

CAPITULO V

LA JUSTICIA CON LA VIDA HUMANA (II): LOS PROBLEMAS BIOÉTICOS

1. EL ESTUDIO TEOLÓGICO-MORAL DE LOS PROBLEMAS RELATIVOS A LA VIDA HUMANA.

La teología moral tradicional — Tradicionalmente, la teología moral católica estudiaba los problemas éticos vinculados a la vida y a la integridad física en el ámbito de la virtud de la justicia, o en el del quinto mandamiento del Decálogo. Se estudiaban problemas como el aborto, el suicidio, la amputación de miembros del cuerpo por motivos terapéuticos, el tratamiento médico de los “embarazos difíciles”, etc. Durante muchos siglos, hubo acerca de estos problemas una visión ampliamente compartida, razón por la cual la teología moral podía limitarse a un estudio breve y esencial para definir lo que es lícito y lo que no lo es.

La medicina pastoral — Poco a poco, y por diferentes causas de orden científico, cultural y social, fue necesario un estudio más profundo de estos problemas. A los pastores, y en particular a los moralistas, se les solicitaba cada vez más respuestas precisas a los dilemas éticos que el progreso de la medicina planteaba a los fieles y a los médicos. La primera manera en que se buscó dar respuesta a estos problemas fue la introducción de la *Medicina pastoral* en el curriculum de los estudios eclesiásticos. Era una disciplina que trataba de dar a los candidatos al sacerdocio algunos conocimientos prácticos y fundamentales de anatomía, fisiología, higiene, psicología, etc., que les ayudaran a comprender y resolver bien las cuestiones que más frecuentemente se presentaban en la actividad pastoral¹.

La ética médica. En la primera mitad del siglo XX los teólogos sintieron la necesidad de elaborar manuales destinados, no sólo a los sacerdotes, sino también a los médicos. Se publicaron libros

¹ El primer texto de medicina pastoral que tuvo éxito fue el de C. CAPELLMANN, *Pastoral-Medizin*, de 1878 (en 1920 había llegado a la 18ª edición). El último clásico de la medicina pastoral fue el libro de A. NIEDERMEYER, *Handbuch der speziellen Pastoralmedizin*

de ética médica. Tuvieron notable éxito los libros de H. Bon², y de P. Tiberghien³. En los años 50 fueron publicados muy buenos libros de este género⁴.

La bioética – A inicio de los años 60 del siglo XX, diferentes circunstancias estimularon el nacimiento de una reflexión de más amplio alcance. Se sentía la necesidad de establecer reglas claras para las ciencias biomédicas, que ahora tenían que afrontar los nuevos problemas surgidos con las más modernas tecnologías: procreación artificial, ingeniería genética, reanimación, trasplantes, etc. Estas nuevas técnicas hicieron surgir no pocas cuestiones éticas, podían tener repercusiones desestabilizantes sobre la relación entre médicos y enfermos, y ponían a los administradores frente a la necesidad de formular reglas para contener el gasto sanitario y distribuir de manera adecuada los limitados recursos disponibles. Al mismo tiempo problemas como la contracepción y el aborto tenían un fuerte impacto social, y por tanto nacía un encendido debate público sobre su regulación legal. Así nació la bioética. A finales de los años 60 y a principios de los 70 fueron creados los primeros centros de bioética (Hasting Center de Nueva York, Kennedy Institute of Ethics en Washington, etc.) y poco a poco la bibliografía fue abundante. En los hospitales fueron constituidas Comisiones éticas, y en muchos países comenzó a funcionar una Comisión Nacional para la Bioética. Sin embargo, el estatuto científico de la bioética aún es muy discutido, y probablemente, todavía estamos lejos de tener una respuesta compartida por todos⁵.

Nuestro enfoque — En este capítulo tratamos de afrontar el estudio de los problemas relativos a la vida humana con el método de la teología moral. La teología moral hoy puede y debe tomar de la bioética el *status quaestionis* sobre los diferentes problemas, y también una buena parte de los elementos filosóficos que permiten un primer discernimiento moral. Pero la teología moral tiene que evaluar e integrar todos estos elementos a la luz de la Revelación, interpretada y transmitida por la tradición eclesial. Esto no significa —como se ha dicho antes— que todo lo que veremos puede ser aceptado sólo con la fe.. Como escribió Juan Pablo II, en Cristo «se anuncia definitivamente y se da plenamente aquel *Evangelio de la vida que*, anticipado ya en la Revelación del Antiguo Testamento y, más aún, escrito de algún modo en el corazón mismo de cada hombre y mujer, resuena en cada conciencia “desde el principio”, o sea, desde la misma creación, de modo que, a pesar de los condicionamientos negativos del pecado, *también puede ser conocido por la razón humana en sus aspectos esenciales*»⁶.

² *Précis de Médecine Catholique*, Alcan, Paris 1936.

³ *Médecine et Morale*, Desclée, Paris s.f.

⁴ Por ejemplo: CH. MCFADDEN, *Medical Ethics*, Philadelphia 1953; J. PAQUIN, *Morale et Médecine*, Montréal 1955 (trad. Italiana : *Morale e medicina*, Orizzonte medico, Roma 1962) G. KELLY, *Medico-moral Problems*, St. Louis 1958.

⁵ Para una visión más completa, véase E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, vol. I: *Fondamenti deetica biomedica*, Segunda reimpresión, Vita e Pensiero, Milán 1991, pp. 25-55; I. CARRASCO DE PAULA, *Bioetica*, en L. MELINA (ed.), *El actuar moral del hombre. Moral especial*, Edicep, Valencia 2001, pp. 89-162; A. VENDEMIATI, *La specificità bio-etica*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli 2002; L. CICCONE, *Bioetica. Storia, principi, questioni*, Ares, Milán 2003, pp. 9-50.

⁶ *Evangelium vitae*, n. 29

2. EL DEBATE SOBRE LA IDENTIDAD Y EL ESTATUTO DEL EMBRIÓN HUMANO

a) Las diferentes perspectivas de estudio

La importancia social y cultural que han adquirido en nuestros días problemas bioéticos como el aborto y la procreación artificial, han inspirado un debate vivaz sobre el estatuto del embrión humano⁷. Con la expresión “estatuto del embrión humano” nos referimos al conjunto de las características que configuran la posición del embrión. La cuestión puede ser afrontada desde diferentes puntos de vista: desde el punto de vista científico (conocimientos que la ciencia aporta sobre la formación y desarrollo del embrión); desde el punto de vista del ser (estatuto ontológico: qué es, un montón de células, un animal, un ser humano, etc.); respecto al deber y responsabilidad del hombre frente a él (estatuto ético: cómo podemos o tenemos que tratarlo, qué es lo que no podemos lícitamente hacer, etc.); respecto a la ley (estatuto jurídico: cómo la sociedad tiene que regular el comportamiento de los ciudadanos respecto de los embriones humanos). Cada perspectiva tiene sus propias exigencias metodológicas, y también sus propios límites: por ejemplo, la embriología no puede demostrar la presencia o no de una persona, aunque puede ofrecer conocimientos a partir de los cuales el filósofo puede discernir una presencia personal.

Naturalmente existen relaciones estrechas entre las diferentes perspectivas de estudio. Se puede pensar que el comportamiento que podemos tener acerca de un embrión dependería de lo que la ciencia nos enseña sobre el embrión. Pero en realidad, las cosas son mucho más complejas, y la actitud ética parecer tener una autonomía relativa respecto de los conocimientos científicos. Basta pensar que en los primerísimos siglos del Cristianismo, los conocimientos sobre embriología eran exigüos, y lo eran no sólo para los cristianos sino también para los paganos. Sin embargo, en el mundo pagano el aborto era ampliamente aceptado y practicado, mientras que los cristianos no lo aceptaban. Hoy todos disponemos de conocimientos científicos muy amplios sobre el embrión, y se vuelven a plantear exactamente las dos posiciones de la antigüedad. No se trata de un problema científico, sino de un problema ético. Es verdad que el progreso de la ciencia no hace más que confirmar la posición de los cristianos, pero la razón se ve sofocada por motivaciones personales y sociales, por intereses económicos, por exigencias de prestigio científico, de militancia política, etc.⁸ En todo caso, no son los conocimientos científicos sobre el embrión, o la ausencia de tales conoci-

⁷ Para una primera información sobre este debate, cfr. J. GALLAGHER, *Is the Human Embryo a Person? A philosophical Investigation*, Human Life Research Institute, Toronto 1985; I. CARRASCO DE PAULA, *Personalità dell'embrione e aborto*, en AA.VV., *Persona, Verità e Morale*, Città Nuova, Roma 1986, pp. 277-290; N. FORD, *When did I Begin? Conception of the Human Individual in History, Philosophy and Science*, Cambridge University Press, Cambridge 1988 (véase el análisis crítico de A. SERRA, *Quando è iniziata la mia vita?*, «La Civiltà Cattolica» 140/4 (1989) 575-585); E. BLESCHSMIDT, *Daten der menschlichen Frühentwicklung. Menschliches Leben beginnt im Augenblick der Befruchtung*, en AA.VV., *Auf Leben und Tod*, 5ª ed., Bastei-Lübbe, Bonn 1991, p. 26-47; Ph. CASPAR, *Penser l'embryon - d'Hippocrate à nos jours*, Éditions Universitaires, Paris 1991; S. BIOLO, (ed.), *Nascita e morte dell'uomo. Problemi filosofici e scientifici della bioetica*, Marietti, Genova 1993; A. SERRA, *Per un'analisi integrata dello "status" dell'embrione umano. Alcuni dati della genetica e dell'embriologia*, en S. BOLO (ed.), *Nascita e morte dell'uomo...*, cit., pp. 551-585; A. SUÁREZ, *Sono l'embrione umano, il bambino con anencefalia ed il paziente in stato vegetativo persistente delle persone umane? Una dimostrazione razionale a partire dai movimenti spontanei*, «Acta Philosophica» 2/1 (1993) 105-125; J. VIAL CORREA, E. SGRECCIA (edd.), *Identità e statuto dell'embrione umano*, Lib. Ed. Vaticana, Città del Vaticano 1998; N. LÓPEZ MORATALLA, M.J. IRABURU ELIZALDE, *Los quince primeros días de una vida humana*, Eunsa, Pamplona 2004 (óptimo estudio, muy técnico, con amplia y actualizada bibliografía científica); M. FAGGIONI, *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*, cit., pp. 219-259.

⁸ Véase sobre estos temas A. RODRÍGUEZ-LUÑO, *El concepto de respeto en la Instrucción "Donum vitae"*, «Anthropotes. Rivista di studi sulla persona e la famiglia» IV/2 (1988) 261-272.

mientos, los que determinan *siempre* las posiciones éticas en relación al respeto del embrión humano.

b) La perspectiva científica

En el mundo greco-romano no han faltado observaciones empíricas de los embriones. Ph. Caspar cita un texto griego que describe las estructuras visibles de un embrión abortado de 6 días⁹. Este texto sirvió como fundamentación biológica para quienes durante la antigüedad greco-latina habían sostenido que el embrión es un ser vivo desde el primer momento de su existencia. Sin embargo, en la costumbre y en las leyes del mundo greco-romano tuvo mucho más importancia la concepción estoica, que consideraba que el feto era una parte de la madre, y que la animación sobrevenía solo en el nacimiento. Antes del nacimiento el feto “nondum est in rebus humanis”¹⁰.

Desde el punto de vista de su influjo histórico ha sido todavía más importante la teoría aristotélica de la generación. Para Aristóteles, la generación es fruto de la acción del semen paterno en la sangre materna. Aristóteles considera (*De generatione animalium*) que el semen paterno contiene por naturaleza un principio o un impulso que transmite la forma específica. A causa de la resistencia de la materia (materna) la información es progresiva, y tal principio toma 40 días para que el embrión sea un cuerpo organizado. Antes de los 40 días, el alma nutritiva está en acto, mientras en el semen estaba en potencia, y el alma sensitiva está en potencia. También el alma racional está contenida en potencia, de otra manera no podría pasar después al acto¹¹. Sobre esta base, y según las propias concepciones éticas, Aristóteles consideraba que, en ciertos casos, «es necesario hacer un aborto antes de que el feto tenga sensibilidad y vida, porque la admisibilidad de este acto depende precisamente de las condiciones de sensibilidad y de vida del feto»¹².

Las ideas de Aristóteles sobre el aborto no tuvieron ninguna influencia en la valoración moral del aborto por parte de los filósofos y teólogos cristianos. Pero dieron lugar a la distinción entre feto formado y feto no formado, que fue erróneamente introducida por los LXX en la traducción al griego de Éxodo 21, 22-25¹³, y fue admitida por algunos Padres, por muchos teólogos escolásticos, como Santo Tomás, por moralistas como San Alfonso, y por la disciplina canonística de la Iglesia en el período comprendido entre el Decreto de Graciano y la recopilación de san Raimundo de Peñafort (año 1234), y la Const. *Apostolicae Sedis* de Pío IX (año 1869), con excepción de los años

⁹ Cfr. Ph. CASPAR, *Penser l'embryon – d'Hippocrate à nos jours*, cit. p. 15.

¹⁰ Para una buena visión histórica de conjunto, cfr. E. NARDI, *Procurato aborto nel mondo greco romano*, Giuffrè, Milán 1971; P. SARDI, *L'aborto ieri e oggi*, Paideia, Brescia 1975.

¹¹ Cfr. ARISTÓTELES, *De generatione animalium*, II, 3: 736 a 32 – b 29 (trad. Italiana de D. Lanza en ARISTÓTELES, *Opere biologiche*, Utet, Torino 1971, pp. 892-894.

¹² ARISTÓTELES, *Politica*, VII, 16: 1315 b.

