following four years, he delivered up to nine speeches in which he developed his thought. The author of this article goes back to the topic, clarifies it, explains the threats that menace the catholic conception, and points out seven objetives, so that, the catholic group for sanitary responsibilities may exercise a leadership with respec to a seriously faulty health system.

¿Qué es la «ética coherente de la vida»? El Cardenal Bernardin la describe como «un concepto primariamente teológico, derivado de la tradición bíblica y eclesial sobre el carácter sagrado de la vida humana y sobre las responsabilidades que nos incumben de proteger, defender, promover y mejorar la vida como don de Dios». La palabra clave es *consistent*[1]. Ésta significa que, ante un amplio espectro de muy distintas cuestiones que atañen todas a la vida (guerra, pena de muerte, aborto, problemática respecto a la muerte, genética, sexualidad) nosotros adoptamos la misma actitud: respeto. En la medida en que ese respeto disminuye o falta en una área determinada, se debilita la ética de la vida en su conjunto y las restantes áreas quedan amenazadas. Bernardin deja en claro que la «ética coherente» se aplica tanto a las cuestiones de protección como a las de mejora de la vida, tanto al derecho como a la calidad de vida.

* Tomado de la revista Selecciones de Teología. Vol. 36, No. 141, enero-marzo, 1997, pp. 17-26.

1 El inglés *consistent* significa a la vez coherente (coherencia interna) y consecuente (rigor en las aplicaciones): el respeto a la vida hay que aplicarlo a todos los casos (Nota de la Redacción).

La *Encíclica Evangelium Vitae* (25.03. 1995) va en esta misma línea cuando afirma: «*Allí donde está en juego la vida, el servicio de caridad ha de ser profundamente consecuente.* No puede tolerar ni prejuicios ni discriminación. Pues la vida humana es sagrada e inviolable en cualquier etapa y en cualquier situación: es un bien indivisible».

Una observación más: hay quien rechaza la idea de la «ética coherente» por dos motivos: porque desdibuja el enfoque sobre el aborto y porque pide demasiado a cada individuo. Esta queja procede sobre todo de un sector del movimiento *pro-vita*. A esto Bernardin responde que no es necesario que todos lo hagamos todo. Pero la Iglesia como conjunto sí debe tener en cuenta todo el espectro de cuestiones que quedan incluidas. Hay que ser consecuente en no defender posiciones antagónicas respecto a distintos aspectos del valor único de la vida humana. Cuando lo que está en juego es la vida humana hemos de ir todos a una.

La coherencia en la actitud, manifestada en la coherencia de principios y aplicaciones no sólo tiene lógica *interna* sino que favorece también la credibilidad *externa* de la Iglesia. Los diferentes aspectos de la «ética coherente» son distintos, pero también interdependientes.

¿Qué es lo que amenaza a esta ética en nuestro tiempo? «El hecho cultural dominante, presente tanto en la guerra como en la medicina moderna, que induce a una conciencia más aguda de la fragilidad de la vida humana, es nuestra tecnología» (Bernardin). Ésta proporciona un nuevo contexto en el que problemas viejos, pero recurrentes, deben ser replanteados. Así las armas nucleares cuestionan la legitimidad de la disuasión.

En medicina, nuestra capacidad para prolongar la vida y diferir la muerte plantea preguntas sobre cómo usar la moderna tecnología. El suicidio médicamente asistido puede servir de símbolo de los problemas que nuestra sociedad tiene planteados respecto a la muerte. La muerte sigue siendo tratada como «una ofensa contra la naturaleza», cuando en realidad es una parte integrante de la naturaleza, como el nacimiento y la vida misma.

La medicina lleva el cuño de la cultura en la que se practica. Nuestra cultura es a la vez violenta y tecnológica. Podemos confundir tecnología con curación y podemos practicar la violencia pensando que curamos. Y esta violencia tecnológica puede practicarse tanto en el intento por salvar la vida como por ponerle fin. Es claro que tales intentos, que no por bien intencionados dejan de estar equivocados amenazan una ética consecuente.

¿Puede la asistencia sanitaria católica servir de guía para recuperar una ética coherente de la vida, cuando ésta toca a su fin? Pienso que sí y voy a sugerir siete medios para lograrlo. Los cuatro primeros se refieren directamente a la formación, aunque en última instancia llevan también a la práctica. Los tres últimos se refieren a la acción.

El suicidio asistido médicamente

Aquí convergen cinco tendencias culturales:

La absolutización de la autonomía. Los últimos veinticinco años han sido testigos de cómo ha prosperado la autonomía del paciente en detrimento del paternalismo de los médicos. Ese paternalismo se remi-

te a un sistema en el que las decisiones las toma el médico contra las preferencias del paciente o sin su consentimiento. En la actualidad, al menos en el ámbito occidental, todo el mundo admite que la toma de decisiones respecto al tratamiento médico forma parte de la dignidad individual. Lo que no se advierte es que el fuerte énfasis en la autonomía puede derivar en reacciones exageradas. En distintos ámbitos, si ponemos coto al autoritarismo, corremos el riesgo de caer en el anarquismo.

Veo dos graves inconvenientes de absolutizar la autonomía. El primero, que se da muy poco valor a la información y formación de la conciencia para el uso de la autonomía. Con semejante vacío, el simple hecho de que es el paciente el que decide tiende a ser considerado como la única manera legítima de decidir. Esto es para mí absolutizar. Este planteamiento lo encontramos también a propósito del aborto. El hecho de que la que decide es la mujer se considera ya como la única forma legítima de decidir. Pero hay decisiones buenas y decisiones malas. Si no examinamos las condiciones que hacen que una decisión sea buena o mala, la autonomía asumirá este rol. Y entonces la autonomía resultará desmedida y desvirtuada.

El segundo inconveniente de absolutizar la autonomía consiste en la intolerancia de la dependencia de los demás. La gente aborrece ser dependiente. Si se canoniza la independencia de nuestra conciencia, «morir con dignidad» significa morir a mi manera, cuando yo quiera y por mí mismo. No obstante, el punto de vista anglicano era, sin duda acertado cuando se expresaba así en 1975: «Hay un intercambio de dar y recibir. Al comienzo y al final de la vida el recibir supera e incluso llega a excluir el dar. Pero el valor de la vida humana no depende sólo de su capacidad de dar. El amor, *agape*, consiste en el respeto inalterable por el valor de los otros seres humanos, independiente de sus características. Esto se extiende a las situaciones de desamparo y desesperación, a aquéllos que, a sus propios ojos y para la sociedad no poseen ningún valor (...). Este amor exige en el que da un cuidado ilimitado y en el que recibe una confianza absoluta. La pregunta es aquí: ¿la práctica de la eutanasia voluntaria es consecuente con el fomento de ese cuidado y de esa confianza?».

En esta misma línea Daniel Callahan afirma: «Ser persona es vivir en perpetua tensión entre dependencia e independencia. La primera es parte de nosotros tanto como la segunda».

¿Hemos olvidado esto? Creo que sí. El suicidio asistido es una huida de la compasión, no una expresión de ella. Es sospechoso no por demasiado duro, sino por demasiado fácil. ¿Olvidamos que la vejez dependiente es una llamada a aferrarnos a un poder (Dios) que está más allá de nuestro control? Así lo creo. Rechazar nuestra propia dependencia significa, en última instancia, rechazar nuestra interdependencia. Y esto supone dejar de ver el suicidio asistido tal como a menudo es: un acto de aislamiento y abandono.

La secularización de la medicina. Por «secularización» entiendo el divorcio de la medicina de los valores que hacen de la atención sanitaria un servicio humano. O más agresivamente: es una preocupación creciente por los valores que son periféricos y se distancian de una concepción holística de la salud humana (com-

petencia, riesgo, aspectos financieros, etc.).

Hay algunos síntomas de esa tendencia hacia la secularización. El primero es que hay médicos que o están abandonando la profesión o que, si pudiesen, lo harían. Otro síntoma es el motivo que dan los médicos de su descontento. Básicamente consiste en que la relación médico-enfermo se ha agriado. El director del servicio de urgencias de un hospital de Mineápolis lo expresaba así: «Existe la impresión de que se puede reemplazar un médico por otro. Y esto es una desgracia. Muchos médicos buenos se sienten mal». «Si un médico se considera un proveedor –afirma otro doctor–, la relación médico-paciente, que es el alma de la medicina, ha quedado destruida». No es extraño que haya un alto porcentaje de pacientes que piensan que muchos médicos están demasiado interesados en hacer dinero y que no se preocupan por la gente como antes.

Detrás de semejante erosión de la relación médico-paciente está la pérdida de la cultura de la compasión y del cuidado. Su lugar es ocupado por la ética del negocio. Muchos médicos sienten que lo que hacen no es otra cosa que «un empleo». Cuando la medicina se reduce a un negocio, los médicos se convierten en hombres de negocios. Y por esto reclaman sus mismos derechos. La ciencia médica se considera como algo que pertenece al médico y que, por consiguiente, está sujeto a la economía de mercado. Análogamente, la enfermedad se considera como cualquier otra necesidad que requiere un servicio.

No estoy interesado en culpar a nadie de esa secularización de la medicina. Sin duda los médicos señalarían, como responsables, la erosión de su autonomía (controles), la merma de su prestigio y el aumento del riesgo, junto con una reducción de la compensación, etc. Otros echarían la culpa de lleno a la profesión. Yo no voy a dirimir esta disputa aquí. Sólo quiero hacer notar el hecho de la secularización y la sustitución de una cultura profesional por una ética del negocio. De hecho, para muchos médicos y hospitales «el negocio de la medicina es más negocio que medicina». Y formar parte de la junta de un gran hospital norteamericano no es muy distinto que formar parte de la junta de una gran empresa automovilística.

Una vez secularizada la profesión, los médicos actuarán en consecuencia. Así, por ejemplo, afirmarán que el médico es libre de tratar o no a los enfermos del SIDA. Hay afirmaciones que tienen una doble lectura. Así, por ejemplo, ésta: «No impondré mis valores a mis pacientes». Esto tiene una lectura sana y ortodoxa: al designar el régimen de gestión del paciente tendré en cuenta su educación, edad, valores, preferencias, etc. Pero la lectura secularizada reza así: Haré todo lo que el paciente prefiera y pida. En este caso el médico se reduce a un instrumento tecnológico del paciente, contratado por un precio para hacer la voluntad del paciente.

Control inadecuado del dolor. Son muchos los que no temen la muerte, sino el morir. Y lo que más temen del morir es el dolor. Por desgracia, casi todo lo referente al tratamiento médico del dolor resulta penoso. Un estudio de 1989 descubre algunos hechos inquietantes. Sólo un 10% de los médicos afirman haber recibido un buen entrenamiento para tratar el dolor. Son porcentajes mínimos los presupuestados para la investigación del dolor. El 85% de

los médicos encuestados afirman que la mayoría de los enfermos de cáncer están inframedicados, cuando consta que si se usa de manera competente, la medicación contra el dolor podría aliviar la agonía del 80 al 90% de los pacientes de cáncer. Pero, para poder ser controlado, el dolor debe ser primero reconocido. Y el 60% de los médicos se confiesan incapaces de reconocerlo. En definitiva: formación pobre, capacidad de diagnosticar y asistencia pobre.

Si hubiese una educación mejor y un mejor control del dolor, desaparecerían la inmensa mayoría de los motivos para la eutanasia.