¹³ La traducción castellana de la Biblia de Navarra dice así: «Cuando algún hombre, en el fragor de una riña, golpee a una mujer embarazada provocándole el parto, pero sin causar más daño, el culpable será multado según lo que imponga el marido de la mujer y decidan los magistrados. Pero si se sigue algún daño, pagarás vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, quemadura por quemadura, herida por herida, contusión por contusión». La Vulgata traduce así: «si rixati fuerint viri et percusserit quis mulierem praegnantem et abortivum quidem fecerit, sed ipsa vixerit subiacebit damno quantum expetierit maritus mulieris et arbitri iudicaverint; sin autem mors eius fuerit subsecuta, reddet animam pro anima, oculum pro oculo, dentem pro dente, manum pro manu, pedem pro pede, adustionem pro adustione, vulnus pro vulnere, livorem pro livore». Pero los LXX ponen el daño a reparar en relación no con el daño sufrido por la madre, sino con el daño sufrido por el hijo. Y así, la expresión “sin causar más daño” toma para ellos el significado: “si el feto no está formado”; y la expresión “si se sigue algún daño” significa para ellos “si el feto está formado”.

que transcurrieron entre la bula *effraenatam* (1558) de Sixto IV y la Const. *Sedes Apostolica* de Gregorio XIV (1591).

Según esta teoría, llamada epigenética, se consideraba que el alma racional era infundida por Dios el día 40º para los embriones de sexo masculino, y al 89/90º día para los embriones femeninos. Esto no introducía entre los cristianos ninguna duda sobre la grave inmoralidad del aborto, por todos considerado como pecado grave, pero *en algunos casos daba lugar a diferenciaciones sobre la especie moral del pecado de aborto y sobre las consecuencias penales*: la excomunión era solo para el aborto del feto formado. Sin embargo, durante todo el primer milenio cristiano el aborto, todo aborto, había tenido las mismas penas o penitencias que el homicidio.

El desarrollo de la embriología científica fue poniendo progresivamente en crisis la teoría epigenética. Al final del siglo XVII el investigador William Harvey descubrió que el embrión no nacido dispone de una circulación sanguínea propia y lleva en el organismo materno una vida propia. En 1827 Karl Ernst von Baer descubrió la existencia del óvulo femenino, lo cual fue un fuerte golpe para la teoría epigenética. Cada vez era más claro que el momento determinante de la generación era el encuentro de los dos gametos, que daba lugar a un nuevo ser, y no a la acción del solo semen masculino en la sangre materna. En 1953, James D. Watson y Francis H. Crick consiguieron descifrar el código genético, dando el golpe de gracia a la idea de que el embrión precoz fuera un agregado celular amorfo. *Estaba claro que con la fecundación, cuando se produce la fusión de la información genética paterna y materna, hay un nuevo ser individual, genéticamente distinto del padre y de la madre.* Desde el comienzo el embrión humano no se desarrolla solo *en dirección* del hombre, sino que se desarrolla desde el principio *como* hombre. Desde entonces, sucesivos estudios han demostrado que en el desarrollo del embrión hay identidad de sujeto, absoluta continuidad, dirección programada central. Como dijo J. Lejeune, «aceptar el hecho de que, después de la fecundación, ha venido a la existencia un nuevo ser humano ya no es una cuestión de gusto o de opinión [...]. No es una hipótesis metafísica, sino una evidencia experimental»¹⁴.

La continuidad del desarrollo embrionario es tal que resulta del todo arbitrario pensar en la segunda, la cuarta o la octava semana de la gestación como inicio de la nueva vida individual. El sujeto que cada uno de nosotros es, comenzó a existir en la concepción. No antes de la concepción, sin embargo, porque ya Aristóteles advirtió una profunda diferencia entre el embrión y los gametos. El semen necesita otro principio para desarrollarse¹⁵.

El Magisterio de la Iglesia, la praxis canónica y la teología han tomado conciencia de esa realidad científica: *desde la concepción el embrión es un ser individual vivo de la especie humana, distinta de la madre, y por lo tanto la distinción entre feto formado y feto no formado ya no es sostenible ni siquiera a efectos penales* (desde el punto de vista del juicio moral tal distinción fue siempre irrelevante en la tradición cristiana).

Tenemos que considerar algunas de las principales objeciones que, sobre todo en el ámbito del debate sobre el aborto, han sido dirigidas a lo que acabamos de decir.

El hombre en potencia — Algunos han retomado la terminología aristotélica y escolástica del hombre en potencia, para afirmar que si el embrión es un hombre potencial, se debe reconocer que el embrión precoz to-

¹⁴ Texto completo en «Sí alla vita» 6/3 (1983) 4.

¹⁵ Cfr. ARISTÓTELES, *Metafísica*, IX, 7: 1049 a 14-16.

davía no es un hombre en acto. Quien destruye un embrión o hace un aborto no mata a un ser humano vivo, sino algo que podría llegar a ser hombre, pero que todavía no lo es.

Se tienen que hacer varias observaciones. Ante todo, no se ve qué utilidad puedan tener hoy las objeciones sobre los embriones precoces. Las leyes abortistas autorizan el aborto voluntario de fetos de tres meses, y muchas veces de fetos mucho más maduros, que con toda evidencia son niños vivos plenamente formados. Es evidente que si la ley niega toda tutela a los fetos de tres meses, la negará también a los embriones precoces. Probablemente se quiere hacer el siguiente razonamiento: la ley autoriza el aborto de un feto de 3 o más meses sobre la base de un grave conflicto con los derechos de la madre (a la autodeterminación, a la salud). Si se quiere poder disponer libremente de embriones precoces, a favor de la experimentación científica, que es una instancia menos urgente que los presuntos derechos inmediatos de la madre, es útil afirmar que tales embriones no pueden ser considerados de ningún modo serse humanos vivos.

Entremos en la cuestión. La teoría de Aristóteles tiene necesidad de alguna aclaración por lo que se refiere al concepto de potencialidad¹⁶. El *De anima*, al que remite el *De generatione*, precisa que el alma superior contiene las virtualidades de las almas inferiores, pero no a la inversa. Aristóteles piensa que en el embrión humano el alma intelectual ya está presente en “acto primero”, aunque todavía no ejerce “en acto segundo” sus facultades (recuérdese que para Aristóteles el alma es «el acto primero de un cuerpo natural que tiene su vida en potencia»¹⁷). Por tanto, según las investigaciones de Berti, en el embrión humano el alma intelectual está presente como “acto primero”, pero sin el acto segundo, es decir, sin el efectivo ejercicio de las facultades superiores. Desde el principio tiene sólo en acto las facultades vegetativas. No es verdad que según Aristóteles en el embrión precoz haya sólo alma vegetativa que contenga en potencia el alma sensitiva e intelectual. Su pensamiento es más bien que está en acto primero el alma intelectual que, al inicio, tiene en acto segundo solamente las facultades vegetativas.

Todo esto está confirmado por el libro IX de la *Metafísica*. El embrión puede ser llamado “hombre en potencia” solamente en el sentido de que está en condición, por virtud propia, de llegar a ser hombre. El embrión posee en acto primero el alma propia del hombre. Esto significa que es verdaderamente hombre, aunque debe desarrollar todavía muchas de sus potencialidades. Algo completamente distinto es el semen. Aristóteles precisa que «no es todavía el hombre en potencia, porque debe ser depositado en otro ser y sufrir un cambio [...], tiene necesidad de otro principio»¹⁸. Hay que entender bien la diferencia existente entre posible y potencial: potencial es lo que puede llegar a ser algo por virtud propia, y lo será seguramente, salvo que aparezcan obstáculos que se lo impidan. La posibilidad, en cambio, es posibilidad abstracta, la simple no imposibilidad: esta pared puede ser verde, si alguien la pinta de verde; en cambio, potencialmente verde quiere decir que puede llegar a ser verde por sí sola, porque el verde ya está en la pared, sólo debe desplegar sus efectos. En el lenguaje común, diferente del lenguaje metafísico, no se debería decir que el embrión humano es un ser humano potencial, sino un ser humano que debe desarrollar todavía muchas potencialidades.

Los gemelos monocigóticos — Otra objeción se apoya en el fenómeno de los gemelos monocigóticos. Se afirma que hasta que no se supere el momento en el cual ya no es posible la formación de gemelos, no es debe hablar de un ser humano individual.

No disponemos aún de una comprensión exhaustiva de la gemelaridad monocigótica, pero en los últimos años se han hecho grandes progresos, y en el estado actual de los conocimientos se puede afirmar que la objeción es inválida. Actualmente se sabe con certeza que no todos los gemelos monocigóticos proceden de la división de un embrión; aunque procedieran de un mismo embrión, la capacidad de división de un embrión precoz no implica que el embrión que se divide no posea una organización individual (no presupone un estado de no definición). Hoy sabemos que de una sola fecundación pueden derivar dos cigotos, es decir, dos embriones. La alteración de la difusión del ión calcio puede hacer que suceda la primera división antes de alcanzar la organización celular propia del fenotipo del cigoto. Es alterado el orden temporal de los procesos intracelulares de la fecundación, y de la división derivan dos cigotos todavía en fase de constitución. Estos gemelos monocigóticos no proceden de la división de un cigoto precedente, sino de una única fecundación. Se sabe también que la fe-

¹⁶ Para lo que sigue, cfr. E. BERTI, *Quando esiste l'uomo in potenza? La tesi di Aristotele*, en S. BILOLO (ed.), *Nascita e morte dell'uomo. Problemi filosofici e scientifici della bioetica*, cit., p. 109-113.

¹⁷ ARISTÓTELES, *De anima*, II, 3: 412 a 23-29.

¹⁸ ARISTÓTELES, *Metafísica*, IX, 7_ 1049 a 14-16.

cundación puede dar lugar a una estructura triploide (XXY), que puede morir, o dar lugar a dos cigotos: XX y XY. Esto explica el fenómeno documentado de gemelos monocitóticos de sexo diferente. En estos casos, la existencia de un único chorion e/o amnion se debe a un fenómeno de fusión¹⁹. Por otro lado, algunos experimentos de vivisección de embriones humanos, que ya se han realizado (J. Hall y R. Stillman de la George Washington University, octubre 1993), han demostrado que se deben modificar las concepciones sobre la totipotencialidad de los blastómeros humanos que hasta ahora eran comúnmente aceptadas²⁰.

El fenómeno de los gemelos monocigóticos, no implica la ruptura de la continuidad en el desarrollo embrional ni niega la individualidad, por lo que desde el punto de vista ético sólo puede significar que la supresión de un embrión precoz podría impedir el desarrollo y el nacimiento no de un hombre, sino de dos.

Equiparación entre el inicio y el fin de la vida — Otros autores querrían hacer valer un hipotético paralelismo entre el momento inicial y el momento final de la vida humana. Si afirman que un hombre se considera muerto cuando se llega a la cesación irreversible del funcionamiento de todo el encéfalo, el inicio de la vida humana no podría ser anterior al funcionamiento del cerebro o de alguna estructura equiparable a un cerebro primitivo. No hay vida humana si no hay actividad cerebral²¹. Este paralelismo es ilegítimo. El electroencefalograma plano, como diagnóstico de muerte²², evidencia un proceso irreversible de necrosis. El hombre en este estado está en la fase final de un proceso descendente en el cual todas las potencialidades se han agotado. La ausencia de actividad cerebral en el embrión precoz revela, un ser que está en la fase inicial de un proceso ascendente (cuyo gobierno y coordinación corresponde naturalmente, no al cerebro, sino al genoma), en el cual todas las potencialidades están abiertas. Las dos situaciones no son equiparables²³. Para el embrión precoz es biológicamente natural y normal no tener un cerebro funcionando, ya que todo está coordinado por el genoma. Para el adulto, en cambio, biológicamente, la ausencia irreversible de las funciones de todo el encéfalo es signo de muerte.

c) El punto de vista ontológico

El momento de la infusión del alma espiritual — En el ámbito de la teología católica, en relación con la teoría aristotélica, se ha discutido si el alma espiritual humana era infusa por Dios en el momento de la concepción o cuando el embrión está formado (40 días para los varones, y 80/90 para las mujeres²⁴). Los Padres Apostólicos y Apologistas no entraron en esta cuestión. Se limitaron a condenar firmemente el aborto. Entre los Padres orientales, casi todos sostienen la animación inmediata (San Basilio Magno, San Gregorio de Nisa, Máximo el confesor). Teodoreto de Ciro sostiene, en cambio, la animación retardada. Como hemos dicho, la praxis penitencial de la Iglesia en los primeros 12 siglos presupone que todo aborto es un homicidio.

¹⁹ Sobre todo esto, véase N. LÓPEZ MORATALLA, M.J. IRABURU ELIZALDE, *Los quince primeros días de una vida humana*, cit., pp. 148-161.

²⁰ Cfr. J. LEJEUNE, *L'impossibile clonazione*, «Studi Cattolici» 396 (1994) 129-130.

²¹ Esta objeción es formulada, por ejemplo, por M. MORI, *Aborto e trapianto: un'analisi filosofica degli argomenti addotti nell'etica medica cattolica recente sull'inizio e sulla fine della vita umana*, en M. MORI (ed.), *Questioni di bioetica*, Editori Riuniti, Roma 1988, pp. 103-148.

²² Se debe añadir que el EEG no es el único criterio diagnóstico de muerte para un paciente sometido a reanimación, entre otras cosas porque la "muerte cerebral" no es sólo la cesación de las actividades de la corteza cerebral; tiene cesar irreversiblemente la actividad de todo el encéfalo. Cfr. sobre el tema: A. RODRÍGUEZ-LUÑO, *Rapporti tra il concetto filosofico e il concetto clinico di morte*, «Acta Philosophica» I/1 (1992) 54-68; J. COLOMO GÓMEZ, *Muerte cerebral. Biología y ética*, Eunsa, Pamplona 1993.

²³ Cfr. M.L. DI PIETRO – R. MINACORI, *La teoria della "brain birth" versus la teoria della "brain death": una simmetria impossibile* «Medicina e Morale» 49/2 (1999) 321-336.

²⁴ Para una visión de conjunto, ver P. SARDI, *L'aborto ieri e oggi*, cit.; M. CHIODI, *Il figlio come sé e come altro. La questione dell'aborto nella storia della teologia morale e nel dibattito bioetico contemporaneo*, Glossa, Milán 2001.

Entre los escolásticos, como Santo Tomás, era más corriente pensar que el alma se infundía algún tiempo después. Esta posición responde a la intención de enviar el traducionismo de Tertuliano, y para sostener la doctrina de la unicidad de la forma sustancial. Esta tesis presupone que el desarrollo embrional tiene momentos de fuerte discontinuidad, idea que hoy no es científicamente aceptable. En cualquier caso, esta postura no quería de ninguna manera poner en duda la inmoralidad de todo aborto.

La Iglesia jamás se ha pronunciado formalmente sobre la cuestión teórica del momento de la infusión del alma, que no considera determinante para la valoración moral del aborto y del respeto debido a los embriones²⁵. Sin embargo, la posición de la Iglesia no es neutral. Su enseñanza presupone que el embrión precoz es un ser humano vivo.

Nos parece que plantear el problema del momento de la infusión del alma espiritual humana con el objetivo de determinar el estatuto ético del embrión humano es un enfoque desorientador.- Quien conoce mínimamente la historia de la metafísica occidental sabe que los conceptos de potencia y acto fueron acuñados para poder pensar el movimiento, no para medirlo. Análogamente, el concepto de alma responde a la necesidad filosófica de pensar y captar la realidad que llamamos vida, el vivir, y no a la necesidad de determinar su inicio o su fin.

Sería absurdo invocar los conceptos de potencia y acto para discutir con la policía de tránsito si hemos sobrepasado o no el límite de velocidad en la carretera, porque la velocidad es medida por otros procedimientos, tampoco tiene sentido invocar el concepto de alma para saber si el hombre que tenemos delante, tirado en el suelo, vive y lo llevamos al hospital o ya está muerto y lo sepultamos. Desde el punto de vista inductivo, es decir, desde el punto de vista de nuestras posibilidades de conocimiento, se parte de la vida o de la muerte, realidad empíricamente conocible, para hacer afirmaciones sobre la presencia o ausencia del alma, no al revés. Debemos razonar así: es un ser humano vivo, por consiguiente, el alma está presente. No es posible para nosotros razonar así: el alma está presente, por lo tanto, es un ser humano vivo. No es que este segundo razonamiento no sea verdadero en lo que afirma. El problema está en que no estamos ni estaremos jamás en condiciones de controlarlo, porque no disponemos de una percepción directa del alma espiritual.

El estatuto ontológico del embrión humano — El punto importante, sobre el cual hoy se ha llegado a la certeza, es que el embrión humano, aunque precoz, es un individuo humano vivo. Para debilitar esta certeza se ha recurrido al concepto de pre-embrión, que se aplicaría a los embriones de menos de 14 días o a los embriones que todavía no se implantaron en el útero. El concepto de pre-embrión, utilizado en algunas leyes, es arbitrario. El día 14 no es más decisivo que los demás, en los cuales hay desarrollos igualmente importantes. Y desde el punto de vista ético es inadmisibles, por razones que hemos explicado en el capítulo precedente y sobre las cuales volveremos: el que nace de una madre humana es un hombre, mientras no se demuestre lo contrario, y nadie es competente para poner en duda la condición humana o para fijar las condiciones que deberían tener los hombres para ser reconocidos como tales.

²⁵ Cfr. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Dichiarazione sull'aborto procurato*, cit., n. 13 con nota 19; ID. *Istruzione Donum vitae sul rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*, 22 febrero 1987, I, 1; *Evangelium vitae*, n. 60.

Otros autores se refugian en el concepto de persona. Conceden que el embrión es vida humana individual, pero niegan que sea una persona. Aquí, todo depende de qué se entiende por persona. Se dan las siguientes propuestas:

1) *Propuesta sensista* (por ejemplo P. Singer²⁶): considera que el concepto de persona es vacío. Sólo puede merecer respeto quien tiene la posibilidad de sentir placer y dolor, y por consiguiente quien ha desarrollado un sistema nervioso central. Merece más respeto un animal adulto que un embrión precoz.

2) *Propuesta no naturalista o anti-naturalista*: considera que el dato empírico o biológico es irrelevante para determinar el estatuto ético. El significado de la vida personal estaría fundado en las relaciones humanas. El otro existe como persona sólo en la relación, y por tanto su existencia personal depende de mí, de mi relación con él (R. MC Cormick²⁷, J.F. Malherbe²⁸). Hay que responder que en realidad, sucede justamente lo contrario. La individualidad biológica del embrión testimonia que el embrión es otro que yo y precisamente en cuanto tal se convierte en una llamada a reconocer su valor intrínseco, su realidad de sujeto. Se es persona en virtud del propio ser, no de lo que los otros me dan. Si el ser persona dependiera de los demás, sería lícita toda discriminación.

3) *Propuesta funcionalístico-actualista* (Engelhardt²⁹): se define a la persona a partir de la presencia en acto de algunas características o signos: autoconsciencia, autonomía, racionalidad, etc. Se afirma así que no todos los hombres vivos son personas. Esta teoría reduce la sustancia (en sentido metafísico) a la función en acto. Implica la imposición del fuerte sobre el débil, es decir, del que en virtud de su posición ventajosa puede establecer los criterios de personalidad para aplicar a los otros. La misma idea de derechos humanos presupone —como se ha dicho en el capítulo precedente— que están radicados en la condición humana, sin que pueda exigirse ninguna otra característica en acto. Por otro lado, no es admisible que sea usado un concepto discutible de persona como principio para operar discriminaciones o distinciones fundamentales entre los seres humanos vivos.

Pensamos que, en este problema, el punto fundamental es que el embrión es un individuo vivo de naturaleza humana. No se ve cómo tal individuo pueda no ser persona. No existe otra modalidad de existencia para los seres humanos vivos que la de ser personas humanas.

d) *El estatuto ético del embrión humano*

A la luz de las consideraciones precedentes, se trata de ver ahora cuál es la actitud éticamente buena frente al hombre en estado embrionario. Durante muchos siglos, este problema se identificaba con la cuestión del aborto, porque no había otras modalidades de intervención sobre los embriones y los fetos. Hoy el problema se ha ampliado porque el desarrollo de las técnicas de fecundación artificial abre la posibilidad de otras formas de intervención sobre los embriones humanos *in vitro*.

Desde que los primeros cristianos se pusieron en contacto con la cultura greco-romana, han pronunciado un decidido y unánime “no” frente a la praxis del aborto, como se puede ver ya a

²⁶ Cfr. P. SINGER, *Etica pratica*, Liguori, Nápoles 1989, pp.102.

²⁷ Cfr. R. MCCORMICK, *Salute e medicina nella tradizione cattolica*, Camilliane, Torino 1986, pp. 194-195

²⁸ Cfr. J.F. MALHERBE, *L'embryon est-il une personne humaine?*, «Lumière et vie» 172/34 (1985) 30.

²⁹ Cfr. H.T. ENGELHARDT, *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milán 1991, p. 126.

partir de los padres apostólicos. El aborto es considerado como un crimen contra la vida humana, que brota del desprecio al Creador. Resumiendo toda la tradición doctrinal católica, el Magisterio reciente ha expresado en modo muy solemne y definitivo la doctrina de la Iglesia. Sin pronunciarse formal y teóricamente sobre cuestiones como la infusión del alma y el concepto de persona, pero sin asumir una actitud neutral, presupone que el embrión humano, en cualquier estado de desarrollo, es un individuo vivo de condición humana, al cual se le aplica íntegramente el principio de la inviolabilidad de la vida humana. Por eso se afirma claramente que «*el ser humano debe ser respetado – como persona – desde el primer instante de su existencia [...] Por tanto, el fruto de la generación humana, a partir de la constitución del cigoto, exige el respeto incondicional que es moralmente debido al ser humano en su totalidad corporal y espiritual*»³⁰. Esta posición puede considerarse la enseñanza ética definitiva de la Iglesia, fundada sobre la razón (todo lo que se ha dicho hasta ahora sobre la dignidad humana y sobre el estatuto ontológico del embrión) y sobre la fe: debemos imitar a Cristo que acoge y sana a todos, especialmente a los débiles, que da su vida por todos sus hermanos, también por los que no le reciben. Un discípulo de Cristo, un hijo del Dios que se dona a Sí mismo en Cristo, no puede suprimir la vida del hijo que él mismo ha llamado a la existencia con los propios actos, porque tal vida no era deseada, estorba los propios proyectos o le causa graves problemas. Esta es una intuición ética fundamental que no puede ser superada con ninguna argumentación.

3. EL ABORTO VOLUNTARIO

a) Concepto de aborto

La encíclica *Evangelium vitae* define el aborto voluntario como «*la eliminación deliberada y directa, como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va de la concepción al nacimiento*»³¹. Este concepto de aborto representa un cierto cambio respecto al que era utilizado durante mucho tiempo por la manualística, que entendía por aborto procurado cualquier acción que se propusiera expulsar o extraer del útero materno un feto vivo todavía inviable³². Las intervenciones que causaban la muerte del embrión o del feto, no comprendidas en esta defini-

³⁰ Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, cit., I, 1. La misma doctrina es repropuesta en *Evangelium vitae*. *Donum vitae* añade: «Esta doctrina sigue siendo válida y está confirmada, en el caso de que fuese necesario, por los recientes avances de la biología humana, la cual reconoce que en el cigoto* resultante de la fecundación está ya constituida la identidad biológica de un nuevo individuo humano. * [El cigoto es la célula resultante de la fusión de los núcleos de los dos gametos] Ciertamente ningún dato experimental es por sí suficiente para reconocer un alma espiritual; sin embargo, los conocimientos científicos sobre el embrión humano ofrecen una indicación preciosa para discernir racionalmente una presencia personal desde este primer surgir de la vida humana: ¿cómo un individuo humano podría no ser persona humana? El Magisterio no se ha comprometido expresamente con una afirmación de naturaleza filosófica pero repite de manera constante la condena moral de cualquier tipo de aborto procurado. Esta enseñanza permanece inmutada y es inmutable» (I,1).

³¹ *Evangelium vitae*, n. 58.

³² «Abortus est eiectio immaturi foetus viventis ex utero materno» (D.M. PRÜMMER, *Manuale theologiae Moralís*, cit., vol. II, n. 137). «Abortus est eiectio foetus immaturi ex utero matris» (H. NOLDIN, *Summa Theologiae Moralís*, cit., vol. II, n. 342).

ción, recibían otros nombres, como craneotomía, feticidio, embriotomía, etc., y eran igualmente considerados gravemente ilícitos³³.

Siguiendo la *Evangelium vitae*, aborto procurado es toda forma de eliminación intencional de la vida humana en el periodo que transcurre entre la concepción y el nacimiento:

- se encuentre el embrión o el feto, en los tubos ováricos, antes de la anidación, o en el útero;
- cualquiera sea el tiempo transcurrido desde la fecundación;
- cualquiera sea el medio a través del cual se realice (procedimientos quirúrgicos, DIU [dispositivo intra uterino], interceptivos, píldora RU 486, píldora del día después, methotrexate, etc.);
- cualquiera sea la motivación del aborto directo (terapéutica, social, criminológica, eugenésica, etc.).

Evangelium vitae precisa que la misma valoración moral del aborto procurado se debe aplicar a cualquier forma de intervención o de experimentación sobre los embriones humanos que comportan inevitablemente su destrucción, así como al abandono de embriones humanos formados in vitro, y al uso de embriones o fetos vivos como proveedores de tejidos o de órganos para el trasplante³⁴.

Los estudios históricos demuestran que el aborto procurado no es un fenómeno exclusivo de nuestros tiempos. Sin embargo, hoy presenta caracteres nuevos respecto del pasado. La primera novedad es de orden cuantitativo: el número anual de abortos a nivel mundial es muy elevado. Según las estimaciones más bajas, se puede calcular que cada año se registran algunas decenas de millones de abortos “legales”³⁵. El *Book of the Year 1996* de la Enciclopedia Británica, que presenta los datos del 1994, proporcionados por 61 países, para un total de 3.378 millones de habitantes (el 60 % de la población mundial) habla de más de 23 millones de abortos. Entre los datos más impresionantes, están los de Rusia (339 abortos cada 100 nacidos vivos), Rumania (265 cada 100) y Ucrania (159 cada 100). En Italia hay 26 abortos cada 100 nacidos vivos y en los Estados Unidos, 35/100³⁶.

³³ Sobre esto y lo que sigue, ver A. RODRÍGUEZ LUÑO, *La valutazione teologico morale dell'aborto*, in E. SGRECCIA - R. LUCAS (edd.), *Commento interdisciplinare alla "Evangelium vitae"*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1997, pp. 419-434 (gli studi contenuti in questo volume sono molto utili per lo studio dei diversi aspetti dell'aborto). Si vedano anche: G. GRISEZ, *El aborto. Mitos, realidades y argumentos*, Sígueme, Salamanca 1972; J. CONNERY, *Abortion: The Development of the Roman Catholic Perspective*, Chicago 1977; L. CICCONE, *Il confessore e l'aborto*, «La rivista del clero italiano» 60 (1979) 886-896; ID., “Non uccidere”. *Questioni di morale della vita fisica*, Ares, Milano 1984, pp. 144-256; P. DONATI, *Riflessioni sociologiche sulla recente fenomenologia dell'aborto*, «La Famiglia» 121 (1987) 5-27; J. RATZINGER, *Dignità della vita nascente*, «Medicina e Morale» 38 (1988) 297-304; M.L. DI PIETRO - E. SGRECCIA, *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto*, «Medicina e Morale» 38/1 (1988) 5-34; E. GIUS - D. CAVANNA, *Maternità negata. Ricerca sui vissuti e sugli atteggiamenti nell'interruzione volontaria della gravidanza*, Giuffrè, Milano 1988; A. PALINI, *Aborto. Dibattito sempre aperto da Ippocrate ai nostri giorni*, Città Nuova, Roma 1992; J. E. B. WILLKE, *Che ne sai dell'aborto?*, Cic Edizioni Internazionali, Roma 1995; M. PALMARO, *Ma questo è un uomo. Indagine storica, politica, etica, giuridica sul concepito*, San Paolo, Milano 1996.