El debate sobre nutrición-hidratación. Algunos casos llamativos han puesto este problema en el ojo del huracán. Esto fue especialmente cierto en el caso de Nancy Cruzan. Se puede mantener a las personas en vida vegetativa durante años intubándolos. Pero ¿podemos o incluso debemos actuar así? Pocos responderían de manera afirmativa en el caso de que el paciente con anterioridad hubiese rechazado dicho tratamiento. Pero ¿Y si el paciente no ha expresado nada? Aquí surge la controversia. Muchos médicos y moralistas están convencidos de que en coma irreversible, no se requiere este tratamiento. Porque no es en beneficio del paciente. Ésta es también mi propia convicción. Y escribí todo lo que pude en apoyo de la familia de Nancy, cuando decidió hacer parar las máquinas.

Otros –creo que una minoría– consideran esta decisión en términos mucho más siniestros. Para ellos proseguir la intubación constituye un beneficio para el paciente, porque preserva su vida. A mí me parece que esa es una valoración muy estrecha de miras, porque el beneficio que saca el paciente se reduciría a prolongar sus funciones fisiológicas. Daniel Callahan califica esto como «el caso más claro que puede encontrarse de esclavitud a la tecnología».

No voy a seguir discutiendo el caso. Pero sí quiero añadir que la mayoría de personas a las que he preguntado qué desearían que se hiciese con ellos en tal situación han respondido que no querían seguir de forma indefinida en una vida puramente vegetativa. Ésta es la segunda cosa que la gente teme del morir: una prolongación innecesaria y sin sentido del proceso. La gente no quiere convertirse en prisionera de la tecnología. Y es aquí donde esta cuestión entra en contacto con la del suicidio asistido. Si se impone el tratamiento de la nutrición-hidratación, la gente con facilidad verá el suicidio asistido como una alternativa preferible. Y es aquí donde aparece claro cuán contraproducentes resultan algunos fanáticos del movimiento *pro-vita*. Su postura, al afirmar que lo de Nancy fue un «asesinato», no hace sino acrecentar el número de los partidarios del suicidio asistido.

Aquí viene al caso la distinción entre matar y dejar morir. Constato que determinadas instancias de ese dejar morir son irresponsables y que equivalen a matar. En algunos casos la distinción resulta muy difícil de aplicar de manera convincente. Pero sería también irresponsable abandonar lo que, durante décadas, ha prestado buenos servicios. Ha habido jueces que, cuando a un paciente en situación de coma irreversible se le ha retirado la respiración artificial han aplicado las leyes del homicidio. Si los jueces confunden la retirada

de los medios artificiales para conservar la vida vegetativa con un homicidio, hacen del homicidio algo muy aceptable.

Presiones financieras sobre la salud. Huelga decir que existe una enorme presión para rebajar los costos de la atención sanitaria. No se trata de reducir los gastos administrativos sino de crear una atmósfera coercitiva respecto a los ancianos y a los enfermos crónicos. El suicidio asistido no está presupuestado como neutral. Imaginemos una persona anciana delicada de salud que representa un desgaste emocional y económico para su familia y que se halla en un estado en el que el suicidio asistido es legal. Uno puede adivinar su pregunta: ¿Ahora quieren que yo pida esto? Un abogado escribía en el periódico *The New Times*: «El Estado reduce la vida si legisla una opción que, cuando somos más débiles, nos fuerza a tomar una decisión para la que nadie jamás sentiría el más mínimo impulso».

Juicio de valor sobre la vida y la muerte

Si tenemos «un sistema de atención médica que se equivoca respecto al término de la vida», este fallo brota de una noción distorsionada de la vida y de la muerte y a la vez la alimenta. La premisa implícita de la medicina moderna es que la muerte es una derrota de la medicina y que hay que resistir con agresividad hasta el fin. Tras semejante actitud y práctica se esconde una negación de nuestra mortalidad y la idea de que el progreso tecnológico puede trascenderla. La muerte es simplemente el enemigo. «¿Por qué he de morir?» es la pregunta que se yergue como el símbolo del rechazo cultural de la muerte. La «muerte administrada» es la cara de ese rechazo: «Si he de morir, ha de ser como yo quiera». Este es el último intento desesperado pora conquistar la muerte.

La tradición católica no acepta esto. Más bien afirma el hecho de que somos peregrinos, que Cristo superó la muerte y vive, y que nosotros viviremos con él. Su juicio de valor sobre la vida podemos formularlo así: la vida es un bien fundamental, pero no absoluto. Es *fundamental,* porque es la fuente y la condición necesaria para toda actividad humana y para toda sociedad. No es *absoluto*, porque hay bienes superiores a los que uno puede sacrificar su vida. «No hay amor más grande que dar la vida por los amigos» (Jn 15,13). Después del ejemplo de Jesús, ésta, aunque constituya el término de la vida tal como la conocemos, es su más completa realización. Respecto a la muerte podemos pues, afirmar: es un mal, pero no un mal absoluto e incondicionado.

Este juicio de valor tiene aplicación inmediata a la enfermedad y al morir. No todos los medios deben ser usados para preservar la vida. ¿Por qué? Porque hay valores superiores a la vida tanto en el vivir como en el morir. La obligación de usar todos los medios para preservar la vida equivaldría a devaluar la vida humana, pues la sacaría del contexto o historia que es la fuente de su valor último.

Así, la tradición católica se mueve entre dos extremos: el vitalismo u optimismo médico-moral (que preserva la vida con todos los medios y a toda costa, sin importar con qué condiciones) y el pesimismo médico-moral (que mata activamente, si la vida resulta onerosa, disfuncional y molesta). Los juicios meramente tecnológicos podrían caer en una de estas dos trampas.

Juan Pablo II resume concisamente esto al afirmar: «*La vida corporal en su estado terreno no es un bien absoluto para el creyente*» (*Evangelium Vitae*, No. 47). Advirtamos las palabras «para el creyente». Estoy asombrado de que una tradición que proclama que, con la muerte, «no se nos quita, sino que se nos cambia la vida», deje que esa creencia central tenga tan poca influencia en su análisis de la atención sanitaria y del morir. Estoy sugiriendo que la atención sanitaria católica posee una tradición que le permite contar con una muerte llena de paz como parte connatural de la práctica médica. Recuperar esa tradición significaría dar marcha atrás a la violencia tecnológica que actualmente se ceba en el morir humano.

Atención hospitalaria de los enfermos terminales

Las instituciones dedicadas a este tipo de atención son relativamente recientes en los Estados Unidos. Actualmente existen cerca de dos millares de centros residenciales. Esto sin contar con la asistencia domiciliaria. A medida que el promedio de edad de nuestra población se vaya incrementando, estas instituciones serán todavía más necesarias. Ellas encarnan la concepción equilibrada de la vida y de la muerte que hemos expuesto. Este tipo de atención constituye una celebración de la vida frente a la muerte que ofrece a los enfermos terminales y a sus familias apoyo médico, emocional y espiritual.

Dimensión ecuménica

La atención sanitaria católica no ha tenido nunca el carácter de *ghetto*. Tanto los que ofrecen como los que reciben la atención son muy ecuménicos. Lejos de atender a su propia identidad católica, esto proporciona la oportunidad de compartir con otros la propia concepción de la vida y de la muerte. Esta dimensión ecuménica implica esfuerzos de educación, tanto dentro de las instituciones asistenciales como fuera de ellas. Hay que explotar los vastos recursos que ofrece la vida parroquial católica.

Ser ejemplares en la justicia

En su pastoral sobre la justicia económica para todos, los obispos norteamericanos hacen una observación muy interesante: «Todos los principios morales que regulan la justicia en la economía tienen su aplicación a la Iglesia y a sus instituciones. La Iglesia tiene que ser ciertamente ejemplar». Esto se ha de aplicar a las instituciones sanitarias católicas de dos formas: a su política y estructuras internas y a su opción por los pobres.

Nuestro sistema de atención sanitaria es un reflejo de nuestra sociedad. Y nuestras instituciones católicas no están exentas de los fallos del sistema. También ellas están aquejadas, hasta un cierto grado, de racismo, sexismo y demás patologías sociales. Tomemos como ejemplo el racismo. Y me refiero a un racismo estructural. Los hospitales católicos pueden haber de manera insensible incorporado en su estilo de vida algunas conductas opresivas para las minorías. Enumero cuatro: las minorías obtienen empleos de más bajo nivel; el personal de urgencias adopta a veces actitudes a menudo negligentes e incluso discriminatorias; hay problemas de comunicación con los que no hablan inglés; es más fácil que los pacientes de las minorías experimenten falta de respeto.

Por lo que se refiere a la opción por los pobres, los estudios sociológicos muestran que las instituciones asistenciales católicas y el personal médico y sanitario que trabaja en ellas acepta en principio la opción, pero no está satisfecho de su propia actuación en esta línea.

¿Qué tiene que ver esto con la «ética coherente» de la vida? Esta es justamente la cuestión para el Cardenal Bernardin. Si no nos preocupamos de las necesidades sanitarias de los pobres, estamos minando nuestra resistencia al suicidio asistido. Esto suena extraño. Pero es lo que Bernardin entiende cuando afirma que «la actitud es el lugar donde arraiga una ética de la vida, ya que, en última instancia es la actitud de la sociedad –de respeto o de no respeto-– la que determina sus políticas y su praxis». No atender a las necesidades de los pobres revela una actitud y esa actitud es inconsecuente con nuestra resistencia al suicidio asistido. Si descartamos la asistencia, descartamos también la resistencia.

Una enseñanza honesta y realista sobre la vida

Dadas las divisiones actuales en la Iglesia, lo que voy a decir aquí será controvertido. Pero creo que vale la pena arriesgarse. La atención sanitaria católica recibe el impacto de la enseñanza de la Iglesia. Lo que más me preocupa es la credibilidad. Para ser creíble hay que ser totalmente abierto y honesto. Esto no significa, de ninguna manera, que el magisterio tenga que suavizar su voz profética. Pero sí quiere decir que he de admitir dudas donde las hay y reconocer problemas donde los hay. Es aquí donde encontramos la dificultad. Rahner lo expresó así: «El magisterio ordinario del Papa en las decisiones doctrinales auténticas, al menos en el pasado y en tiempos muy recientes, estuvo a menudo involucrado en el error, y por otra parte, Roma acostumbró a tirar adelante e insistir en tales decisiones como si no hubiese duda alguna de que eran correctas y como si toda ulterior discusión fuese impropia de un teólogo católico».

En la ética médica hay muchos problemas en los que los católicos (médicos, laicos, obispos y teólogos) están divididos. Todos nosotros conocemos estos problemas: el estatuto moral del pre-embrión, la nutrición-hidratación de pacientes en coma irreversible, la contracepción, la esterilización, la fertilización *in vitro*, etc. No reconocer la división de opiniones resta credibilidad a la enseñanza oficial de la Iglesia. Como dijo el obispo Kenneth Untener en la Conferencia Episcopal Norteamericana (noviembre, 1990): «Ha llegado el momento de preguntar en voz alta. Si no lo hacemos así, causamos un gran perjuicio a la credibilidad y a la unidad de esa Iglesia que amamos».

Evitar las cadenas dedicadas al lucro

Si la atención sanitaria católica ha de ejercer un liderazgo ha de seguir siendo profundamente católica. Esta orientación queda comprometida cuando nuestras instituciones son adquiridas por cadenas de inversores privados. Entre el servicio eclesial de atención a la salud y las cadenas de inversión privada existen las siguientes diferencias profundas:

- El servicio eclesial se considera como un signo de la presencia compasiva de Dios. Las cadenas se consideran así mismas empresas comerciales.