³⁴ *Evangelium vitae*, n. 63.

³⁵ Pueden consultarse los *Demographic Yearbook* publicados cada año por las Naciones Unidas. Además: S.K. HENSHAW, *Induced abortion: A Worldwide Perspective*, «International Family Planning Perspectives» 1 (1987) 13; L. IFFY, G. FRISOLI, A. JAKOBOVITS, *Perinatal Statistics: The Effect Internationally of Liberalized Abortion*, in *New Perspectives on Human Abortion*, UPA, Frederick, Maryland 1981, p. 92

³⁶ Cfr. L. CICCONE, *La vita umana*, cit., pp. 103-104. Si vedano anche: E. SPAZIANTE, *L'aborto provocato: dimensioni planetarie del fenomeno*, «Medicina e Morale» 46 (1996) 1083-1134 e ID., *L'aborto nel mondo. Aggiornamento statistico-epidemiologico in tema di aborto legalmente registrato*, «Medicina e Morale» 48 (1998) 313-368. Per

Hay algunas circunstancias nuevas que caracterizan el aborto desde el punto de vista cualitativo:

— es considerado como un derecho que el Estado debe reconocer y garantizar, y como tal es legalizado;

— es realizado por operadores sanitarios, que deberían ser los profesionales de la custodia de la salud y de la promoción de la vida;

— por último, la grave circunstancia de que tales atentados suceden a menudo dentro de la familia: en 1982, el 71,1% de las mujeres que abortaron en Italia estaban casadas. En 1991 las mujeres casadas eran el 62,2%. A nivel mundial, los abortos “en familia” se dan entre esposos que tratan de retrasar la llegada del primer hijo o entre esposos que no desean tener un tercero;

— en el ámbito de la familia, a veces sirven para tapar abusos indignos.

Estos significativos elementos de novedad han sido posibles por la puesta en acto de imponentes estructuras de “apoyo” cultural y económico, muchas veces de carácter internacional, que comprenden sofisticados procedimientos de manipulación lingüística y simbólica, argumentaciones jurídicas y políticas, etc., que han conseguido oscurecer notablemente la percepción personal y colectiva del valor de la vida humana³⁷.

b) Los procedimientos para realizar el aborto

La técnica seguida para realizar el aborto depende en buena parte del tiempo transcurrido desde la fecundación. Hasta el día 14º de la fecundación, se emplean interceptivos que impiden la anidación del embrión en el útero (espiral o DIU, minipíldora de sólo progesterona, píldora del día siguiente). Hasta el día 30º se recurre al uso de contraceptivos (por ejemplo la RU 486).

Dentro del primer trimestre se usan dos técnicas. *La aspiración endouterina* por vía vaginal, con cánulas flexibles: se ensancha el orificio externo del cuello uterino, y se introduce una cánula, para extraer al nascituro mediante la aspiración, producida por un aparato similar a la aspiradora doméstica, pero mucho más potente. La muerte del *nascituro* es provocada desmembrándole los brazos y las piernas. Los restos fetales se convierten en una sustancia sanguinolenta. O bien *la dilatación del cuello cervical y el raspaje uterino*: un largo instrumento, cuya extremidad forma una afilada cucharita, introducida en el útero para raspar las paredes eliminando así su contenido.

Después del primer trimestre, se emplea una de las siguientes técnicas. *La dilatación cervical y el vaciamiento del útero con pinzas y anillos* (el feto es despedazado). Se exige una mayor dilatación del cuello del útero, el uso de pinzas para desmembrar el feto (primero los brazos y las piernas, después la espalda), la ruptura en pedazos del cráneo (para aspirar la cabeza), y la extracción de los restos fetales mediante un fórceps y un anillo. O bien *la administración de altas dosis transvaginales de prostaglandina E₂*: hormonas que provocan las contracciones del parto, inyectadas en el líquido amniótico, o suministradas bajo forma de compresas vaginales. Después de la 16ª semana, el vaciamiento es precedido por la administración de fármacos que estimulan las contracciones uterinas y la dilatación cervical (por ejemplo, solución hipertónica de sal intramniótica). La solución salina quema la piel, la garganta y los intestinos del feto. Al final, el feto es expulsado. Por último *la histerectomía*, es decir, la apertura quirúrgica del útero y del abdomen y la extracción del feto.

l'Italia: ISTAT, *L'interruzione volontaria della gravidanza in Italia. Un quadro socio-demografico e sanitario della legge 194 ad oggi*, Roma 1997.

³⁷ Cfr. A. RODRÍGUEZ LUÑO, *La cultura della vita come compito sociale e comunicativo*, in ID., «Cittadini degli del Vangelo» (Fil 1, 27). *Saggi di etica politica*, Edusc, Roma 2005, pp. 61-74 (trad. española: *Cultura política y conciencia cristiana*, Rialp, Madrid 2007).

c) La actitud de la Iglesia ante el aborto en la antigüedad

Es preciso comenzar diciendo que hay discusiones sobre el significado del término *farmakeía* (neovulgata: *veneficia*), usado por san Pablo en *Gal 5, 20* como objeto de condena. Varios autores piensan que el uso paulino de tal palabra no se refiere sólo a las drogas abortivas entonces utilizadas, pero que ciertamente las incluye³⁸.

*La Iglesia primitiva considera el aborto como un crimen contra la vida humana, que brota del desprecio al Creador. La condena del aborto es neta y sin matices*³⁹. Son numerosos los testimonios de esta doctrina. La *Didaché* enumera a los «asesinos de los hijos» y a los «destruidores de la creatura de Dios» entre quienes eligen el camino de la muerte⁴⁰. La *Carta de Bernabé* ve el aborto como una grave transgresión del mandamiento de la caridad⁴¹. En Atenágoras, la condena del aborto es colocada en el contexto de la lucha del cristianismo contra las multiformes expresiones del desprecio de la vida en el mundo romano. Afirma que los cristianos consideran como homicidas a las mujeres que recurren a medicinas abortivas, porque los niños en su seno «ya son objeto de los cuidados de la Providencia divina»⁴². Minucio Félix, en el *Octavius*, compara el aborto a un «parricidio»⁴³. Clemente de Alejandría en el *Pedagogo*, denuncia al aborto como muerte del sentido de la humanidad⁴⁴. Tertuliano afirma que «es un homicidio anticipado impedir el nacimiento; poco importa que se suprima el alma ya nacida o que se la haga desaparecer al nacer. Ya es un hombre, el que lo será»⁴⁵. No menos neta es la posición de san Basilio el Grande: «No existen entre nosotros sutilezas que distingan entre el fruto del cuerpo plenamente formado y el fruto privado de forma»⁴⁶. El aborto siempre es homicidio. La disciplina penitencial de la Iglesia primitiva también era clara y unánime. Preveía la excomunión de por vida, atenuada desde el sínodo de Ancira (año 314) a una penitencia decenal graduada.

Hay que concluir con Sardi que la Iglesia antigua ve «en el feto un ser humano ya en acto, y condena por eso el aborto procurado como homicidio. La insistencia de los pastores de la Iglesia sobre este concepto es repetido: el fruto de la concepción es “plasma” divino; eliminarlo constituye homicidio agravado (“parricidio”) por el vínculo de sangre que une a la madre con el hijo»⁴⁷.

³⁸ Cfr. J.T. NOONAN, *An Almost Absolute Value in History*, in ID. (ed.), *The Morality of Abortion. Legal and Historical Perspectives*, Harvard University Press, Cambridge (Mass) 1970, pp. 8-9; G. PALAZZINI, *Jus foetus ad vitam eiusque tutela in fontibus ac doctrina canonica usque ad saeculum XVI*, Urbanae 1943, p. 39, nota 3; B. HONINGS, *Aborto e animazione umana*, Roma 1973, pp. 59 ss.

³⁹ Cfr. los estudios antes citados de J. Connery, P. Sardi y J.T. Noonan.

⁴⁰ *Didaché*, 2, 2 y 5,2.

⁴¹ *Carta de Bernabé*, 19, 5.

⁴² ATENÁGORAS, *Súplica por los cristianos*, 35, 6: PG 6, 969.

⁴³ Cfr. MINUCIO FÉLIX, *Octavius*, 30.

⁴⁴ Cfr. CLEMENTE DE ALEJANDRÍA, *Pedagogo*, 2, 10: PG 8, 511.

⁴⁵ TERTULLIANO, *Apologeticum*, 9, 8: CSEL 69, 24. En el *De Anima*, Tertuliano afirma sin embargo: «Atquin et in ipso adhuc utero infans trucidatur, necessaria crudelitas, cum in exitu obliquatus denegat partum; matricida, ni moriturus» (*De Anima*, 25: PL 2, 691-692). En este texto, sobre cuyo exacto significado discuten los estudiosos, nos parece ver un problema muy semejante a lo que más adelante se llamará “aborto indirecto”.

⁴⁶ S. BASILIO, *Epistulae*, 188, 2: PG 32, 671.

⁴⁷ P. SARDI, *L'aborto ieri e oggi*, cit., p. 98.

d) La doctrina eclesial sobre el aborto

Lo dicho hasta ahora permite comprender que el prestigioso *Lexikon für Theologie und Kirche* afirma que *la tradición es tan clara y unánime que se debe pensar que la condena del aborto es una verdad de fe*⁴⁸. El Concilio Vaticano II condenó el aborto como crimen abominable⁴⁹. Pablo VI, en un discurso de 1972, afirmó que la enseñanza de la Iglesia sobre el aborto no ha cambiado y es inmutable⁵⁰. La unanimidad de la tradición y de la enseñanza eclesial sobre el aborto está ilustrada sintéticamente en la *Declaración sobre el aborto procurado* de la Congregación para la Doctrina de la Fe, del 18 de noviembre de 1974, documento que expone de modo muy preciso y ordenado la doctrina eclesial sobre la materia, con sus bases teológicas y racionales, y que da una respuesta clara a las principales objeciones.

La condena moral del aborto ha sido reafirmada y confirmada de modo muy solemne por la encíclica Evangelium vitae, del 25-III-1995. En ella, Juan Pablo II recuerda que los textos de la Sagrada Escritura jamás hablan explícitamente del aborto procurado (fenómeno que no existía en el mundo bíblico), pero «presentan de tal modo al ser humano en el seno materno, que exigen lógicamente que se extienda también a este caso el mandamiento divino *no matarás*»⁵¹. Añade que «la Tradición cristiana es clara y unánime, desde los orígenes hasta nuestros días, en considerar el aborto como desorden moral particularmente grave [...]. A lo largo de su historia bimilenaria, esta misma doctrina ha sido enseñada constantemente por los Padres de la Iglesia, por sus Pastores y Doctores. Incluso las discusiones de carácter científico y filosófico sobre el momento preciso de la infusión del alma espiritual, nunca han provocado la mínima duda sobre la condena moral del aborto»⁵². Sobre estas bases, y teniendo en cuenta los repetidos y unánimes juicios del Magisterio más reciente y la consulta de todos los Obispos de la Iglesia Católica en Pentecostés de 1991, Juan Pablo II declara «que el aborto directo, es decir, querido como fin o como medio, es siempre un desorden moral grave, en cuanto eliminación deliberada de un ser humano inocente»⁵³, precisando que este juicio moral pertenece a la enseñanza del Magisterio ordinario y universal de la Iglesia. Lo cual significa, como ya sabemos, que se trata de una doctrina en la cual la Iglesia ha comprometido su infalibilidad⁵⁴, y que pertenece al segundo párrafo de la fórmula conclusiva de la *Professio fidei*⁵⁵.

El fundamento de este juicio moral es el principio de la inviolabilidad de la vida humana, ya estudiado por nosotros. Aquí hay que añadir que en el aborto hay algunas circunstancias que vuelven particularmente grave el atentado contra la vida. El ser humano en el seno de la madre es «lo más inocente en absoluto que se pueda imaginar»⁵⁶. Está «totalmente confiado a la protección y al cuidado de la mujer que lo lleva en su seno»⁵⁷. De otra parte, la paternidad y la maternidad son rela-

⁴⁸ Cfr. vol. I, p. 98.

⁴⁹ Cfr. *Gaudium et spes*, n. 51.

⁵⁰ Cfr. PABLO VI, *Discurso a los Juristas Católicos Italianos*, 9-XII-1972: AAS 64 81972) 777.

⁵¹ *Evangelium vitae*, n. 61. A pie de página se citan: *Ger* 1, 4-5; *Sal* 71/70, 6; *Is* 46, 3; *Gb* 10, 8-12; *Sal* 22/21, 10-11; *Lc* 1, 39-45.

⁵² *Evangelium vitae*, n. 61.

⁵³ *Evangelium vitae*, n. 62.

⁵⁴ Véase el estudio de la cuestión en: A. RODRÍGUEZ LUÑO, *La legge divina del "non uccidere"*, «Studi Cattolici» 413/414 (1995) 436-438.

⁵⁵ Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Nota illustrativa dottrinale della formula conclusiva della Professio fidei*, 29-VI-1998.

⁵⁶ *Evangelium vitae*, n. 58.