- Para la Iglesia la atención sanitaria es un servicio esencialmente humano. Las cadenas lo ven como una forma de sacar provecho.
- El servicio eclesial responde a la necesidad de servir al pueblo y a las comunidades, con una opción preferencial por los pobres. Las cadenas responden a la necesidad de producir réditos.
- El servicio eclesial espera de los ejecutivos que apliquen los valores evangélicos a la salud. Las cadenas esperan de los ejecutivos que alcancen un nivel mínimo positivo.
- Responsabilidad comunitaria frente a responsabilidad hacia unos propietarios remotos.
- Respeto por la santidad de cada vida humana frente a un ofrecimiento de servicios que niega tal santidad.
- El servicio eclesial usa la rentabilidad para aplicarla a las necesidades del pueblo. Las cadenas usan las necesidades sanitarias para alcanzar rentabilidad.

En una palabra: la «ética coherente de la vida» es una encrucijada en el camino. ¿Puede la asistencia sanitaria católica ofrecer un liderazgo? Creo que sí, con tal que atienda a estos siete puntos: educación de los factores que conducen al suicidio médicamente asistido; claridad acerca de los valores básicos respecto al significado de la vida y de la muerte; atención a los enfermos terminales; dimensión ecuménica; ejemplaridad en la justicia; enseñanza honesta y realista en temas de bioética; evitar las cadenas dedicadas al lucro.

Si alguno de estos siete puntos falla, la «ética coherente de la vida» quedará debilitada y el liderazgo comprometido.

¿Logrará la atención sanitaria católica tal liderazgo? Honestamente, no lo sé.

"Aquí viene al caso la distinción entre matar y dejar morir. Constato que determinadas instancias de ese dejar morir son irresponsables y que equivalen a matar. En algunos casos la distinción resulta muy difícil de aplicar de manera convincente. Pero sería también irresponsable abandonar lo que, durante décadas, ha prestado buenos servicios. Ha habido jueces que, cuando a un paciente en situación de coma irreversible se le ha retirado la respiración artificial han aplicado las leyes del homicidio. Si los jueces confunden la retirada de los medios artificiales para conservar la vida vegetativa con un homicidio, hacen del homicidio algo muy aceptable". **RICHARD A. MCCORMICK, S.J.**

¿Estorba la teología en el debate bioético?*

Juan Masiá Clavel, S.J.

Condensado por Jordi Castillero

Resumen

La bioética afronta la problemática que plantean los desarrollos actuales de la biología y la biomedicina a los valores éticos y morales de la vida humana. El autor del presente artículo aborda una cuestión que está implicada en el debate bioético actual: ¿ayuda o estorba la teología a dicho debate? y, en todo caso, ¿qué teología ayuda? Para el autor, sólo aquella que esté dispuesta a tomar parte en el diálogo pluricultural e interdisciplinario de la bioética y, desde su propia tradición, aporte o no respuestas sino propuestas.

Abstract

Bioethics faces the problematic that current developments on biology and biomedicine state to human life's ethical and moral values. In this article, the author approches an issue that is involved in todays bioethical debate: does theology help or does it obstruct this debate? And, in any case, which is the theology that actually contributes to the debate? For the author, it is only a theology that is ready to take part in a multicultural dialogue, looked at from the different disciplines of bioehics and from its own tradition, the one that may contribute either with answers or with proposals.

La bioética arrancó con brío en la década de los setenta. Entonces filósofos y moralistas representaron un papel de primer plano. Con posterioridad, en plena fiebre de la bioética, se ha cuestionado la presencia de filósofos y teólogos en el debate bioético. Algunas tomas de posición oficiales de instancias eclesiásticas han contribuido a dicho cuestionamiento.

Por otra parte, tampoco ha faltado quien ha reivindicado para la filosofía el papel de moderador del debate y para la teología la capacidad de iluminarlo a la hora de buscar un consenso entre las diversas tradiciones preocupadas por los valores humanos básicos.

Aquí no nos planteamos tanto si la teología contribuye o no al debate bioético, como qué clase de teologías son las que lo frenan y cuáles lo favorecen.

Reto de las ciencias de la vida a la teología

Según una tradición china, hay tres clases de médicos: unos curan enfermedades, otros curan enfermos y otra tercera clase de médicos curan, además, al país. Esta

* Tomado de la revista Selecciones de Teología, Vol. 36, No. 142, abril-junio, 1997, pp. 141-147.

última es la que necesita la sociedad de la era tecnológica.

La bioética se sitúa a caballo entre las ciencias y la filosofía. Aborda los problemas morales que nos plantean los «desarrollos» recientes de la biología y la biotecnología. Decimos «desarrollos» y no «avances», porque la ambivalencia ética hace que nos cuestionemos si responden a un progreso o a un retroceso para la humanidad.

Nunca como ahora la humanidad ha dispuesto de tantos medios para mejorar la calidad de vida pero tampoco nunca la vida se ha visto tan amenazada. Se plantean problemas de protección del comienzo y del fin de la vida humana (manipulación genética, técnicas de reproducción asistida, eutanasia, prolongación artificial de la vida, etc.), problemas en torno a la salud y a la enfermedad (derechos del paciente, relación médico-enfermo, etc.) y problemas de protección del entorno ecológico.

Todos estos problemas tienen dos caras: una técnica y otra humana. Pues, si los científicos los discuten a nivel de técnica biomédica y los juristas a nivel legislativo, dichos problemas no dejan de tener su lado humano, que puede y debe ser discutido y en el que la opinión pública debe decir también su palabra

Por esto hay que contar también con los aportes de la filosofía y la teología, con sus orientaciones sobre los valores humanos. No basta con apelar a una «ética» en sentido estrecho, que se limite a decir lo que está y lo que no está permitido. Necesitamos una ética que se plantee las preguntas humanas fundamentales: ¿cuál es el valor de la vida y el sentido de la muerte? ¿cuál es la manera humana de nacer, crecer, vivir, enfermar y morir? ¿cómo usar la tecnología al servicio de la humanidad? ¿qué tratamiento médico es el que respeta la dignidad de la persona humana? Aplicar de manera precipitada las tecnologías sin responder primero a estas preguntas sería como pisar el acelerador después de haber perdido el control del vehículo.

Tres décadas de bioética

Si la bioética, como tal, se constituyó a fines de los años sesenta y comienzos de los setenta, hubo antes de esas fechas algunos atisbos. Así, en el campo católico, se contaba con textos de teología moral que tenían un apartado dedicado a la deontología médica. Más llamativo resultó, en el campo protestante, el reto lanzado por J. Fletcher. Acentuando la importancia de la decisión libre, en su *Moral and Medicine* (1954) abogaba por el derecho a ser informado de la verdad, controlar la paternidad, morir, etc. Dos años más tarde P. Ramsey sostuvo una postura más moderada que coincidía con los católicos en el rechazo de la inseminación artificial con semen de donante y de la eutanasia activa.

Con el Vaticano II se crea un clima de apertura, libertad y respeto a la pluralidad. A partir de 1965 el interés por las cuestiones de la ética se acrecentó hasta tal punto en los Estados Unidos, que desde el campo filosófico y religioso se contribuyó poderosamente a la constitución de la bioética como disciplina.

En los años setenta la bioética rompe el marco de la tradición judeo-cristiana, en la que surgió y se sitúa en la perspectiva de la ética filosófica. Se experimenta la necesidad de un lenguaje apropiado a la socie-

dad plural y secular y con esto la bioética se va secularizando.

En las dos décadas últimas se ha pasado del predominio teológico y médico al filosófico y legal. Con menos influjo de la mentalidad religiosa se intenta fundamentar la bioética en un contexto plural y secular. El hecho de que se haya institucionalizado (comités, etc.) ha exigido un lenguaje común aceptado por todos.

Hubo teólogos como R. A. McCormick que se implicaron más en los comienzos de la bioética. Tenían ante sí una doble tarea: ser críticos frente a los excesos biomédicos y biotecnológicos faltos de ética, y ser críticos también frente a la propia tradición de una moral teológica que estaba obligada a revisar sus criterios. La bioética no podía reducirse a una deontología ni a un enfoque individualista de los problemas. Había que ofrecer una alternativa frente a la moral tradicional, incapaz de responder a los nuevos retos. Había que actuar con mentalidad dialogante y no de juez de lo permitido y lo prohibido.

Las tomas de posición eclesiástica

Tanto en tiempo de Pablo VI como en el de Juan Pablo II cabe observar un mismo fallo común y persistente: una teología moral de recetas, incapaz de dialogar con las ciencias de la vida. Las intervenciones de la Iglesia son percibidas como un intento de imponer en una sociedad plural las convicciones particulares de un grupo religioso.

Con la Encíclica *Humanae Vitae* se daba marcha atrás con respecto al Vaticano II. En ella la argumentación moral se centra en los actos externos aislados y en una concepción estática y estrecha de ley natural, demasiado identificada con lo meramente biológico. De esa concepción de ley natural se sigue que, cuando los esposos usan la contracepción, «impiden el desarrollo de unos procesos naturales» (Nº 16).

Ahí subyace una moral más escolástico-jurídica que bíblico-antropológica. A la «moral de diálogo» se le opone una «moral de recetas». Algunos intelectuales católicos, como D. Callahan y A. Hellegers, criticaron sobre todo, la concepción estática y estrecha de ley natural que se propugnaba en la encíclica y que dificultaba la relación entre teología y ciencia.

El documento *Donum Vitae* de la Congregación para la Doctrina de la Fe (1986) tiene una introducción en la que tras denunciar la ruina de una ciencia sin conciencia y reclamar que ciencia y tecnología se pongan al servicio del ser humano, antepone a las cuestiones concretas una exposición antropológica: el ser humano como totalidad, una concepción de la ley natural, no como conjunto de normas a nivel meramente biológico, sino como el «ámbito de lo razonable», y un énfasis en que las intervenciones sobre el cuerpo afectan a toda la persona. En ese marco se afirma que «no debemos rechazar las intervenciones artificiales por el mero hecho de ser artificiales» y establece como criterio el que la acción sea responsable o irresponsable. Pero, cuando el documento pasa a los casos concretos, no aplica con coherencia estos principios.

Esto significa que de hecho, la postura oficial no ha superado el malentendido en torno a lo «natural»: el de considerar bueno, sin más, todo lo llamado «natural» y juzgar negativamente, sin más, todo lo con-

siderado como «artificial».Se confunde «artificial» con «antinatural». En la introducción del documento se afirma lo contrario, pero luego, en las aplicaciones, no se tiene en cuenta.

No se puede considerar antinatural toda intervención humana en la naturaleza. Una «cesárea» no es antinatural, sino un medio para salvar la vida de la madre y del hijo. El que una intervención se haga con medios técnicos no impide el que sea «natural». En cambio, realizar esa operación sin necesidad o de manera irresponsable, por ejemplo, por lucro, sí sería antinatural. Pero no por artificial, sino por irresponsable.

Con un razonamiento ético similar, apoyado en los principios antropológicos formulados en su introducción, en temas como la fecundación artificial o el uso de anticonceptivos llegaríamos a conclusiones opuestas a las del documento vaticano. Cuando recientemente la *Evangelium Vitae* (1995) insiste en que «en la biología de la generación está inscrita la genealogía de la persona» (Nº 43) reincide en el mismo fallo de la *Humanae Vitae,* más de dos décadas después. Con este enfoque estrecho y estático sobre la ley natural no es de extrañar que en los números 57 y 58, al hablar de la «fase inicial» de la existencia que va «de la concepción al nacimiento», lo haga sin tener en cuenta ningún dato científico para distinguir entre cigoto, mórula, blastocisto, embrión preimplantatorio, embrión y feto.