⁵⁷ *Evangelium vitae*, n. 58.

ciones humanas y sociales de carácter fundamental. Sin ellas, no habría vida humana. Además, tienen otro aspecto importante de la imagen divina en el hombre: mediante ellas, el hombre y la mujer participan en el amor creador de Dios⁵⁸, estableciéndose entre Dios y los padres una delicada y recíproca relación de confianza. Dios confía la vida naciente a los cuidados de los padres, y ellos confían que Dios los ayudará a llevar el peso que la debilidad de la nueva vida y su total dependencia pueda significar. A la luz de estas consideraciones, el aborto procurado representa objetivamente la corrupción de la paternidad y de la maternidad, en su sentido humano y teológico. La imagen del amor divino impresa en la capacidad procreadora humana es violada. La confianza de Dios en los hombres es traicionada por ellos. La natural dependencia y debilidad de la vida naciente, que no tiene voz para protestar, es mal interpretada y sujeta a abusos.

Es verdad que los padres, y especialmente la madre, a veces encuentran graves dificultades y fuertes presiones ambientales, que pueden hasta oscurecer momentánea y parcialmente la gravedad de sus actos, pero en sentido objetivo siempre es verdad que con el aborto procurado se despreja la imagen divina impresa en la humanidad de los padres y en la de la víctima, y se niega a esta última la condición de igualdad respecto a nosotros que ontológicamente posee, y que le debe ser reconocida.

Se debe observar, por último, que *el problema del aborto descubre la crisis de un cierto concepto de libertad como completa autonomía*. El problema es que el ser de una persona humana está tan estrechamente entrelazada con el ser de otra, de la madre, que por el momento puede subsistir absolutamente sólo en su correlación corpórea con ella, en una unidad física con ella, que sin embargo no elimina su ser otro y no permite poner en discusión el ser que tiene en sí misma. Sin embargo, el ser de la nueva persona es “ser a partir de otro”, de la madre, y reclama a ésta “ser-para” el neo concebido, ponerse a su disposición. Cuando esta petición dirigida a la madre de “ser-para” contradice el querer de la madre, tal reclamo es visto como oposición a la propia libertad, que rechaza todo “ser-a partir de” y todo “ser-para”. Quiere ser pura autonomía, independencia de todo vínculo. Esa imagen de la libertad humana no responde a la verdad del hombre creado a imagen de Dios. Dios es por su esencia “ser-para” (Padre), “ser-de” (Hijo) y “ser-con” (Espíritu Santo)⁵⁹.

e) Algunas objeciones

En el estudio del estatuto del embrión humano desde el punto de vista científico hemos considerado algunas de las objeciones que a menudo se dirigen contra la doctrina eclesial⁶⁰. Ahora consideraremos otras dos, que se refieren más específicamente al aborto.

1) Es bastante conocida la argumentación formulada por K. Rahner: si, sabiendo que un porcentaje no insignificante de cigotos se pierde espontáneamente, no obstante se afirma que la formación individual del hombre se realiza en la fecundación, «¿será capaz el moralista de admitir que el 50% de los “seres humanos” —seres humanos dotados de un alma inmortal y de un destino eterno— no llegan más allá del primer estadio de la existencia humana?»⁶¹. Dios no puede privar a tantas almas humanas de la posibilidad de expresarse y enviarlas al limbo.

⁵⁸ Cfr. *Evangelium vitae*, n. 43

⁵⁹ Cfr. J. RATZINGER, *Fede, verità, tolleranza. Il cristianesimo e le religioni del mondo*, Cantagalli, Siena 2003, pp. 261-264.

⁶⁰ Cfr. supra, parágrafo 2 b).

⁶¹ K. RAHNER, *Zum Problem der genetischen Manipulation*, en ID., *Shriften zur Theologie*, Bd VIII, Einsiedeln – Zürich – Köln 1967, p. 287.

Dejando ahora de lado que los porcentajes de pérdidas espontáneas de embriones no es tan alta, hay que tener en cuenta que no se comprende por qué hay que concebir de modo mecanicista la infusión del alma humana por parte de Dios. ¿Por qué dar por descontado que Dios deba infundir un alma humana a un óvulo fecundado que, por el hecho de tener grandes aberraciones genéticas (polispermia, etc.) Él sabe que no es propiamente un embrión humano y que está destinado a perderse? La infusión del alma, como toda la Creación, es un acto de la sabiduría y del amor de Dios, y no el resultado ciego de un proceso automático, del cual el amor de Dios quedaría prisionero. Por otra parte, no hay ninguna conexión lógica ni ética entre la proposición “este embrión podría perderse espontáneamente”, y la proposición “es lícito interrumpir directamente su desarrollo actual”, como no existe tampoco conexión alguna entre la proposición “este hombre podría morir dentro de poco tiempo, o incluso ahora mismo”, y la proposición “es lícito matarlo”. Mediante el aborto se suprime intencionalmente el embrión que se considera que puede llegar a término, no al que se piensa que se perderá por sí solo.

2) Más numerosos son los autores que invocan el derecho de autodeterminación de la madre. No tiene mucho sentido si lo que está en juego es la vida de una persona humana (también el hurto y la violación son actos de autodeterminación por parte de quien los comete). Sin embargo, vamos a considerarla.

Se sostiene que, aunque si el embrión tiene una vitalidad autónoma propia, no puede hacerla valer frente a su madre, porque ella no puede ser obligada a poner a disposición de él supropio cuerpo durante nueve meses, y después, a prodigarle, normalmente, los cuidados durante algunos años. Se trata al embrión como a un huésped no invitado, cuya acogida —particularmente onerosa— puede ser un gesto generoso que se acepta voluntariamente, pero no puede ser impuesta ni moral ni políticamente. Se quiere presentar el aborto como una elección de negar la prestación de servicio a un huésped no invitado⁶². Pero no es así. Se mata aun ser humano, y nadie podría sostener el derecho de matar al huésped no invitado. Por otra parte, el niño no aparece en el seno de la madre por iniciativa suya (no es un huésped inesperado). Ese niño es su hijo, ella y el padre lo han procreado y concebido juntos. Fueron ellos los que lo trajeron a la existencia, y así han fundado su deber de alimentarlo y protegerlo. A ellos les corresponde asumir las consecuencias de sus propios actos, aunque en este caso se tratara de consecuencias no deseadas.

Se da una hipótesis distinta si la concepción es consecuencia de la violencia sufrida por la madre. La objeción entonces, pasa a calificar al hijo como un agresor, y al aborto como la negación de una prestación positiva a un agresor. Pero agresor es solamente el que ha cometido la violencia. El aborto no es negar una prestación positiva, sino matar, lesionando el derecho del niño a no ser matado. Lo que resulta inaceptable en todo caso es que quien ha sido concebido por sus padres, deseándolo o no, tenga un valor y un derecho a la vida sólo si es deseado y aceptado. El principio de la sacralidad de la vida humana consiste precisamente en la afirmación de que el valor de un ser humano no reside jamás sólo ni principalmente en ser deseado por los demás hombres.

f) Problemas políticos vinculados al aborto

Como en muchos países el aborto procurado ha sido legalizado por la ley civil, se ha convertido hoy en un problema ético-político. La sustancia del problema consiste en el hecho de que en los diversos países ha prevalecido la voluntad política de introducir en el ordenamiento jurídico un principio de injusta y fatal discriminación. La historia enseña que ha sido posible la coexistencia, dentro de un sistema jurídico y político evolucionado en lo que se refiere a la definición de los derechos civiles, con la esclavitud o la segregación por motivos raciales. Las leyes precisan de modo adecuado cuáles son los derechos de las personas y ciudadanos, pero las mismas leyes disponen que un amplio grupo de seres humanos, habitantes en el país, queden excluidos de la categoría de ciudadanos y personas. A la discriminación racial se ha añadido hoy otro tipo de discriminación, fundada igualmente en una injusta disociación entre la condición de ser humano vivo y la condición de persona en sentido jurídico⁶³. Hay que agregar que este nuevo tipo de discriminación niega a los sujetos discriminados no tanto los derechos de libertad cuanto el mismo derecho a existir y que, por lo que

⁶² Esta argumentación ha sido desarrollada ampliamente por J.J. THOMSON, *A defence of Abortion*, «Philosophy and Public Affairs» 1 (1971) 47-66. Para la crítica de esta argumentación, véase E. SCHOCKENHOFF, *Ética della vita Un compendio teologico*, cit., pp. 333-337.

se refiere a la cantidad de las víctimas, podría ser considerado sin exageración como una tercera guerra mundial⁶⁴. *La responsabilidad ética respecto a la vida humana impone la más firme y total oposición a esta grave forma de discriminación.*

La encíclica *Evangelium vitae* ha tomado en consideración las dimensiones políticas del aborto. Ella no ve la ley civil como un instrumento represivo que se usará *contra* la madre, sino como un ordenamiento de justicia⁶⁵ cuyas importantes dimensiones simbólicas y culturales⁶⁶ deben ser puestas al servicio del bien del hombre, de su desarrollo y de sus derechos fundamentales. De otra parte, conviene notar que la relación de la ley civil con la ley moral no es considerada por la encíclica como relación hacia una instancia externa de control, sino desde una perspectiva que no dudaría en llamar “constitucionalista”, ya que lo que es puesto en evidencia es la relación intrínseca e ineludible de las opciones del legislador ordinario con los derechos humanos fundamentales proclamados y tutelados por las Cartas constitucionales de todos los Países civilizados del mundo. Son los derechos que, como valores sustanciales de fondo de la tradición constitucionalista moderna, han sido de hecho los principales propulsores de la concepción humanista y democrática de la política y del derecho.

Expongamos sintéticamente los contenidos de la encíclica. En primer lugar, recoge las principales argumentaciones de orden jurídico y político a favor de las leyes no respetuosas del valor absoluto de la vida humana⁶⁷, para pasar enseguida al estudio de la relación entre ley civil y ley moral⁶⁸, que concluye con el siguiente enunciado: «*Las leyes que autorizan o favorecen el aborto están radicalmente en contra no sólo del bien del individuo, sino del bien común y, por lo tanto, están completamente privadas de auténtica validez jurídica.* Desconocer el derecho a la vida, en cuanto supone suprimir a la persona, para cuyo servicio existe la sociedad, es lo que se opone de modo más frontal e irreparable a la posibilidad de realizar el bien común. En consecuencia, cuando una ley civil legitima el aborto o la eutanasia cesa, por ello mismo, de ser una verdadera ley civil, moralmente obligatoria»⁶⁹.

De aquí deriva el «grave y preciso deber de oponerse a ellas mediante la objeción de conciencia»⁷⁰, y la imposibilidad moral de apoyarlas con el propio voto⁷¹ así como de cooperar a su aplicación. «De hecho, desde el punto de vista moral, jamás es lícito cooperar formalmente al mal. Tal cooperación se verifica cuando la acción realizada, ya sea por su misma naturaleza, o por la configuración que asume en un concreto contexto, se califica como participación directa en un acto contra la

⁶³ Sobre estos aspectos jurídicos y políticos es muy útil M. RHONHEIMER, *Derecho a la vida y estado moderno. A propósito de la Evangelium vitae*, Rialp, Madrid 1998.

⁶⁴ No queremos comenzar aquí un debate sobre el número de abortos por año en el mundo. Pero nadie puede negar que, incluso según las estimaciones más bajas, las víctimas son muchos millones cada año.

⁶⁵ Cfr. *Evangelium vitae*, n. 70.

⁶⁶ Cfr. *Evangelium vitae*, n. 73.

⁶⁷ Cfr. *Evangelium vitae*, nn. 68-70.

⁶⁸ Cfr. *Evangelium vitae*, nn. 71-72.

⁶⁹ *Evangelium vitae*, n. 72 (la cursiva es nuestra).

⁷⁰ *Evangelium vitae*, n.73. Sobre este punto, cfr. C. CAFFARRA, *Aborto e obiezione di coscienza*, «Medicina e Morale» 28/3 (1977) 101-109; G. SPAZIANTE, *La legge 194/1978 quattro anni dopo. Obiezione di coscienza e possibilità di prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza*, «Medicina e Morale» 33/1 (1983) 25-41, F. STELLA, *La situazione legislativa in merito alla obiezione sanitaria in Europa*, «Medicina e Morale» 35/2 (1985) 281-302.

⁷¹ Cfr. *Evangelium vitae*, n. 73

vida humana inocente o como participación en la intención inmoral del agente principal. Esta cooperación jamás puede justificarse»⁷².

Contempla también el particular problema de conciencia que se plantea cuando un voto parlamentario puede ser determinante para favorecer una ley más restrictiva, como alternativa a otra ley más permisiva que ya está en vigor, o se va a votar. «En esa hipótesis, cuando no fuera posible evitar o derogar completamente una ley abortista, un parlamentario cuya personal absoluta oposición al aborto fuera clara y de todos conocida, podría lícitamente ofrecer su propio apoyo a propuestas dirigidas a *limitar los daños* de una ley así, y a disminuir sus efectos negativos en el plano de la cultura y de la moralidad pública. Al proceder así, de hecho, no está colaborando ilícitamente a favor de una ley injusta; más bien cumple un legítimo y obligado intento de limitar sus aspectos inicuos»⁷³. La solución dada a este problema específico de conciencia hay que verla en el contexto de los deberes éticos frente a las leyes injustas. Sustancialmente, no se afirma otra cosa que, cuando no es posible derogar totalmente una ley injusta, es lícito y obligado proceder a su derogación parcial, con tal que pueda hacerse sin provocar escándalo o confusión en la conciencias y sin hacerse verdaderamente responsable del mal que permanece en vigor⁷⁴.

Si se dan las condiciones señaladas en *Evangelium vitae*, n. 73, el objeto moral de la acción realizada por el parlamentario es *la eliminación de todos los aspectos injustos de la ley precedente que aquí y ahora puede eliminar*, sin que por eso se convierta en causa del mantenimiento de los otros aspectos injustos que no quiere ni acepta, pero que no puede eliminar. Un ejemplo puede aclarar la cuestión. Pensemos en un país que tiene una ley sobre el aborto muy permisiva. El Parlamento de este país tiene 100 diputados, divididos en tres grupos. El grupo A, de 40 miembros, acepta la ley actual y no acepta ningún cambio. El grupo B, de 30 miembros, quiere una ley más restrictiva, pero de ninguna manera acepta una ley que prohíba completamente el aborto. Antes de aceptar la prohibición total del aborto, prefiere quedarse con la ley actual. El grupo C, de 30 miembros, es contrario a todo tipo de aborto y quiere la prohibición total. Un grupo de parlamentarios católicos, del grupo C, podría lícitamente presentar un nuevo proyecto de ley, que prohíbe todas las hipótesis de aborto que los del grupo B están dispuestos a aceptar después de intensas negociaciones. Una vez aprobada esta nueva ley, votada por el grupo B y C, con la oposición del grupo A, la situación real y sustancial es la siguiente: 1) la mayoría parlamentaria que sostiene realmente las hipótesis de aborto todavía legal está formada por los grupos A y B (70 diputados); 2) la mayoría parlamentaria que ha suprimido una parte de las hipótesis de aborto que antes eran legales está formada por los grupos B y C (60 diputados); 3) el grupo C, donde están los católicos es responsable únicamente de la desaparición del ordenamiento legal, de algunos casos de aborto que hasta la nueva ley, eran legales.

El fundamento de la licitud de lo que hizo el grupo C no es simplemente que la nueva ley es más restrictiva de la precedente. El fundamento es que el objeto moral de su acción consiste en derogar todas las formas de aborto que ha sido posible, sin hacerse real y sustancialmente responsables del hecho de que algunos abortos todavía sean legales. La legalización de estos abortos está sostenida en el parlamento por los grupos A y B, no por el C. El grupo C no es sustancialmente responsable de los aspectos negativos de la ley más restrictiva, aunque parezca serlo formalmente. *El punto fundamental a tener presente es que la nueva ley, al declarar legal algunos pocos tipos de aborto, no permite nada malo que antes estuviera prohibido, pero prohíbe mucho de lo malo que antes estaba permitido.* Se requiere una última condición. Debe ser de todos conocida, no solamente la oposición del grupo C a todo tipo de aborto, sino que también debe ser claro para todos el real significado de su acción en el parlamento. Han conseguido una derogación parcial de una ley injusta, y deben claramente decir que la nueva ley continúa siendo injusta. No se puede colaborar en su aplicación, y continúa siendo necesario para el personal sanitario poner la objeción de conciencia.

⁷² Cfr. *Evangelium vitae*, n. 74. Cfr. L. MELINA, *Corso di Bioetica. Il Vangelo della vita*, cit., pp. 239-255.

⁷³ Cfr. *Evangelium vitae*, n. 73.

⁷⁴ Véase A. RODRÍGUEZ LUÑO, *Il parlamentare cattolico di fronte ad una legge gravemente ingiusta. Una riflessione sul n. 73 di «Evangelium vitae»*, «L'Osservatore Romano», 6 settembre 2002, 8-9 (publicado también en la edición semanal del mismo diario en otras lenguas).

Los argumentos propuestos contra las leyes abortivas son coherentes con la mejor doctrina constitucionalista moderna, que ha pasado de una comprensión protoliberal de los derechos fundamentales como meras libertades del individuo frente al Estado, a una comprensión más “institucional” de tales derechos: son no sólo libertades del individuo garantizadas frente a las ingerencias del Estado, sino que expresan también un orden de valores a realizar por parte de la comunidad política⁷⁵. Los derechos fundamentales no son sólo libertades *respecto* del Estado, sino también libertades *en el* Estado⁷⁶. Los derechos fundamentales, especialmente el derecho a la vida, no sólo garantizan la inmunidad frente al Estado, sino que otorgan a la persona también el derecho de ser protegido mediante disposiciones legales de atropellos realizados por otras personas⁷⁷. Justamente ha escrito P. Häberle que «si la libertad personal no fuera tutelada penalmente contra la amenaza derivada del abuso de la libertad de los demás, no tendría significado alguno la libertad para la vida social en su conjunto. Se impondría sencillamente el más poderoso. El resultado total al que tienden los derechos fundamentales sería puesto en discusión, porque hasta la realización individual de las libertades quedaría seriamente amenazada»⁷⁸.

Por otra parte, hay que notar que la exigencia de tutela de los derechos fundamentales no se fundamenta únicamente en el valor que los intereses por ellos garantizados tienen para un hipotético individuo no político. La esfera privada de la vida individual no es un ámbito no político, sino más bien el presupuesto de la vida política. A través de los derechos fundamentales se realiza un proceso de libertad que constituye un elemento esencial de la democracia. Los derechos fundamentales son el “fundamento funcional” de la vida democrática. Son garantías otorgadas a la comunidad, elementos de orden público y principios estructurantes de nuestro vivir juntos. Los derechos fundamentales cumplen una función social y su tutela tiene también un interés público⁷⁹. Por consiguiente, debemos concluir que cuando se sostiene que las leyes que autorizan o favorecen el aborto están en contraste *también* con las exigencias del bien común⁸⁰, la *Evangelium vitae* se pone en un nivel de razonamiento ético-jurídico perfectamente congruente con los principios fundamentales que están en la base de la concepción moderna del Estado.

⁷⁵ Cf. M. RHONHEIMER, *Diritti fondamentali, legge morale e difesa legale della vita nello Stato costituzionale democratico*, cit., 271-334.

⁷⁶ Cfr. P. HÄBERLE, *Die wesensgehaltgarantie des Art. 19 Abs. 2. Grundgesetz. Zugleich ein Beitrag zum institutionellen Verständnis der Grundrechte und zur Lehre vom Gesetzsevorbehalt*, cit..

⁷⁷ Este principio ha sido plenamente reconocido por el Tribunal Constitucional de Alemania reunificada, en la conocida sentencia del 28 de mayo de 1993. Esto es particularmente claro en la *Leitsätze* primera y tercera: «La Constitución impone al Estado el deber de tutelar la vida humana, también la prenatal [...] La dignidad humana pertenece ya a la vida humana prenatal. El ordenamiento jurídico debe asegurar los presupuestos jurídicos de su desarrollo en el sentido de un autónomo derecho a la vida del nascituro. Este derecho a la vida encuentra reconocimiento, independientemente de la aceptación por parte de su madre [...] La tutela jurídica se refiere al nascituro también frente a su propia madre. Una tal tutela es posible sólo si el legislador prohíbe a la mujer abortar en principio, y le impone a la vez el deber jurídico, en principio, de llevar a término el embarazo». Citamos la traducción italiana de la Sentencia del volumen de M. D'AMICO, *Donna e aborto nella Germania riunificata*, Giuffrè, Milano 1994.

⁷⁸ P. HÄBERLE, *Le libertà fondamentali nello Stato costituzionale*, cit., p. 47. De todos modos, y para evitar equívocos, hay que preciar que aquí no se hace una apología de la puesta en cárcel de las mujeres. Más bien se trata de evidenciar que no es razonable descalificar por anticipado como “represiva” la idea de que los derechos fundamentales deban ser jurídicamente tutelados.

⁷⁹ Cfr. *ibid.*, pp. 51-59. Véase, en este sentido, la ya citada Sentencia del Tribunal Constitucional de Alemania: Sentencia del 28 de mayo de 1993, D.I.1,b) y 2.

⁸⁰ Cfr. *Evangelium vitae*, n. 72.

Las actuales legislaciones abortistas, que se presentan formalmente como leyes de tutela de la maternidad y que introducen una cierta regulación del aborto, no pueden considerarse como una tutela de la vida naciente compatible con el derecho fundamental a la vida. Así lo subraya la *Evangelium vitae*: las leyes sobre el aborto «están en total e insuperable contradicción con el derecho inviolable a la vida inherente a todos los hombres, y niegan, por tanto, la igualdad de todos ante la ley»⁸¹. Son leyes que violan una de las condiciones fundamentales para una vida colectiva ordenada en el Estado.

g) Aspectos canónicos y pastorales

Ya hemos mencionado que el aborto procurado es castigado con la pena de la excomunión. En la Iglesia latina «*Quien procura el aborto, si éste se produce, incurre en excomunión latae sententiae*» es decir, automática⁸². En las Iglesias orientales el aborto está penalizado con la excomunión mayor, pero sin el efecto *latae sententiae*⁸³. En 1988, la Comisión Pontificia para la Interpretación Auténtica del CIC precisó que por aborto se debe entender no sólo la expulsión del feto inmaduro, según la definición de Sixto V de 1588, sino también «la muerte procurada del feto hecha de cualquier modo y en cualquier momento desde la concepción⁸⁴». A los efectos penales, se emplea por consiguiente el mismo concepto de aborto que algunos años después daría la encíclica *Evangelium vitae*⁸⁵. La excomunión es una sanción canónica medicinal grave, que priva de determinados derechos y bienes espirituales, entre los cuales la recepción de los Sacramentos. En ella se incurre automáticamente —en la Iglesia latina— si existe la certeza de haber procurado el aborto (*effectu secuto*) y si el delito es gravemente imputable⁸⁶. En los casos singulares hace falta tener en cuenta, sin embargo, las causas legales eventuales excusantes, entre las cuales está la edad menor de 16 años, el temor grave y la ignorancia sin culpa de la ley penal violada⁸⁷, y las circunstancias atenuantes contempladas en el canon 1324⁸⁸, que en el caso de las penas automáticas se convierten en causas eximentes⁸⁹.

La excomunión que sigue al aborto no está reservada a la Santa Sede y ordinariamente tampoco es declarada, por lo cual puede ser remitida por el Ordinario del lugar a sus súbditos y a quienes se

⁸¹ *Evangelium vitae*, n. 72.

⁸² CIC, c. 1398.

⁸³ Cfr. CCEO, c. 1450, par. 2.

⁸⁴ Cfr. AAS 80 (1988) 1818.

⁸⁵ Cfr. *Evangelium vitae*, n. 58. Véase *supra*, parágrafo 3 a).

⁸⁶ Cfr. CIC, c. 1321, § 1.

⁸⁷ Cfr. CIC, c. 1323.

⁸⁸ «El infractor no queda eximido de la pena, pero se debe atenuar la pena establecida en la ley o en el precepto, o emplear una penitencia en su lugar, cuando el delito ha sido cometido: 1) por quien tenía sólo uso imperfecto de razón; 2) por quien carecía de uso de razón a causa de embriaguez u otra perturbación semejante de la mente, de la que fuera culpable; 3) por impulso grave de pasión, pero que no precedió, impidiéndolos, a cualquier deliberación de la mente y consentimiento de la voluntad, siempre que la pasión no hubiera sido voluntariamente provocada o fomentada; 4) por un menor de edad, que haya cumplido dieciséis años; 5) por quien actuó coaccionado por miedo grave, aunque lo fuera sólo relativamente, o por necesidad o para evitar un perjuicio grave, si el delito es intrínsecamente malo o redundante en daño de las almas; 6) por quien actuó en legítima defensa contra un injusto agresor de sí mismo o de otro, pero sin guardar la debida moderación; 7) contra el que provoca grave e injustamente; 8) por quien errónea pero culpablemente juzgó que concurría alguna de las circunstancias indicadas en el c. 1323, 4 ó 5; 9) por quien, sin culpa, ignoraba que la ley o el precepto llevaban aneja una pena; 10) por quien obró sin plena imputabilidad, con tal de que ésta siga siendo grave» (CIC, c. 1324, § 1).

⁸⁹ Cfr. CIC, c. 1324, § 3.

encuentran en su territorio o han cometido el delito en él, y cualquier Obispo en el acto de confesar⁹⁰, por el canónico penitenciario u otros sacerdotes encargados por el Obispo⁹¹, por los capellanes de hospitales, cárceles y naves⁹², por cualquier sacerdote en caso de peligro de muerte⁹³ y, en los casos urgentes, por cualquier confesor, en el foro interno sacramental, con las condiciones indicadas por el derecho⁹⁴. En las Iglesias orientales, la absolución del pecado de aborto está reservada al Obispo eparca⁹⁵.

En cuanto a los sujetos alcanzados por la excomunión, incurren en ella la madre que haya consentido, el autor del acto abortivo y los coautores⁹⁶, así como los cómplices necesarios (mandantes, instigadores), es decir, aquellos sin cuya ayuda, el delito no habría sido perpetrado⁹⁷.

Desde el punto de vista pastoral es necesario subrayar que requiere particular prudencia la acogida y ayuda a las personas que han estado involucradas en el pecado del aborto. Es necesario discernir las diferentes situaciones. Hay que tener en cuenta todo lo que escribió Juan Pablo II sobre las mujeres que han recurrido al aborto: «La Iglesia sabe cuántos condicionamientos pueden haber influido en vuestra decisión, y no duda de que en muchos casos se ha tratado de una decisión dolorosa e incluso dramática. Probablemente la herida aún no ha cicatrizado en vuestro interior. Es verdad que lo sucedido fue y sigue siendo profundamente injusto. Sin embargo, no os dejéis vencer por el desánimo y no abandonéis la esperanza. Antes bien, comprended lo ocurrido e interpretadlo en su verdad. Si aún no lo habéis hecho, abrid con humildad y confianza al arrepentimiento: el Padre de toda misericordia os espera para ofreceros su perdón y su paz en el sacramento de la Reconciliación. Os daréis cuenta de que nada está perdido y podréis pedir perdón también a vuestro hijo que ahora vive en el Señor. Ayudadas por el consejo y la cercanía de personas amigas y competentes, podréis estar con vuestro doloroso testimonio entre los defensores más elocuentes del derecho de todos a la vida. Por medio de vuestro compromiso por la vida, coronado eventualmente con el nacimiento de nuevas criaturas y expresado con la acogida y la atención hacia quien está más necesitado de cercanía, seréis artífices de un nuevo modo de mirar la vida del hombre»⁹⁸. Notablemente distinta puede ser alguna vez la condición moral de los ejecutores e instigadores, o de quienes han obrado por motivos banales, con fría deliberación o con imperdonable ligereza. En todo caso, se trata de una herida grave, que debe ser curada de modo no superficial. Quitarle importancia sería un alivio sólo momentáneo. La verdad debe ser presentada sin embargo, en la perspectiva de la misericordia y del perdón divino, de modo que las personas involucradas no queden aplastadas por el peso de sus culpas, ni caigan en la desesperación. No es cuestión de severidad o benignidad pastorales, sino de

⁹⁰ Cfr. CIC, c. 1355, § 2.