Los datos que nos proporcionan hoy la genética y la embriología acentúan la importancia esencial de la aportación materna durante el período en que se va constituyendo como un nuevo ser humano distinto, lo que hasta entonces sólo era un proceso hacia esa constitución. Una cosa es que el cigoto resultante de la fecundación del óvulo tenga 46 cromosomas, cuya información genética lo caracteriza como perteneciente a la especie humana, y otra, que sólo esa información asegure la estricta individuación a partir de ese momento. Para esto se requiere un proceso complejo de activación y desactivación de genes, en el que el papel de los factores maternos resultará decisivo para la constitución de un ser humano.

Con la mejor voluntad de defender la vida humana personal y de adoptar la postura de mayor seguridad, se hace un flaco favor a esa defensa, al manipular los datos biológicos en favor de una argumentación moral determinada. Esa clase de argumentación y la teología que echa mano de ella es la que estorba en el debate bioético intercultural e interdisciplinar. En cambio, una moral teológica como la que encontramos en los escritos de R. A. McCormick, no sólo no estorba, sino que favorece ese debate.

La teología en la cuerda floja

En el debate bioético los teólogos se han encontrado entre la espada y la pared. Por un lado, la dificultad de hallar un lenguaje apto para el diálogo en una sociedad plural y secular; y por otro, la presión de los documentos eclesiásticos que los ponen en la cuerda floja: de cara a los de fuera necesitan un lenguaje secular y para dirigirse a los de dentro han de hablar el lenguaje de su tradición.

La teología no puede ni encerrarse en un lenguaje críptico ni tampoco aguar su mensaje. Ha de encontrar una vía media. Para dialogar deberá partir de situaciones comunes, aunque las cosmovisiones de los interlocutores sean distintas.

Pero éste no es un problema exclusivo de la teología. Tampoco las otras posturas son neutras ni están libres del peso de sus respectivas tradiciones. Sólo si cada uno lo reconoce, tomará conciencia de la propia tradición desde la que habla y podrá intentar colocarse en el lugar del otro para dialogar.

Tanto filósofos como teólogos llegan al debate bioético con un *handicap*. Al comienzo ni unos ni otros estaban preparados para el diálogo. Los teólogos porque estaban bloqueados por una metodología condicionada por enfoques estáticos y legalistas.

Los filósofos porque no estaban interesados en la problemática concreta. Han existido excepciones. Así, la participación de teólogos como McCormick en el campo católico y Gustafson en el protestante, contribuyó eficazmente al avance de la bioética.

Si se habla en un lenguaje que presupone unas convicciones religiosas ¿cómo podrá éste resultar aceptable para los que no comparten dichas convicciones? Pero, aunque no se compartan, se podrá reconocer que el sentido de lo religioso ha desempeñado a lo largo de la historia un papel importante en el modo de situarse el ser humano ante el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. De hecho, las que toman parte en el debate bioético no son disciplinas abstractas, sino personas concretas que hablan desde determinadas tradiciones. Por el hecho de hablar un lenguaje apto para el diálogo no hay que renunciar a la propia tradición.

No existe una bioética secular absolutamente neutral. Cada uno habla desde su propia tradición cultural. La oposición entre una bioética secular y otra religiosa es forzada y artificial. Esto implica echar al olvido el aspecto ineludiblemente cultural de los problemas bioéticos y echar a perder las riquezas de cada tradición cultural.

¿Qué puede y qué no puede aportar la teología?

Aun sin poder precisar su aportación, no se le puede negar al teólogo el derecho a entrar en el debate bioético. El teólogo tiene más en común con la tradición médica (estar presente en el sufrimiento humano) que con el filósofo utilitarista que piensa en clave de coste y beneficio. El teólogo ha de poseer una fina sensibilidad para percibir dónde está en juego el sentido de la existencia humana. Aunque no pueda aportar mucho para resolver problemas concretos, sí puede plantear la problemática humana implicada en ellos. Más que las preguntas sobre qué hacer o quién decide, se trata de cuestiones fundamentales como el sentido de la vida humana.

Muchos de nuestros problemas éticos son problemas culturales. Porque nuestra manera de percibir cuáles son los valores básicos viene configurada por nuestra manera de ver el mundo. Percibimos erróneamente como «mal adaptado» a un deficiente o a un anciano. Es el entorno cultural el que debería ser tildado de «mal adaptado». Hay una sensibilidad para con las personas, que nos viene de la fe. En el debate bioético esa sensibilidad ha de hacernos ver cómo humanizar el cuidado de los más débiles. Así es como la tradición cristiana puede contribuir a no deshumanizar la bioética.

En el debate de la bioética no se trata tanto de si se desconectan o no unos mecanismos prolongadores de una agonía como

de preguntamos sobre nuestra visión de la muerte y su relación con una vida llena de sentido. No se trata de discusiones superficiales sobre dejar o no dejar morir, sino del debate a fondo sobre en qué consiste la dignidad del que muere y cómo se ayuda a vivir humanamente, mientras se muere, al que va muriendo.

Como ha repetido McCormick, ante los nuevos problemas bioéticos nuestra tradición de fe no da respuestas prefabricadas, sino un marco de cosmovisión desde donde buscarlas. Según él, la teología más que determinante de normas *(norm-giver)* debe suscitar valores (*value-raiser*). Entrará en el debate, no para regular, sino para interrogar acerca de lo humano. Con los recursos de su propia tradición, la teología debe retar a la sociedad actual, presentando propuestas alternativas que sacudan las conciencias e inviten a replantearse cuáles son nuestras prioridades humanas.

McCormick indica seis perspectivas que puede aportar la teología cristiana, pero que pueden ser compartidas por otros: 1. La vida, como valor básico, pero no absoluto. 2. La extensión de este valor a la vida que va camino del nacimiento. 3. El potencial para relacionarse humanamente, como aspecto de la vida física que debe ser valorado.4. La radical sociabilidad de la vida humana. 5. La inseparabilidad de los bienes procreativos y unitivos. 6. La unión heterosexual permanente como normativa.

¿Puede aportar algo la teología desde su tradición bíblica? Creemos que sí. Por ejemplo, desde la fe en la creación brota un criterio de agradecimiento por el don de la vida y de respeto a la dignidad de cada persona, basada en el amor del que la creó. También brota un criterio de responsabilidad. No se nos prohíbe «hacer el papel de Dios», con tal de que lo hagamos con responsabilidad, no destruyendo, sino mejorando la naturaleza.

Desde la cristología, al profundizar en lo que significa vivir-en-Cristo, se relativizan los logros tecnológicos para prolongar la vida biológica y se considera la vida valor supremo, pero no absoluto. Desde la fe en la resurrección brotan criterios de respeto a la corporalidad humana, se supera el dualismo cuerpo-alma y se evita reducir la medicina al solo cuidado del cuerpo. Desde la eclesiología de comunión y desde la moral de liberación brota la preferencia por los más necesitados en el reparto de los recursos sanitarios.

Puede, pues, la teología levantar su voz a favor de una bioética que incluya la praxis compasiva y la motivación religiosa en la atención a la vida que nace, crece, enferma y muere.

Conclusión

La presencia del teólogo o teóloga no estará de sobra en el debate bioético. Pero en algunos casos podrá estorbar. Depende del tipo de teología. Una teología discente, dialogante y discernidora no sólo no estorbará, sino que aportará. Pero ha de ser una teología de propuestas más que de respuestas. Una teología que cristalice en una moral de recetas estorba. Pero una teología de diálogo y discernimiento puede jugar en el debate bioético un papel de iluminadora de valores y estimulante utópico de aquellas metas en las que pueden converger hombres y mujeres de buena voluntad intercultural, interdisciplinaria e interreligiosa.

¿Matar, o dejar morir?*

Robert Spaemann

Traducción del alemán de José María Barrio Maestre

Resumen

El autor critica las diferentes teorías sobre la eutanasia y el suicidio asistido y presenta una reflexión sobre lo ocurrido en la Alemania del III Reich. Hace referencia al pensamiento de autores contemporáneos como Peter Singer, Hans Küng, Thomas Reid para concluir diciendo que la ética médica debe desarrollar protocolos de actuación en vista de las crecientes posibilidades de la medicina y criterios acerca de cómo debemos actuar con cada persona, en especial, con los ancianos y los enfermos.

Abstract

The author criticizes different theories about euthanasia and assisted suicide and presents the events related to the III Reich's Germany. He calls attention to the thought of contemporary authors such as Peter Singer, Hans Küng and Thomas Reich, saying that Medical Ethics ought to develop guides for action, which are important to face the moral challenges originated in the current possibilities of Medicine. Moreover, criteria are required for the process of making decisions in each case, especially elderly and ill people.

La situación actual de la civilización

La perplejidad por las tesis de Peter Singer y su ruptura del tabú sobre la eutanasia, dominante desde 1945, ha ido abriendo una reflexión acerca de los motivos que han llevado a abandonar ese tabú.

En primer término, tropezamos con la situación demográfica de los países occidentales industrializados. Este estado de cosas no tiene parangón posible en la historia. El desarrollo de la medicina conduce a que haya cada vez más personas con más edad, y al mismo tiempo los medios de comunicación que forman la opinión pública propagan desde hace décadas un estilo de vida según el cual pronto habrá cada vez menos personas jóvenes para poder alimentar a los mayores. La «píldora», como siempre pudo suponerse, favorece esa tendencia. Además, el llamado acuerdo generacional, que de manera lamentable se concibe no entre tres sino entre dos generaciones, privilegia económicamente a quienes prefieren dejarse mantener en la ancianidad por los hijos de otra gente. Si las cosas siguen así, cabe esperar que estas personas no se sientan entusiasmadas ante tal perspectiva.

* Tomado de Cuadernos de Bioética, Universidad de Murcia, España, No. 62, Vol. XVIII, 1ª, 2007, pp. 107-116.

Pronto se llegará a esto. Sería ingenuo ver como casual que en este momento y en esos mismos países industriales de Occidente se legalice la muerte de personas enfermas o ancianas o que se exija que empiece a discutirse en serio esa posibilidad. En este contexto no hace falta justificar la eutanasia con la excusa de la situación demográfica. Incluso sería contraproducente que esa relación desarrollara toda su latente sinergia. Tampoco los psiquiatras que durante el III Reich ejecutaban el programa homicida de eutanasia argumentaban desde el punto de vista sociopolítico, sino desde los intereses vitales «bien entendidos» del individuo. «Vida carente de valor» era el lenguaje empleado en aquella época; vida que para quien ha de vivirla ya no merece ser vivida. Y la película «Yo acuso» *(Ich klage an),* que con la supervisión de Joseph Goebbels buscaba promocionar el programa de exterminio, acuñó el término narcotizante de «muerte a petición». La muerte debía aparecer como un acto de amor y compasión, como ayuda «a una muerte digna».

Probablemente hoy ya no existe ningún grupo de poderosos que instrumentalice conscientemente la compasión al servicio de una estrategia de política demográfica. Pero hay situaciones de intereses objetivos. Hay tendencias que son el resultado de esas situaciones de interés, y exigencias cuya expectativa reside en que ésta acabe respondiendo a dichas tendencias. También hay «ambientes propicios».

Dos factores refuerzan lo plausible de la exigencia de legalizar la eutanasia. En primer lugar, el considerable aumento de las posibilidades de prolongar la vida de manera artificial. La vieja fórmula de la ética profesional según la cual el médico siempre ha de hacer todo lo que pueda para impedir la muerte –lo que no significa otra cosa que demorarla– se torna problemática, si ese poder sobrepasa una determinada medida. Desde luego, las prótesis pueden sustituir las funciones vitales de un organismo y mantener artificialmente con vida a personas moribundas, con o sin su consentimiento. La decisión de no emplear esos medios, o de terminar de hacer uso de ellos, parece equivalente a una muerte por omisión, sobre todo si el tránsito de la acción a la omisión sólo se lleva a cabo mediante una nueva acción, por ejemplo, por la desconexión de un aparato. Sin embargo, ante tal decisión, al ser a menudo admisible y a veces inevitable, es natural preguntarse: ¿en qué se distingue en realidad una tal omisión de la activa «ayuda a morir» (eutanasia)? Peter Singer cuestiona esa diferencia: ¿En qué se distingue que una madre asfixie a su hijo con una almohada y que le deje morir de sed? Por su parte, Singer supone que dejar morir de sed o prescindir del respirador artificial son omisiones de la misma especie tan sólo porque ambas conducen por igual a la muerte.