⁹¹ Cfr. CIC, c. 508.

⁹² Cfr. CIC, c. 566 § 2.

⁹³ Cfr. CIC, c. 976.

⁹⁴ Cfr. CIC, c. 1357. Téngase presente, sobre todo, el canon 1357 § 2: « Al conceder la remisión, el confesor ha de imponer al penitente la obligación de recurrir en el plazo de un mes, bajo pena de reincidencia, al Superior competente o a un sacerdote que tenga esa facultad, y de atenerse a sus mandatos; entretanto, imponga una penitencia conveniente y, en la medida en que esto urja, la reparación del escándalo y del daño; el recurso puede hacerse también por medio del confesor, sin indicar el nombre del penitente».

⁹⁵ Cfr. CCEO, c. 728, § 2.

⁹⁶ Cfr. CIC, c. 1329 § 1: «Los que con la misma intención delictiva concurren en la comisión de un delito».

⁹⁷ Cfr. CIC, c. 1329, § 2. Sobre esta materia, véase J. HERRANZ, *Aborto e scomunica*, en PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *Evangelium vitae. Enciclica e commenti*, Lib. Ed. Vaticana, Città del Vaticano 1995, pp. 209-214.

⁹⁸ *Evangelium vitae*, n. 99.

identificar para cada caso concreto los caminos idóneos para facilitar que la gracia de Dios obre la curación completa y profunda del alma.

h) El aborto indirecto

*La muerte del embrión o del feto en el seno materno puede suceder como efecto colateral (“indirecto”), previsto pero de ninguna manera querido, de una acción terapéutica necesaria y urgente para la madre, a causa de una patología (tumor, etc.), y no a causa del mismo embarazo. Estamos frente a una acción de doble efecto, y como tal ha de ser juzgada. Después de haber valorado cuidadosamente todas las circunstancias, y en particular la posibilidad de terapias alternativas, o incluso la postergación del inicio de la terapia, teniendo presente que aceptar sacrificios y riesgos para salvar a los propios hijos es parte de la misión de la madre, según los principios morales que regulan las acciones de doble efecto semejante intervención terapéutica puede ser moralmente lícita. Así se expresó Pío XII al respecto: «Si, por ejemplo, la salvación de la vida de la futura madre, independientemente de su estado de gravidez, requiriese urgentemente un acto quirúrgico, u otra aplicación terapéutica, que tuviera como consecuencia accesoria, de ninguna manera querida ni intentada, pero inevitable, la muerte del feto, tal acto no podría decirse que sea un *directo* atentado a la vida inocente. En estas condiciones, la operación puede ser considerada lícita, como otras intervenciones médicas semejantes, siempre que se trate de un bien de alto valor, como lo es la vida, y no sea posible retrasarla hasta después del nacimiento del niño, ni recurrir a otro remedio»⁹⁹. Este tipo de intervenciones han sido adicionalmente llamados *aborto indirecto*. El nombre no es afortunado, porque consideradas las cosas desde el punto de vista moral no existe una elección abortiva: no se elige procurar el aborto, sino salvar la vida de la madre mediante la única intervención posible, que es de naturaleza terapéutica y no letal. Naturalmente, la importancia del efecto colateral (la posibilidad mayor o menor de la muerte del hijo) hace obligada una valoración muy atenta de la proporcionalidad y de las otras circunstancias.*

Existen todavía otros tipos de situaciones clínicas, como son, por ejemplo, los *embarazos ectópicos*. Aquí, la patología no es independiente de la gravidez, pero está constituida por el modo patológico en el cual se produce. Si el embarazo ectópico no se resuelve espontáneamente, se llega a una situación en la cual la vida del hijo ya está irreversiblemente condenada por la naturaleza, y entonces es deber del médico poner en acto las terapias o intervenciones dirigidos a salvar la única vida posible, siempre con el máximo respeto hacia la vida que necesariamente se está extinguiendo. El hecho de que la “elección” entre una vida y la otra haya sido tomada ya por la naturaleza, no autoriza al médico a realizar la elección de matar, pero sí a poner los procedimientos necesarios aquí y ahora para evitar riesgos graves para la madre, que en este caso serían del todo inútiles¹⁰⁰.

⁹⁹ PÍO XII, *Discorso al “Fronte della Famiglia” e all’Associazione Famiglie numerose*, 27 novembre 1951, en *Discorsi e radiomessaggi di Sua Santità Pio XII*, vol. XIII, Tipografia Poliglotta Vaticana, Città del Vaticano 1952, p. 417.

¹⁰⁰ Sobre la traducción de estos principios éticos en términos operativos médicos, no todos están de acuerdo. Aquí no podemos hacer otra cosa que remitir al lector que desee mayores aclaraciones a la literatura especializada. Véase: TL. BOUSCAREN, *The Ethics of Ectopic Operations*, 2ª ed. Revisada, Bruce Publishing Company, Milwaukee 1944; J. CONNERY, *Abortion: The Development of the Roman Catholic Perspective*, cit., pp. 302-303; W. MAY, *The Management of Ectopic Pregnancies: A Moral Analysis*, in P.J. CATALDO, A.S. MORACZEWSKY (edd.), *The Fetal Tissue Issue. Medical and Ethical Aspects (The Pope John XXIII Medical-Ethics Research and Education Center)*, Braintree Mass., 1994, 121-147; A.G. SPAGNOLO, M.L. DI PIETRO, *Bioetica clinica. Quale decisione per l'embrione in una gravidanza tubarica?*, «Medicina e Morale» 45/2 (1995) 285-310; E.F. DIAMOND, *Moral and Medical Considerations in the Management of Extrauterine Pregnancy*, «Linacre Quarterly» 66 (1999) 5-15; M. RHONHEIMER, *Güterabwägung, Tötungsverbot und Abtreibung in vitalen Konfliktfällen. Lösungsversuch eines klassischen gynäkologis-*

Estas situaciones y otras semejantes, son muy distintas del *aborto terapéutico*, que es, en cambio, un aborto directo querido como medio en orden a la salud física o psicológica de la madre.

i) La intercepción y la contragestación

Se llama anticoncepción toda acción moral que hace intencionalmente infecundas las relaciones conyugales, es decir, que impide la fecundación. *Hoy se presentan como anticonceptivos algunos fármacos o productos sanitarios cuyo efecto principal o más seguro no es impedir la fecundación, sino impedir la implantación en el útero del cigoto que resulta de la fecundación (intercepción, métodos interceptivos) o bien eliminar el embrión recién implantado (contragestación, métodos contragestatorios o antigestatorios)*. Se trata, por tanto, de métodos que provocan un aborto precoz, y por consiguiente son abortivos o, en algunos casos, prevalentemente abortivos¹⁰¹. Sin embargo, son presentados como “anticoncepción de emergencia”, “anticoncepción post-coital”, “anticoncepción preimplantatoria”, etc., porque se usan después de la relación sexual que se piensa que pueda ser fecunda. Son llamados así para legitimar su venta más o menos libre en farmacias, para convencer a la opinión pública, y para permitir su distribución saltándose los procedimientos previstos por las diversas legislaciones abortistas.

Los métodos interceptivos más comunes son: los dispositivos intra-uterinos (DIU); los diversos productos hormonales conocidos genéricamente como “píldora del día después”; los progestágenos en píldoras, inyecciones o implantes subcutáneos. Todos tienen además efectos colaterales negativos para la salud de la mujer, sobre los cuales no nos detenemos¹⁰². Los principales métodos de

chen Dilemmas aus tugendethischer Perspektive, in ID., *Abtreibung und Lebensschutz. Tötungsverbot und Recht auf Leben in der politischen und medizinischen Ethik*, Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn, 2003, pp. 131-236

¹⁰¹ Existe una discusión sobre el modo de acción de estos productos. En muchos ambientes médicos se llama aborto sólo a la eliminación del embrión después de la implantación, y así, estos preparados pueden presentarse como anticonceptivos. En realidad, estos fármacos operan una completa liberalización del aborto precoz, que escapa hasta de las leyes abortistas. Los estudios disponibles demuestran definitivamente que no siempre impiden la ovulación, ni siquiera cuando son suministrados en la fase preovulatoria. El efecto anticonceptivo es secundario. El efecto principal (80 % de los casos en total) se verifica después de la fecundación, y consiste en impedir la implantación en el útero del embrión: se trata, por tanto, de un efecto abortivo.

¹⁰² Sobre los aspectos científicos generales, ver: J. FLÓREZ, J.A. ARMIJO, A. MEDIAVILLA, *Farmacología humana*, 3ª ed., Masson, Barcelona 2000. Entre la abundante literatura especializada, cfr. A.A. YUZPE, J.J. TURLOW, I. RAMZY, *Post-coital contraception. A pilot study*, «Journal of reproductive medicine» 13 (1974) 53-58; X.O. BILIAN, Z. XUELING, F. DEUDEN, *Pharmacokinetic and pharmacodynamic studies of vaginal rings releasing low dose levonorgestrel*, «Contraception» 32 (1985) 445-471; E.E. BALIEU, *Contraception by antiprogestina: a new approach to human fertility control*, en AA.VV., *Abortion: medical progress and social implications*, Pitman, London 1985, pp. 192-210; Y. SHI, S. ZHENG, Y. ZHU, CH. HE, P. YU, K. FOTHERBY, *Pharmacokinetic study of levonorgestrel used as a postcoital agent* «Contraception» 37 (1988) 359-369; D.T. BAIRD, M. RODGER, I.T. CAMERON, *Prostaglandins and the interruption of the early pregnancy*, «Journal of Reproduction and Fertility» 36 (1988) (supl.) 173-179; B.M. LANDGREN, E. JOHANNISSON, A.R. AEDO, *The effects of levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology*, «Contraception» 39 (1989) 275-289; R. PEYRON, E. AUBENY, V. TAGOSZ, *Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandine misoprostol*, «The New England Journal of Medicine» 328 (1993) 1509-1513; R.J. AITKEN, M. PATERSON, P. THILLAI KOOTHAN, *Contraceptive vaccines*, «British Medical Bulletin», 49 (1993) 88-99; B. BAYLE, *L'activité antinidatoire des contraceptifs oraux*, «Contraception» 50 (1994) 101-108; L. MARIONS, K. GEMZELL, M. SWAHN, M. BYGDEMAN, *Contraceptive efficacy of low doses of mifepristone*, «Fertility and Sterility» 70 (1998) 813-816; D. TREMBLAY, E. GAINER, A. ULLMANN, *The pharmacokinetics of 750 mg levonorgestrel following administration of one single dose or two doses at 12 or 24 h interval*, «Contraception» 64 (2001) 327-331; C. KAHLNBORN, J.H.B. STANFORD, W. LARIMORE, *Postfertilization effect of hormonal emergency contraception*, «Annals of Pharmacotherapy» 36 (2002) 465-470.

contragestación son: las vacunas anti-gonadotropina coriónica (vacuna anti-HCG); la píldora RU486 o mifepristona; las prostaglandinas. Estos métodos, presentados a veces como medios de “regulación menstrual”, se aplican para poner fin al embarazo dentro del 49º día. Algunos productos se usan hasta el 56º día. A esta categoría pertenecen el Mifepristone (RU 486), el Misoprostolo, el Gemeprost, etc. Se usa también el Methotrexate (que inhibe el desarrollo del trofoblasto).

Estos productos muestran otra dimensión de la conexión entre anticoncepción y aborto. De la actitud moral que instrumentaliza la sexualidad nace la disponibilidad para destruir su eventual fruto. Desde el punto de vista moral es cierto que los métodos de contragestación son manifiestamente abortivos, y en su uso se tiene normalmente también la certeza de haber obtenido el efecto, lo cual es relevante a los efectos de la excomunión. Los métodos interceptivos son prevalentemente abortivos. Su uso, de parte de quien conoce su mecanismo de acción, conlleva la aceptación de la posibilidad de realizar un aborto precoz, aunque generalmente no se podrá tener la certeza de haber obtenido el efecto. En todo caso, la abortividad de estos métodos tiene una relevancia por lo que se refiere a los problemas éticos de cooperación a su producción, prescripción y suministración y a la legitimidad de la objeción de conciencia¹⁰³.

4. EL DIAGNÓSTICO PRENATAL

*Llamamos diagnóstico prenatal a un conjunto de técnicas (ecografía, fetoscopia, placentocentesis, muestreo de las vellosidades coriónicas, amniocentesis) que permiten conocer la eventual presencia de malformaciones o de enfermedades genéticas en el feto*¹⁰⁴. Se trata, por tanto, de una técnica de diagnóstico que simplemente proporciona un conocimiento del estado del feto. Esta práctica puede presentar problemas éticos a causa de la actual difusión de una mentalidad abortista y de ciertas ideas sobre la calidad de vida, a raíz de las cuales es frecuente que ante un diagnóstico adverso se proceda a un aborto voluntario. ¿Puede entonces el operador sanitario, consciente de que todo ser humano tiene derecho a la vida independientemente de su estado de salud, realizar un diagnóstico prenatal si sabe que un resultado negativo provocará un aborto?