Otro factor decisivo es la orientación básica de la civilización occidental, que propone, por un lado, como fin último de la vida humana, el pasarla bien, o al menos sentirse bien, y, por otro, que el más alto deber moral estriba en optimizar el mundo mediante el incremento de la cantidad de sensaciones placenteras (incluso los servicios religiosos se evalúan según su capacidad de suministrar «entretenimiento» o diversión, sin tener en cuenta que un clérigo que se hace pasar por *showman* está, sin ningún género de duda, en desventaja si entra en competencia con cual-

quier payaso o presentador profesional de televisión). En este contexto es ilustrativo lo que Heidegger llamaba «olvido del ser» *(Seinsvergessenheit);* lo relevante no es lo que hombres, animales o plantas *son,* sino cómo *están,* en qué situación se encuentran y qué tipo de vivencias experimentan. El hombre no es más que un portador de ciertas situaciones o estados. Lo que en ningún caso debe ocurrir es hallarse en una situación displacentera. El sufrimiento debe ser alejado a cualquier precio. Y si no hay otra forma de eliminarlo que eliminar al paciente, en ese caso dicha eliminación está plenamente justificada.

«¿Valor de la vida?»

El concepto de dignidad humana juega un decisivo papel en la exigencia de legalizar la eutanasia. En la mencionada película de los nazis se hablaba del «derecho a una muerte digna», y esta idea es interpretada por el teólogo Hans Küng en el mismo sentido en que lo hace el párroco que aparece en la película: dignidad humana debe consistir en la capacidad de decidir el momento oportuno para la propia muerte. «¿Acaso no ha dado Dios al hombre la razón?», pregunta el párroco de la película. Con esta interpretación de la dignidad humana se liquida el elemento ético esencial que representaba el nexo de unión entre las grandes tradiciones religiosas.

El enjuiciamiento del suicidio

Del derecho al suicidio se derivará entonces el derecho a dejarse matar. Esa inferencia es errónea. La despenalización del suicidio es independiente de su enjuiciamiento moral; tampoco significa que esté «permitido por la ley», sino más bien que se sustrae de toda norma jurídica. Hay algunas leyes que protegen de modo «paternalista» a los hombres de sí mismos, pero siempre a título de salvaguarda delegada de unos intereses que en todo caso están subordinados al de la propia existencia.

La acción con la que alguien niega definitivamente ese interés y busca separarse de esa red de vínculos que une a todo ser vivo, en especial a todos los hombres, unos con otros, no puede ser evaluada con los parámetros vigentes dentro de esa red. Ahora bien, todas las acciones y omisiones de otros que impiden, reclaman o ayudan al suicidio de un miembro de la comunidad humana se hallan incluidas en esa red de vínculos, estando por tanto sujetas a las leyes. El suicidio no es un «derecho», sino una acción que se disocia de la esfera del Derecho. De ahí no sale ningún camino que lleve a inferir la existencia de un derecho a matar a otra persona, o bien a ser muerto por ella.

Aun cuando el suicida se excluya del marco jurídico, para un ser social no es irrelevante el modo en que su conducta es percibida moralmente por los demás. El enjuiciamiento del suicidio en nuestra civilización en modo alguno tiene origen judeo-cristiano, tal como se afirma una y otra vez. Ese juicio responde mucho más a una gran tradición filosófica que va desde Sócrates hasta Spinoza y desde Kant hasta Wittgenstein. El Sócrates platónico observa que la vida humana tiene asignada una tarea que nosotros mismos no establecemos, y de la cual nos está permitido desvincularnos por decisión propia. El sentido de la vida –así como el hecho mismo de vivir– es algo patente dado en nosotros pero no por nosotros, y de ahí que no se nos desvele por entero en un determinado

momento de ella. «Si se permite el suicidio, entonces todo está permitido», afirma Wittgenstein.

En la mayor parte de los casos el suicidio no es sino la expresión de una debilidad extrema y del empobrecimiento de la capacidad de evaluar la realidad. Legitimar esa conducta como manifestación de la dignidad humana tiene el perverso efecto de consolidarla mediante la legalización de la ayuda activa al suicidio (eutanasia). Allá donde la ley permita, o la moral apruebe, el matarse o dejarse matar, los ancianos y enfermos pronto tendrán que responder ante sus cuidadores, parientes y conciudadanos por todos los desvelos, privaciones y cuidados que detraen en su beneficio. Ya no contará el destino, ni la moral, ni la solidaridad, que exigen esos sacrificios; tan sólo interesará que quien demanda esos cuidados pueda exonerar a los demás del cumplimiento de sus obligaciones, y que para eso pueda encargar a otros que le quiten de en medio si por egoísmo o cobardía es incapaz de desalojar él mismo la plaza que ocupa ¿Quién querría seguir viviendo en tales circunstancias? Del derecho al suicidio surge de manera inevitable un deber.

Como informa Diógenes Laercio, los estoicos ya habían sacado esa conclusión, e incluso habían instituido un premio moral para el suicida. Quien con libertad se quita de en medio puede hacerlo con la conciencia de cumplir con su deber para con la patria y los amigos.

Detrás de esta visión se encuentra el ideal del sabio estoico, que concibe al hombre como sujeto puro de razón, libre de emociones humanas particulares y libre de temor y esperanza, de amor, compasión y odio. No por casualidad relata Diógenes Laercio, después del pasaje referido al suicidio, que entre los sabios estoicos dominaba la promiscuidad, que en las relaciones amorosas se desconocían los celos y las envidias, y que los sabios se apropiaban de todos los niños. Para ellos no existen la cercanía ni la lejanía, pues esas categorías corresponden al hombre como ser viviente finito. Los sabios aconsejaban siempre el suicidio si la autonomía de la razón pura se veía amenazada por estorbos biológicos. Los estoicos desconocían si en realidad existen sabios de este tipo. Ellos lo planteaban como un «ideal». En todo caso, un ideal al que no se puede acercar uno por fases, puesto que la sabiduría encierra todas las virtudes en sí misma: o se posee enteramente o se carece por completo de ella. Agustín ha advertido de la inhumanidad de ese ideal. El sabio «no se alegra con los alegres, y no llora con los que lloran». Así, renuncia también al deseo y a la esperanza de que alguien llore con él. Cuando se percibe que la vida carece de sentido para el que sufre, entonces nos encontramos con una sociedad insolidaria como consecuencia de la rehabilitación moral del suicidio y de la muerte a petición, es decir, del silencioso gesto que sin palabras indica: «Por favor, ahí está la salida».

El narcótico

Por lo demás, la muerte a petición constituye el narcótico para hacer más aceptada la eliminación del tabú: ya se podrá dar muerte a quien lleva una «vida indigna de ser vivida», incluso sin su consentimiento. Como dice el viejo Father Smith en el *Síndrome de Tanatos* (1987), de Walker Percy: «¿Sabe usted a dónde conduce el sentimentalismo?... A la cámara de gas». El sentimentalismo es la primera máscara de los asesinos. En relación con los procesos seguidos contra los médicos que prac-

ticaron la eutanasia en el III Reich, el médico americano Leo Alexander escribió en 1949 que «todos los que se ocuparon del origen de esos delitos manifestaron con toda claridad que fueron desarrollándose poco a poco a partir de detalles insignificantes. Al comienzo se apreciaban sutiles modificaciones de acento eutanásico en la actitud fundamental. Se empezaba diciendo que hay circunstancias en las que ya no se puede considerar que una persona lleva una vida digna, consideración ésta que es primordial para el movimiento pro eutanasia. En un estadio inicial esa postura se refería sólo a los enfermos graves y crónicos. Cada vez se fue ensanchando más el campo de quienes caían bajo esa categoría, y así se extendió a los socialmente improductivos, a los indeseables desde el punto de vista ideológico, a los que eran clasificados como racialmente indeseables... No obstante, es decisivo reconocer que la actitud respecto a los enfermos incurables fue el sórdido detonante que tuvo como consecuencia ese cambio total de la conciencia». Que aquí no se trata de una concurrencia histórica casual, sino de una conexión de principio, lo muestra el caso de Holanda, país en el que más de un tercio de las personas eliminadas legalmente, al año –hablamos de miles– ya no lo son a petición propia, sino a juicio de parientes y médicos, que entienden que son vidas que ya no merecen vivirse. Lo más terrible es que no se haya escuchado un grito de horror en todo el mundo civilizado a la vista de este hecho. C. S. Lewis no se dejaba engañar cuando en 1943, en «La abolición del hombre» *(The Abolition of Man)*, escribió: «El proceso que, de no ser frenado, puede llegar a destruir a la humanidad, se desarrolla tanto bajo los comunistas y demócratas como lo que se está viendo entre los fascistas. Los métodos pueden variar por la brutalidad. Pero más de un científico con binóculo, más de un dramaturgo de éxito y más de un filósofo aficionado, a la larga persiguen precisamente el mismo objetivo que los nazis que dominan en Alemania». El hecho de que esta catástrofe suceda en Holanda –un país que presentó tan significativa resistencia al nacionalsocialismo– y que el propio Peter Singer sea un descendiente de las víctimas de aquel crimen –cuyos métodos se ejercieron especialmente contra los débiles– es algo trágico, y no ha ocurrido por casualidad. La certeza de estar del lado bueno puede cegar incluso la propia experiencia.

El proceso que va desde la muerte a petición hasta la muerte sin ella, por lo demás tiene la misma lógica que el paso de la aceptación social del suicidio a la legalización de la muerte a petición. Esta última se presenta con la apariencia del derecho a la libre decisión. Pero si se tomara en serio, entonces habría que ejecutar cualquier deseo de morir de un hombre adulto, responsable de sus actos e informado. Más esto nadie lo quiere. Siempre se establecerá la restricción de que la eutanasia activa sólo podrá ser admitida cuando los motivos de quien desea morir sean «racionales». «Racional» quiere decir la posibilidad de hacer efectiva esa ayuda por quienes deban prestarla. Y para ejecutar esa ayuda a no pocos les bastaría la justificación de una enfermedad incurable. Sin embargo, tal restricción no tiene nada que ver con el principio de la autodeterminación, e incluso la contradice. ¿Por qué no debería tener cada hombre el derecho a decidir por sí mismo los criterios para evaluar su vida? ¿Por qué debería perjudicar el suicidio ese balance? ¿Por qué no el suicidio por amor? A menudo se dice que tal candidato al suicidio estará

contento después de que se le haya impedido realizar esa acción. Pero si se le pone en el instante de su situación desesperada y responde: «Yo sé que el tiempo cambia la valoración de la propia vida, y también cambiaría la mía, pero yo aborrezco esa misma dependencia del tiempo, por lo cual quiero morir tal como estoy ahora», ¿qué podríamos contestarle?

Quien plantea que somos libres para decidir acerca de la condición de posibilidad de toda decisión –es decir, sobre la vida– ¿puede pretender decirle a otro cómo ha de entender él la duración de su vida? ¿No es acaso esto un regreso a un paternalismo antiliberal? ¿Y quién se considera autorizado para decidir acerca de la racionalidad de una evaluación global de la vida que arroje como resultado un balance negativo en términos de felicidad, y que en consecuencia concluya que es mejor ponerle fin? Si concluimos que el suicidio es siempre irracional, cada criterio de racionalidad se convertirá en una orientación tutelar no susceptible de fundamentación. Si al final se llega a que en un caso dado lo racional no es la autodeterminación sino el deseo de morir, y si la decisión sobre esa racionalidad se confía a terceras personas, entonces son ellos los que pueden decidir sobre la vida, incluso en el caso de incapacidad de autodeterminación del candidato a morir, y en su supuesto «bien entendido» interés. El paso de la muerte a petición a la muerte sin ella se ha producido ya, y ¡Dios nos libre si perdemos el conocimiento o nos volvemos demasiado débiles para defendernos!

La pérdida de la solidaridad

La petición de despenalizar la eutanasia paradójicamente se justificará con dos argumentos opuestos entre sí. Por un lado, que los hombres son personas, y por tanto, sujetos de autodeterminación incondicional y, por otro, que determinados seres humanos no son personas, careciendo así de la dignidad humana, y por tanto, han de sobrellevar su eliminación por su propio interés o por el interés de otros. Peter Singer se muestra favorable a liquidar los bebés discapacitados con objeto de hacer sitio a quienes sí poseen una mayor capacidad para disfrutar de su vida. Según él, esto contribuiría a un mundo mejor, y de esto es de lo que en el fondo se trata. En ese sentido, «ser persona» no quiere decir ser «alguien» con una naturaleza que le habilita para encontrarse a veces en ciertas situaciones específicas personales como la autoconciencia, el recuerdo o un consciente interés en la propia vida; «ser persona» consiste más bien, y únicamente, en la actualización de esas situaciones. De ahí que los bebés no sean personas, ni tampoco los débiles, ni quienes duermen. Esta postura ya la mantenía John Locke. Pero Leibniz, Kant y Thomas Reid pusieron de relieve hasta qué punto contradice nuestras intuiciones fundamentales, e incluso nuestros usos lingüísticos. Cada uno de nosotros dice: «Yo nací en tal fecha o en tal otra», pero de acuerdo con ese punto de vista no debería expresarse de esa manera, pues quien entonces nació era un hombre, pero no la persona que ahora habla; en suma, no era persona, ya que en el fondo no decía la palabra «yo» en aquel momento. Ahora bien, ninguno de nosotros hubiera aprendido a decir «yo» si su madre no le hubiera hablado como a una persona y no le hubiera tratado como tal: o bien los seres humanos son siempre personas, o nunca habrían llegado a serlo.

Sin embargo, aunque los seres humanos expresan su personalidad y pueden decir

«yo», no son lo que el individualismo liberal considera de ellos, a saber, seres que deciden en solitario, con autonomía soberana sobre su vida y sobre su muerte, y con capacidad de reclamar una ejecución profesional de esa decisión. Personas existen sólo en plural, únicamente como miembros de una comunidad universal de personas. Lo que constituye en esencia esa comunidad es la recíproca, irrestricta e incondicional afirmación de la existencia de cada uno por parte de los demás hasta su declive natural, es decir, la mutua corresponsabilidad para con esa existencia.

La muerte es un elemento más de esa existencia y, si bien depende del devenir natural, se acoge de manera humana en el rito de la solidaridad. Quien desea alejarse voluntariamente de esa comunidad tiene que hacerlo solo. Suponer que otros –en especial los médicos, cuya ética se define por el servicio a la vida– han de cooperar en esa autoexclusión, supone destruir el fundamento de toda solidaridad. Esto significa exigir que todos sean capaces de decirle al otro: «Tú ya no debes existir». Tal exigencia constituye una monstruosidad. La consiguiente destrucción de la ética que de este modo y de manera inevitable se produce, pronto ha de volverse contra los que sufren. Hoy sabemos que el deseo del suicidio en la mayoría de los casos no es consecuencia de achaques corporales y dolores extremos, sino la expresión de un «sentirse abandonado». (Un estudio holandés muestra que de 187 casos sólo en 10 los dolores fueron el único motivo para solicitar la eutanasia; y éstos tuvieron algún influjo en menos de la mitad de los casos). Entre tanto, la medicina paliativa ha hecho tales progresos que los dolores son casi siempre controlables en cada estadio de la enfermedad, no alcanzándose las fronteras de lo insoportable. Las más de las veces los cuidados intensivos también transforman el deseo de suicidio: lo que a esa persona en definitiva le importa es la conciencia de que aún me tiene a su lado. Ante el paciente la presencia del médico evoca la aprobación de su existencia por parte de la comunidad solidaria de los vivos, aun cuando no le obligue a vivir. En momentos de inestabilidad anímica, cuando la conciencia está en condiciones catastróficas, el médico, o incluso el psiquiatra, podría especular sobre el deseo del paciente de dejarse quitar de en medio, y esperar entonces el momento de poder ejecutar dicho deseo. Catastrófica es ya la idea de que yo pueda sugerir a alguien que no debe continuar existiendo.

La ficción de una decisión soberana de la voluntad –excepción hecha de una situación de extrema debilidad– resulta cínica, sobre todo, a la vista de las personas que en realidad llevan una vida difícil: pobres, abandonados, y también mujeres. En efecto, hay ancianas, pobres, viudas, enfermas crónicas, que están más desamparadas que los varones ancianos. La oferta del suicidio asistido sería la escapatoria más infame, puesto que así la sociedad se puede plantear la posibilidad de sustraerse al deber de solidaridad con los más débiles (y además de la forma más barata). Una sociedad hipereconomicista como la nuestra finalmente escogerá, con toda seguridad, la salida más barata, a no ser que la firmeza legal y moral desanime por completo a quienes preconizan la apertura de esas posibilidades. La experiencia que nuestro país hizo con esta solución hace poco más de medio siglo nos legitima y nos obliga a una especial determinación. Como ya sabía Platón, siempre hay casos

límite para los que no está hecha la ley, y a los que se podrá apelar legalmente. Algunos moralistas, teólogos y filósofos, se lanzan hoy con sospechoso interés sobre tales casos límite, y pretenden fundar en ellos la legalidad. Las excepciones ya no habrían de servir para confirmar la regla, sino para construirla. Incluso en este caso, quien quiera ayudar realmente a un amigo en una situación extrema saliéndose de la ley, pero sin destruir la función protectora de ésta, debería estar preparado para asumir la sanción prevista por esa ley en virtud de su amistoso servicio, en caso de que el juez no esté dispuesto a considerar sus circunstancias especiales. Aquél obrará en conciencia con la intención de estar en la más profunda consonancia con la ley y la moral, y de poder confirmar la regla con la excepción.

¿Prolongar la vida a cualquier precio?

Entre las causas que han contribuido al renacimiento del pensamiento eutanásico, mencioné con anterioridad las nuevas prácticas de prolongación de la vida y la consiguiente eclosión de los costes sanitarios. La resistencia contra la tentación de la eutanasia sólo puede justificarse y perseverar en su firmeza si considera esos factores objetivos y da una respuesta alternativa. Sin duda es verdad que morir en nuestro país se ha convertido en algo humanamente indigno desde hace tiempo. Cada vez con más frecuencia se muere en clínicas, es decir, en casas pensadas no para morir sino para curarse. En una clínica, como es natural, se lucha incesantemente contra la muerte. Esa lucha acaba en capitulación, pero ésta a menudo se produce demasiado tarde. Después de que algunas personas enfermas o ancianas hayan sido forzadas a vivir por todos los medios posibles, apenas les quedan ganas de «bendecir la vida». A la muerte se termina sucumbiendo. Los rituales de la muerte acaban desmedrados.

Los parientes se asustan si la cosa se pone seria. Cada vez son más las personas que han de morir sin haber visto en su vida a un moribundo. Esto es algo por completo antinatural, y provoca por lógica un temor mudo ante la muerte. La «eutanasia activa» es el reverso de un activismo que tiene que «hacer algo» hasta el último momento: si ya no puede conseguirse que una persona viva, entonces hay que hacer que muera. Los pacientes que en el otoño de 1996 demandaron ante el Tribunal Supremo de los Estados Unidos, al Estado de Nueva York, solicitando la autorización de la eutanasia, después de todo se encontraban con vida, ya que con su propio consentimiento se habían interrumpido las medidas mecánicas para prolongar su vida. Por otro lado, cada vez es más frecuente que la vida de un ser humano comience en una placa de Petri. Ni una cosa ni otra pueden justificarse. Si los hombres no surgieran de la naturaleza ni murieran en ella, nunca tendríamos en realidad un motivo que justifique el producir la vida o la muerte de un hombre. Todas nuestras justificaciones lo presuponen invariablemente. De todos modos, la medicina ya no puede seguir el principio de sostener toda vida humana de cualquier manera.

No puede hacerlo en razón de la dignidad humana, que también justifica el dejar morir de una forma humana digna. Hay que tener en cuenta, por igual, las razones económicas. El valor de toda vida humana es inconmensurable; y de ahí que la prohibición de matar sea absoluta e incon-

dicional. Sin embargo, en el aspecto moral existe una diferencia entre los mandatos de acción y los de omisión. Sólo los imperativos de omisión (prohibiciones) pueden ser absolutos; los de acción nunca. Los mandatos de acción admiten siempre una ponderación de la situación general, y para ello hay que contar con los medios necesarios, que no pueden emplearse a discreción. En la distribución de recursos tenemos que ponderar entonces con criterios secundarios la vida de una persona, algo que en sí mismo es imponderable. Esto es evidente, por ejemplo, en el caso de los órganos para donación y trasplante. Pero también afecta a los costes operativos y de aparatos. ¿Es razonable que el gasto financiero de la sanidad en el último año haya sido tan descomunal? Los gastos de la sanidad pública parecen justificados con claridad. Pero, ¿qué gastos? ¿Debe someterse una anciana de 88 años que ha sufrido un derrame cerebral y se encuentra inconsciente a una costosa operación dos días antes de su muerte? ¿Y tiene que gravarse con ello la comunidad solidaria de los asegurados?

La ética médica tiene que desarrollar protocolos de actuación en vista de las crecientes posibilidades de la medicina, criterios acerca de cómo debemos actuar con cada persona, en especial con los ancianos y enfermos; criterios en relación con la dedicación al cuidado, la asistencia y la prevención básica; criterios sobre cómo se ha de actuar con relación a la edad, las expectativas de curación y demás circunstancias personales. Quien censura toda renuncia a intervenciones extraordinarias, calificándolas de muerte por omisión, está contribuyendo –a menudo de una manera intencionada– a abrir el camino al matar activo, es decir, a la eutanasia. El movimiento hospitalario, y no el movimiento pro eutanasia, constituye la respuesta humana digna a nuestra situación. Cuando el morir ya no se entiende ni se asume como una parte del vivir, entonces se abre paso la cultura de la muerte.

"El suicidio no es un «derecho», sino una acción que se disocia de la esfera del Derecho. De ahí no sale ningún camino que lleve a inferir la existencia de un derecho a matar a otra persona, o bien a ser muerto por ella... Allá donde la ley permita, o la moral apruebe, el matarse o dejarse matar, los ancianos y enfermos pronto tendrán que responder ante sus cuidadores, parientes y conciudadanos por todos los desvelos, privaciones y cuidados que detraen en su beneficio. Ya no contará el destino, ni la moral, ni la solidaridad, que exigen esos sacrificios; tan sólo interesará que quien demanda esos cuidados pueda exonerar a los demás del cumplimiento de sus obligaciones, y que para eso pueda encargar a otros que le quiten de en medio si por egoísmo o cobardía es incapaz de desalojar él mismo la plaza que ocupa ¿Quién querría seguir viviendo en tales circunstancias? Del derecho al suicidio surge de manera inevitable un deber". **ROBERT SPAEMANN**

¿Medical Ethics' Appropriation of Moral Philosophy: the Case of the Sympathetic and the Unsympathetic Physician*

Robert Baker and Laurence McCullough

Resumen

Los textos de filosofía de manera usual tratan la bioética como una forma de ética aplicada, a saber, un intento de aplicar una teoría moral como el utilitarismo a cuestiones éticas controversiales en biología y medicina. Los historiadores, sin embargo, no han podido encontrar ningún caso en el que la teoría filosófica moral aplicada ejerza una influencia en la ética práctica en el campo de la biología y de la medicina. Ante la ausencia de la evidencia histórica, los autores de este artículo avanzan un modelo alternativo de relación histórica entre la filosofía ética y la ética médica: es el modelo de apropiación.

Abstract

Philosophy textbooks typically treat bioethics as a form of «applied ethics»-i.e., an attempt to apply a moral theory, like utilitarianism, to controversial ethical issues in biology and medicine. Historians, however, can find virtually no cases in which applied philosophical moral theory influenced ethical practice in biology or medicine. In light of the absence of historical evidence, the authors of this paper advance an alternative model of the historical relationship between philosophical ethics and medical ethics, the appropriation model.

Philosophically trained bioethicists take it as an article of faith that applied ethical theory influences medical ethics. Bioethics textbooks genuflect before this faith by opening with short selections from Aristotle, Kant, and Mill, or with discussions of deontology and utilitarianism. Medical ethics is presumed to be a matter of applying moral principles drawn from philosophical theories, like utilitarianism, to practical moral concerns arising in medicine. Peruse the *Encyclopedia of Bioethics* and one will find such comments as: «Thoreau [on] civil disobedience [is] only [one] of countless historical examples of what we would call applied ethics... [B]ioethicists ... and other applied ethicists typically look to philosophical ethics, to substantive theories like utilitarianism and virtue ethics and Kantianism... for some enlightenment on practical issues» (Slote 1995, p. 726; 2004, p. 802).

Historians and philosophers who have tested the applied ethics model against the history of medical ethics have found it wanting. Remarking on the «curious

* Tomado del Kennedy Institute of Ethics Journal, Vol. 17, Número I, marzo de 2007, pp. 3-22. Advertimos al lector que dada la extensión de este artículo, omitimos los dos casos para facilitar su lectura.

disconnection of medical ethics from contemporary ideas about individual and social behavior», historian Daniel Fox (1979, p. 18) dismisses as balderdash the notion that philosophical theories have influenced medical ethics. Philosopher Robert Veatch found that philosophy has influenced medical ethics only during a few brief periods—1770-1800 and 1970 to the present—when doctors entered into a meaningful dialogue with philosophers. Aside from these periods, however, the historians have it right: doctors dealing with medical ethics did not dialogue with philosophers or apply moral philosophy to moral issues in medicine (Veatch 2005).

Like Slote and almost everyone else in the field, Fox and Veatch presume an applied ethics model of the relationship between philosophy and medical ethics. We reflected on this model while writing a chapter for *A History of Medical Ethics* (Baker and McCullough 2007) and found that although moral philosophy has significantly influenced medical ethics, the nature of its influence is not that envisioned on the applied ethics model. In this paper, we offer an alternative model of the relationship between philosophy and medical ethics, the appropriation model, and we explore its implications for bioethics.

Appropriating Moral Philosophy for Practical Ethics

The English physician and philosopher Thomas Percival (1740-1804) appears to be the author of the earliest known published use of the expression «practical ethics.» In his preface to *Medical Ethics,* Percival (1803, p. 5, referring to Gisborne 1794) characterizes a book by Thomas Gisborne (1758-1846), an Evangelical Anglican minister and political philosopher, as «the most complete system, extant, of Practical Ethics.» Percival, who was nearly blind when he dictated the preface to his son, probably misremembered Gisborne's usage, which was not «practical ethics» but «applied moral philosophy» (Gisborne 1789). Percival's felicitous misremembrance, however, is useful in illustrating some differences between applied ethicists like Gisborne, who self-consciously apply a philosophical theory—in the case in point, Locke's social contract—and practical ethicists who *appropriate* philosophical concepts and theory fragments for use in practical contexts.

As the expression itself connotes, *applied ethics* involves an attempt to *apply* the precepts, principles, and rules of moral philosophy to some practical context; *appropriation,* in contrast, is about *adapting* concepts and theory fragments to practical contexts. What is the difference? Since appropriation involves recontextualizing philosophical concepts and theory fragments to adapt them to practical purposes, fidelity to the original source is less relevant than the impact of the adaptation on practical morality—i.e., whether the appropriation provides new conceptual resources that prove felicitous in resolving practical moral issues. On the applied ethics model, in contrast, fidelity to philosophical theory is highly relevant: if an applied ethicist or a practitioner alters a concept or a principle in «applying» it, the ethicist or practitioner has made a mistake. On the applied ethics model, Percival can be faulted for getting Gisborne's usage wrong; on the appro-

priation model, if one finds the concept of practical ethics—the concept of an ethics of practice and practitioners—fruitful, Percival's misremembrance matters not one fig. What matters is that the appropriated concept illuminates issues and provides conceptual resources useful in resolving practical difficulties.

To probe the differences between applied and appropriated ethics more deeply: applying anything, whether principles or paint, is not particularly creative. The introductory snippets from iconic philosophers and the précis of canonical moral philosophy in the introductory sections of textbooks thus reflect the inherently self-marginalizing view that the important and innovative aspect of applied ethics resides in moral philosophy and moral philosophers, and not in the applications of the theories that constitute the rest of the volume. Those who merely apply philosophical theories—applied ethicists, including medical ethicists and bioethicists– are thus unimaginative and of little philosophical, intellectual, or historical interest. On the appropriation model, in contrast, ethical innovation is driven by the creative adaptation of philosophical conceptions and theory fragments for practical purposes. On this model, the source of innovation is the appropriator, the appropriation process, and the impact of the appropriation on moral practice. The focus thus naturally turns to figures like Percival, to the process by which he appropriated and adapted concepts to practical purposes, and to the impact of his conceptual innovations on the received morality of medicine and on medical practices (discussed in detail in Baker and McCullough 2007). Thus, whereas the applied ethics model emphasizes the significance of the moral philosopher, trivializing the role of the applied ethicist, the appropriation model emphasizes the role of the appropriating practitioner, the medical ethicist, or the bioethicist as ethical innovator, moral reformer, or, in some cases, moral revolutionary.

Although we cannot explore this aspect of our analysis in this paper, we should remark that practitioners and practical ethicists typically turn to moral philosophy either to defend or to change received moral norms and justificatory ethical paradigms. Moral reform involves the reinterpretation of accepted moral concepts to justify new virtues and/or moral norms. Moral revolutions, like the medical ethics revolution of the late eighteenth and early nineteenth century and the bioethics revolution that started in the 1970s, involve the appropriation of philosophical concepts or theory fragments to create new ethical paradigms that justify moral norms that conflict with conventionally accepted moral concepts and norms.

Methodological Matters

We have appropriated the notion of assessing philosophical influence in terms of concepts and theory fragments, rather than in terms of entire theories, principles, or rules, from the philosopher Hans-Georg Gadamer (1900-2002; see Gadamer 1996), to whom we also are indebted for the notion of «the long horizon» along which the written word can exert influence—a concept that suggests that words penned by an ancient philosopher, like Plato (427?-347 BCE), can impact future generations even when the face-to-

face dialogue—the focus of Veatch's analysis—is impossible. We have also appropriated historian of science I. Bernard Cohen's four-stage model of the transformation of innovative ideas into conventional wisdom (Cohen 1985). On Cohen's four-stage model, innovation commences when an innovator toys with a new concept or theory. In stage two, the innovator commits to the concept or theory. In stage three, the concept or theory is broadly disseminated. In the fourth and final stage, it is widely accepted as the received view or conventional wisdom.

We believe that philosophical concepts and theory fragments typically are introduced into medicine and medical morality by an appropriator who recontextualizes and transforms concepts and fragments, giving them a new sense specific to the discourse of medicine, medical science, or medical ethics. After this medical/scientific transformation, these originally philosophical concepts and discourses become disseminated, *not* as philosophy, but as elements of the discourse of medicine or science. Further transmission of the concept or fragmem moves laterally, from practitioner to practitioner, so that philosophical origins are forgotten—giving rise to the phenomena underlying Fox's disconnection hypothesis. Concepts and fragmems originally adapted from philosophy become embedded in the everyday discourse of practice and are accepted as conventional. There is one interesting exception to this pattern: concepts or discourses may be reconnected with their philosophical origins if they prove controversial. Proponents of the controversial concept or discourse will then reassert its original philosophical origins to valorize or legitimate it.

To adapt Cohen's model to our purposes, we analyze the linguistic tracks left by a concept or theory fragmem as it travels across Cohen's four stages. Conceptual innovation (stage one) requires new terminology—e.g., «applied moral philosophy,» «practical ethics»—or a new way of interpreting older terms or usages—e.g., «sympathy». Thus, stage two of conceptual innovation becomes evident when novel usages become integral to the innovator's idiolect—i.e., the innovator's way of using language. Stage three involves the spread of a usage from the innovator's idiolect to become a dialect used by some larger group or subgroup within the community. If a usage fails to spread beyond innovator's idiolect, the concept it embeds will have failed to move to the third stage. Gisborne's use of «applied moral philosophy» and Percival's use of «practical ethics,» for example, never spread to other speakers. Thus, although their usages anticipate later concepts of applied and practical ethics, we have no evidence that these later concepts actually derive from Percival's or Gisborne's usages. Finally, in stage four, a concept can be considered the conventional or received view if the discourse that embeds it becomes integral to medical/scientific discourse more generally, perhaps even becoming a standard usage in the wider language.

Consider, as an illustrative example, a case that every philosopher in bioethics takes as indisputable: the dissemination of the philosophical concepts of *autonomy* and *respect for persons* from the philosophical works of Immanuel Kant (1724-1804) to daily conversation in clinics and laboratories. The appropriation of Kantian concepts to the practical ethical issue of

protecting the human subjects of scientific research began (stages one and two) in such influential works as theologian Paul Ramsey's *Patient as Person* (Ramsey 1970). Kantian usages became widely disseminated (stage three) in the 1980s through the *Belmont Report* (National Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical and Behavioral Research 1979) and the *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp and Childress 1979). These publications became the source from which the usages were disseminated and became integral (stage four) to the everyday discourse of bioethicists, clinicians, and researchers. By the mid-1990s, the American Medical Association (AMA) could use the term «autonomy» in documents addressed to working medical practitioners without further explanation. Thus, the AMA wrote in its Code of Ethics: «The principle of patient *autonomy* requires that physicians should respect the decision to forego life-sustaining treatment who possesses decision-making capacity» (AMA [1847, 1994] 1999, 2.20, emphasis added; AMA 2007, 2.20; for a similar empirically-based approach to analyzing conceptual influence, see Evans 2002).

This method of using language to track philosophical influence permits the analysis of the creative transformations required for innovation in practical ethics. In the case of autonomy, as the philosophically trained bioethicist Judith Andre (2002, p. 53) remarks in her perceptive semiautobiographical study of the field, *Bioethics as Practice,* «Nonphilosophers understandably assume that 'autonomy' as it is used in bioethics is a direct unaltered borrowing from the language of philosophers. Most philosophers know that it is not». On the applied ethics model, the discrepancy between the philosophical and bioethical use of «autonomy» is treated as an error: «silly bioethicists», remarks the applied ethical theorist, «they don't understand what 'autonomy' really means!» On the appropriation model, transformations in the process of adapting philosophical concepts are the core of innovation in practical ethics. It simply beggars belief to assume that the scholars involved in drafting the *Belmont Report*—Tom Beauchamp, James Childress, Albert Jonsen, Karen Lebacqz, Robert Levine, Stephen Toulmin, and LeRoy Walters, to name a few—committed a sophomoric error in using Kantian terminology. It is more reasonable to assume that the Belmont authors adapted Kantian conceptions to the problem at hand. They transformed the original meaning of the term «autonomy» in an effort to justify a new regulatory apparatus that could protect vulnerable populations, like those at New York's Willowbrook State School for the Retarded, many of whom were not autonomous in the Kantian sense. Analyzing the linguistic variation involved in adapting Kantian language for the practical purposes of the *Belmont Report* and in the *Principles of Biomedical Ethics* —and the subsequent dissemination of new usages from bioethics to the bedside and the benchside—thus offers a window on the processes of adaptation and dissemination integral to successful innovation in practical ethics.

Conclusion

We have argued that doctors and others engaged in practical affairs are not particularly prone to reading moral

philosophy. However, in contexts in which practitioners deem it necessary to defend, to reform, or to revolutionize received medical morality, they often turn to moral philosophy as a source of concepts and theory fragments adaptable to their purposes. Language encapsulating the appropriated concepts and fragments then becomes part of their idiolect: to the extent that their views influence their students and their peers, that language subsequently enters and shapes the discourse of their field —perhaps even the received culture generally.

If our analysis of appropriation as the intellectual driver in the relationship between moral philosophy and medical ethics is correct, the authors and editors of bioethics textbooks need to cease putting snippets from Aristotle, Kant, and Mill in the opening chapters of their books. Although their intent, no doubt, is to valorize bioethics, the effect of these invocations is to marginalize the role of bioethicists and to eclipse the actual historical impact of moral philosophy on practical ethics. We need to focus our attention on the real achievements of practical ethicists like Gregory and such contemporary bioethical innovators as Tom Beauchamp and James Childress. Analyzing their seminal works in the context of their role as moral innovators offers students the opportunity to study the process of conceptual adaptation and innovation that is the dominant source of moral philosophy's influence on practical ethics and moral practice (Baker 2002). Taking an appropriation model seriously also will put substantive historical teeth into the ideal of an interplay between theory and practice envisioned by pragmatic bioethicists (McGee 2003) and wide reflective equilibrium theorists (Buchanan et al. 2000, Appendix II).

Finally, analyzing the historical process of appropriation and innovation in practical ethics opens the door to studying the dynamics, the successes, and the *failures* of moral reform and revolution. For, as Hoche's self-admitted failure underlines, even successful moral revolutionaries may not make the world a better place. Bioethicists and their students need to analyze and learn from the actual history of moral appropriation and innovation because the forces driving change in biology and medicine, the forces that created the initial need for the bioethics revolution of the 1970s, have not lost momentum.

We face a future of continued challenge. We will need ever-greater conceptual creativity to meet these challenges. We serve the next generation of bioethicists best, not by valorizing our field by associating it with iconic philosophers, but by teaching our students to appreciate the successes and failures of our real precursors, Gregory, Percival, and, sadly, Hoche.

Notes

1. In a lecture delivered in 1769, the Edinburgh-educated American physician Samuel Bard (1742-1821) wrote « it is... your Duty... to avoid wounding... Sensibility. Let your Carriage be humane and attentive» (Bard 1769, pp. 20-21). Although less philosophical than Gregory, Bard, who had been exposed to Scottish moral philosophy, seems to embrace the ideal of the sympathetic physician.
2. Nietzsche's pro-Nazi sister edited this work; however, similar passages abound, in works she did not edit—e.g., *The Geneaology of Morals* (Nietzsche [1887] 1964b, pp. 120-125) and *Zarathustra* (Nietzsche [1883/1885] 1964a, pp. 183-86).

References

AMA. American Medical Association. [1847, 1994] 1999. *Code of Ethics*. In *The American Medical Ethics Revolution,* edited by Robert Baker, Arthur Caplan, Linda Emanuel, and Stephen Latham, 2.20, pp. 324-34. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

____. 2007. *Code of Ethics* E. 2.20: Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment. Available at *http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8457. html*. Accessed 28 January 2007.

Andre, Judith. 2002. *Bioethics as Practice*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Aschheim, Steven E. 1992. *The Nietzsche Legacy in Germany, 1890-1990*. Berkeley: University of California Press.

Baker, Robert. 2002. Bioethics and History. *Journal of Medicine and Philosophy* 27: 449-76.

____. and McCullough, Laurence. 2007. The Discourses of Philosophical Medical Ethics. In *A History of Medical Ethics,* ed. Robert Baker and Laurence McCullough. New York: Cambridge University Press, in press.

Bard, Samuel. 1769. *A Discourse Upon the Duties of a Physician, With* Some *Sentiments, on the Usefulness and Necessity of a Public Hospital, Delivered Before the President and the Governors of King's College, at the Commencement, held on the 16th of May,* 1769. *As Advice to those Gentlemen who then received the First Medical Degrees conferred by that University*. New York: A & J Robertson.

Beauchamp, Tom L., and Childress, James F. 1979. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.

Binding, Karl, and Alfred E. Hoche. 1920. *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Mass und ihre Form*. Leipzig: Verlag von Felix Meiner.

____. [1920] 1975. *The Release and Destruction of Life Devoid of Value: Its Measure,* trans. Robert Sassone. Santa Ana, CA: Robert Sassone.

Brodie, Sir Benjamin C. 1843. *Introductory Discourse on the Duty and Conduct of Medical Students and Practitioners: Addressed to the Students of the Medical School of St. Georges Hospital, October* 2, 1843. London: Longman, Brown, Green, and Longmans.

Buchanan, Allen; Brock, Dan; Daniels, Norman; and Wikler, Daniel. 2000. *From Chance to Choice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Burleigh, Michael. 1994. *Death and Deliverance: «Euthanasia» in Germany, 1900-1945*. Cambridge and New York: Cambridge University Press.

Cohen, I. Bernard. 1985. *Revolution in Science*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.

Evans, John H. 2002. *Playing God?* Chicago: University of Chicago Press.

Fox, Daniel M. 1979. The Segregation of Medical Ethics. *Journal of Medicine and Philosophy*. 4: 81-97.

Gadamer, Hans-Georg. 1996. *The Enigma of Health*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Gisborne, Thomas. 1789. *The Principles of Moral Philosophy Investigated and Briefly Applied to the Constitution of Civil Society*. London: B. & J. White.

____. 794. *An Enquiry into the Duties of Men in the Higher and Middle Classes of Society in Great Britain Resulting*

from their Respective Stations, Professions and Employment. London: B. & J. White.

Gregory, John. 1759. *An Inquiry into Those Faculties which Distinguish Man from the Rest of Animal Creation.* Aberdeen University Library, MS 3107/1/4.

____. 1765. *A Comparative View of the State and Faculties of Man with Those of the Animal World.* London: J. Dodsley.

____. [1770] 1998. *Observations on the Duties and Offices of a Physician, and on the Method of Prosecuting Enquiries in Philosophy.* In *john Gregory's Writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine,* ed. Laurence B. McCullough, pp. 93-159. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

____. [1772] 1998. *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician.* In *John Gregory's Writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine,* ed. Laurence B. McCullough, pp. 161-245. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

____. 1778. *Vorlesungen über die Pflichten und Eigenschaften eines Artzes: Aus dem Englischen nach der neuen und verbesserten Ausgabe,* translator unknown. Leipzig: Caspar Fritsch.

____. 1787. *Discours sur les devoirs, les qualities et les connaissances du médicin, avec un cour d'études,* trans. B. Verlac. Paris: Crapart & Briands.

____. 1789. *Lexioni Sopra I Doveri e la Qualita di un Medico,* trans. F. F. Padovano. Florence: Gaetano Cambiagi.

____. 1803. *Discurso sobre los deberes, cualidades* y *conocimientos del médico, con el método de sus estudios.* Madrid: Imprenta Real.

Haakonssen, Lisbeth. 1997. *Medicine and Morals in the Enlightenment.* Amsterdam: Editions Rodopi.

Hume, David. [1739] 2000. *A Treatise of Human Nature,* ed. David Fate Norton and Mary J. Norton. Oxford: Oxford University Press.

Kirchner, E. 1927. Anfänge rassenhygienischen Denkens in Morus 'Utopia' und Campanellas «Sonnenstadt.» *Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbologie 21.*

Lifton, Robert J. 1986. *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide.* New York: Basic Books.

McCullough, Laurence B. 1998. *John Gregory and the Invention of Professional Medical Ethics and the Profession of Medicine.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

McGee, Glenn. 2003. *Pragmatic Bioethics.* Cambridge, MA: MIT Press.

Meltzer, Ewald. 1925. *Das Problem der Abküzung «lebensunwerten» Lebens.* Halle: Marhold.

More, Ellen. 1994. «Empathy» Enters the Profession of Medicine. In *The Empathic Practitioner,* ed. Ellen More and Mary Milligan, pp. 19-39. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. 1979. *The Belmont Report.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Available at *http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/ belmont.html.* Accessed 28 January 2007.

Nietzsche, Friedrich. [1883, 1885] 1964a. *Thus Spake Zarathustra.* In *The Complete Works of Friedrich Nietzsche: First Complete and Authorised English Translation,* ed. Oscar Levy, trans. Anthony M. Ludovici. New York: Russell & Russell.

____. [1887] 1964b. *The Geneaology of Morals*. In *The Complete Works of Friedrich Nietzsche: First Complete and Authorised English Translation,* ed. Oscar Levy, trans. Anthony M. Ludovici. New York: Russell & Russell.

____. [1888] 1964c. *The Twighlight of the Idols: Or, How to Philosophise with the Hammer.* In *The Complete Works of Friedrich Nietzsche: First Complete and Authorised English Translation,* ed. Oscar Levy, trans. Anthony M. Ludovici. New York: Russell & Russell.

Percival, Thomas. 1803. *Medical Ethics*. London: J. Johnson & R. Bickerstaff.

Proctor, Robert N. 1988. *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ramsey, Paul. 1970. *The Patient as Person,* New Haven, CT: Yale University Press.

Rush, Benjamin. 1811. *Medical Inquiries and Observations*. Philadelphia, PA: J. Conrad & Co.

Slote, Michael. 1995. The Task of Ethics. In *Encyclopedia of Bioethics,* revised edition, ed. Warren T. Reich, Vol. 2, pp. 720-27. New York: Macmillan.

____. 2004. The Task of Ethics. In *Encyclopedia of Bioethics,* 3d ed., ed. Stephen Post, Vol. 2, pp. 795-802. New York: Thomson-Gale.

Spiro, Howard. 1993. What is Empathy and Can It be Taught? In *Empathy and the Practice of Medicine,* ed. Howard M. Spiro, Mary G. Mccrea Curnen, Enid Peschel, and Deborah St. James, pp. 7-14. New Haven, CT: Yale University Press.

Veatch, Robert M. 2005. *Disrupted Dialogue.* New York: Oxford University Press.

"Moral reform involves the reinterpretation of accepted moral concepts to justify new virtues and/or moral norms. Moral revolutions, like the medical ethics revolution of the late eighteenth and early nineteenth century and the bioethics revolution that started in the 1970s, involve the appropriation of philosophical concepts or theory fragments to create new ethical paradigms that justify moral norms that conflict with conventionally accepted moral concepts and norms".
Robert Baker and Laurence McCullough