¹⁰³ Sobre los aspectos éticos y bioéticos de estos métodos, véase: M.L. DI PIETRO, E. SGRECCIA, *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto*, «Medicina e Morale» 38/1 (1988) 5-34; E. SGRECCIA, *Dispensazione al pubblico di mezzi contraccettivi e/o abortivi*, «Medicina e Morale» 39/4 (1989) 744-746, K.M. SEVERKYN, *Abortifacient drugs and devices: medical and moral dilemmas*, «Linacre Quarterly» 8 (1990) 50-67, M.L. DI PIETRO, R. MINACORI, *Sull'abortività della pillola estroprogestinica e di altri "contraccettivi"*, «Medicina e Morale» 46/5 (1996) 863-900; a.c. Marcuello, *Contracepción hormonal y tratamiento hormonal*, «Cuadernos de Bioética» 23 (1997) 662-673; M.L. DI PIETRO, R. MINACORI, *"Contracezione d'emergenza". Problema medico, etico e giuridico*, «Vita e Pensiero» 5 (1997) 353-361, J. SUAUDEAU, *Contraception and Abortion. Foes or Friends?*, «Linacre Quarterly» 5 (2000) 68-69; R.L. PINEDA, *"Contracepción de emergencia", un mal llamado método contraceptivo*, «Cuadernos de Bioética» 45 (2001) 179-193, M.L. DI PIETRO, R. MINACORI, *La Contracezione di emergenza*, «Medicina e Morale» 51/1 (2001) 11-39; J. LÓPEZ UZMÁN, A. APARISI MIRALLES, *La píldora del día siguiente*, Sekotia, Madrid 2002; M.L. DI PIETRO, M. CASINI, A. FIORI, R. MINACORI, L. ROMANO, A. BOMPIANI, *Norlevo e obiezione di coscienza*, «Medicina e Morale» 53/3 (2003) 411-455; P.A. TALAVERA FERNÁNDEZ, V. BELLVER CAPELLA, *La objeción de conciencia farmacéutica a la píldora postcoital*, «Medicina e Morale» 53/1 (2003) 111-133.

¹⁰⁴ Cfr. E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, cit., vol. I, pp. 181-197; A. SERRA, *Problemi etici della diagnosi prenatale*, «Medicina e Morale» 32/1 (1982) 52-61; C. CAFFARRA, *Aspetti etici della diagnostica prenatale*, «Medicina e Morale» 34/4 (1984) 449-457; L. LEUZZI, *Indicazioni etiche per la diagnosi prenatale*, «Medicina e Morale» 34/4 (1984) 458-463; E. SGRECCIA, *La diagnosi prenatale*, en AA.VV., *Persona, verità e morale*, Città Nuova Editrice, Roma 1987, pp. 315-331; D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato 2000, pp. 295-308.

La Instrucción *Donum vitae* expone con claridad la doctrina de la Iglesia sobre esta cuestión: el diagnóstico prenatal es moralmente lícito si respeta la vida y la integridad del embrión y del feto humano, y si se orienta hacia su custodia o su curación individual¹⁰⁵. Se reconoce, por tanto, que en sí el diagnóstico prenatal no está dirigido unívocamente al aborto voluntario, ya que en algunas enfermedades genéticas —pocas, en realidad— se puede intervenir con éxito, del mismo modo que también se realizan otras intervenciones médicas o quirúrgicas¹⁰⁶. Como algunas de las técnicas de diagnóstico son muy invasivas y comportan ciertos riesgos, su uso debe estar justificado por los datos que proporcionan los exámenes realizados o el estudio de los antecedentes familiares¹⁰⁷.

Distinta situación se presenta cuando se actúa en un contexto de falta de respeto a la vida. La Instrucción *Donum Vitae* afirma que el diagnóstico prenatal «se opondrá gravemente a la ley moral cuando contempla la posibilidad, en dependencia de sus resultados, de provocar un aborto: un diagnóstico que atestigua la existencia de una malformación o de una enfermedad hereditaria no debe equivaler a una sentencia de muerte»¹⁰⁸. Por tanto, actúan mal tanto la mujer que solicita un diagnóstico con el propósito de abortar si el resultado es adverso, como el cónyuge o los familiares que lo aconsejan o lo imponen a la gestante con la misma finalidad¹⁰⁹. «También será responsable de cooperación ilícita —añade la *Donum vitae*— el especialista que, al hacer el diagnóstico o al comunicar sus resultados, contribuyese voluntariamente a establecer o a favorecer la concatenación entre diagnóstico prenatal y aborto. Por último, se debe condenar, como violación del derecho a la vida de quien ha de nacer y como trasgresión de los prioritarios derechos y deberes de los cónyuges, una directriz o un programa de las autoridades civiles y sanitarias, o de organizaciones científicas, que favoreciese de cualquier modo la conexión entre diagnóstico prenatal y aborto, o que incluso indujese a las mujeres gestantes a someterse al diagnóstico prenatal planificado, con objeto de eliminar los fetos afectados o portadores de malformaciones o enfermedades hereditarias»¹¹⁰.

Un problema particular se presenta cuando el médico no es capaz de conocer, antes de llevar a cabo los exámenes, cuál será la voluntad de la madre si el diagnóstico es desfavorable. Pensamos, con Sgreccia, que «el especialista, consciente y convencido del deber de tutelar a quien va a nacer, puede realizar la prueba con la necesaria atención, y proporcionar toda la ayuda necesaria a la mujer y a su pareja, para que logren aceptar un posible diagnóstico adverso»¹¹¹. Naturalmente, en estos casos el médico no puede limitarse a comunicar los resultados del examen de modo “neutral”, porque la posterior decisión de la madre dependerá, en buena medida, del apoyo y solidaridad de los médicos.

¹⁰⁵ *Donum Vitae*, I, 2.

¹⁰⁶ Cfr. A CALISTI, *Il feto, paziente chirurgico*, «Medicina e Morale» 33/1 (1983) 49-58; ID., *Diagnosi prenatale e possibilità terapeutiche chirurgiche*, «Medicina e Morale» 34/4 (1984) 493-497.

¹⁰⁷ El médico «antes de todo deberá valorar atentamente las posibles consecuencias negativas que el uso necesario de una determinada técnica de exploración puede tener sobre el ser concebido, y evitará el recurso a procedimientos diagnósticos de cuya honesta finalidad y sustancial inocuidad no se poseen suficientes garantías. Y si como sucede frecuentemente en las decisiones humanas, se debe afrontar un coeficiente de riesgo, el médico se preocupará de verificar que quede compensado por la verdadera urgencia del diagnóstico y por la importancia de los resultados que a través suyo pueden alcanzarse en favor del concebido mismo» (JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes al Congreso del "Movimiento en favor de la vida"*, 3 de diciembre de 1982, citado en *Donum vitae*, I, 2, nota 27).

¹⁰⁸ *Donum vitae*, I, 2.

¹⁰⁹ Cfr. *ibidem*.

¹¹⁰ *Ibidem*.

¹¹¹ E. SGRECCIA, *La diagnosi prenatale*, cit., p. 331: «lo specialista, consapevole e convinto di dover tutelare il nascituro, può eseguire la diagnosi con l'attenzione debita e fornire tutto il proprio aiuto, affinché tale accettazione si verifichi da parte della donna e della coppia in caso di responso infausto».

5. LA PROCREACIÓN ARTIFICIAL

a) Visión de conjunto de las técnicas de procreación artificial

Inicialmente las técnicas de procreación artificial se proponían superar los problemas de esterilidad¹¹². Entre ellas, las técnicas de fecundación extracorpórea o fecundación *in vitro* pretendían superar el problema de esterilidad tubárica definitiva, y se presentaban como una alternativa a las técnicas de cirugía y microcirugía, en las cuales se habían realizado notables progresos, sobretudo cuando a partir de 1974 se difundió el uso quirúrgico intra-abdominal del láser¹¹³. Actualmente, el recurso a las técnicas de fecundación extracorpórea es más amplio. A ellas recurren parejas no estériles que desean seleccionar el sexo del hijo, o estar seguras de no transmitir una enfermedad, o disponer de tejidos fetales para otro hijo enfermo.

Las técnicas de procreación artificial se pueden dividir en dos grandes grupos: fecundación intracorpórea, y fecundación extracorpórea. En las primeras, el encuentro entre los dos gametos tiene lugar en el cuerpo de la mujer; en las segundas, se produce fuera del cuerpo, y el embrión o embriones resultantes son después transferidos al cuerpo de la mujer. Tanto las primeras como las segundas pueden ser homólogas o heterólogas. Son homólogas cuando se utilizan los gametos de la pareja; heterólogas, si al menos uno de los gametos pertenece a un o una donante extraño a la pareja.

Técnicas de fecundación intracorpórea – Los principales métodos son la inseminación artificial, el GIFT (*Gametes Intrafallopian Transfer*) y la LTOT (*Low Tube Oocyte Transfer*). Ahora hablaremos sólo de la primera. De las otras dos nos ocuparemos más adelante.

La inseminación artificial es una técnica para obtener una concepción a través de la transferencia en las vías genitales femeninas del espermatozoides masculino. Está indicada en los casos de patología del cuello uterino, presencia de Ab antiespermatozoides en el moco cervical, malformaciones del aparato genital femenino, o en caso de impotencia u oligoastenospermia masculina. Se recurre a la inseminación artificial heteróloga (IAD) en los casos de aspermia o grave oligospermia, y también por parte de mujeres solas, parejas homosexuales, etc.

Los elementos fundamentales de esta técnica son los siguientes: inducción y control de la ovulación de la mujer (con o sin estimulación ovárica), recogida del espermatozoides y su eventual tratamiento previo (capacitación), y su transferencia a las vías genitales femeninas (en la vagina, en el cuello uterino, en las trompas o en sede peritoneal).

¹¹² Para una primera información sobre estas técnicas, cfr. A. RODRÍGUEZ LUÑO – R. LÓPEZ MONDÉJAR, *La fecondazione "in vitro": aspetti medici e morali*, Città Nuova, Roma 1986 (trad. spagnola: *La fecondación "in vitro"*, Palabra, Madrid 1986); E. SGRECCIA (ed.), *Il dono della vita*, Vita e Pensiero, Milano 1987; M.L. DI PIETRO – E. SGRECCIA, *Procreazione assistita e fecondazione artificiale tra scienza, bioetica e diritto*, La Scuola, Brescia 1999; J. VIAL CORREA – E. SGRECCIA (edd.), *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, LEV, Città del Vaticano 2005.

¹¹³ Cfr. J.F. DANIELL, *The role of lasers in infertility surgery*, «Fertility and Sterility» 42/6 (1984) 815-822.

Además de la distinción entre inseminación artificial homóloga (AIH) y heteróloga (AID), desde el punto de vista ético es muy importante la distinción entre *inseminación artificial propiamente dicha* e *inseminación artificial impropriadamente dicha*. En la inseminación artificial propiamente dicha, la intervención médica sustituye a la relación conyugal, y por consiguiente el esperma masculino es recogido fuera de la relación conyugal. En la segunda, en cambio, la relación conyugal no es sustituida, sino ayudada a alcanzar sus efectos naturales. El esperma es recolectado después de una relación conyugal.

En los casos en los cuales está indicada, la inseminación artificial alcanza la concepción en el 40/50% de los casos. Esto significa que el 40/50% de las mujeres que inician el tratamiento quedan embarazadas, pero generalmente después de haber repetido la inseminación durante varios ciclos. Una vez obtenido el embarazo, se presentan a menudo problemas: aborto espontáneo y embarazos múltiples, principalmente.

Técnicas de fecundación extracorpórea — Las dos principales son la FIVET (fecundación *in vitro* seguida de transferencia de embrión) y la ICSI (*IntraCyttoplasmicSpermInjection*). Se trata de técnicas complejas, que admiten pequeñas variantes, y que pueden ser homólogas o heterólogas (también con donación de embriones).

Los elementos principales de la FIVET¹¹⁴ son:

— Recogida del óvulo o de los óvulos: generalmente se recurre a la estimulación ovárica, y se toman de una sola vez varios óvulos. Existen diversos métodos para recogerlos, pero en todo caso presuponen una intervención médica de cierta consistencia, por la cual se evita tener que repetirla.

— Recolección y preparación del esperma masculino. También aquí hay diversos métodos de recolección. Frecuentemente se recurre a la masturbación.

— La fecundación, que sucede en probeta, fuera del cuerpo materno. Generalmente se fecundan varios óvulos.

— Transferencia del embrión, generalmente de los embriones, al cuerpo materno.

— Congelación de los embriones no transferidos, que serán utilizados para posteriores intentos (como piezas de recambio) o quedan congelados por algunos años. Las leyes de los diversos países determinan que después de un cierto período de tiempo (5 o 10 años) los depósitos de embriones congelados sean vaciados. En todos los países en los cuales se practica la FIVET existen depósitos con decenas de miles de embriones, generalmente centenares de millares.

— Seguimiento del desarrollo del embarazo.

La ICSI(*IntraCyttoplasmicSperm Injection*) se diferencia de la FIVET sólo porque el esperma masculino no se deja en la probeta junto al óvulo, para que este sea fecundado por un espermatozoo, sino que el médico selecciona un espermatozoide y lo inyecta en el óvulo¹¹⁵.

¹¹⁴ Nos limitaremos a indicar sintéticamente los elementos fundamentales, sin entrar en la descripción detallada de las diferentes técnicas, cuestión altamente especializada. El lector interesado puede consultar la bibliografía indicada en la nota 112.

En cuanto a los resultados que se obtienen con estas técnicas, en los años 80 se concedía gran atención a los datos presentados al Congreso Internacional de Helsinki de 1983¹¹⁶. El estudio multi-céntrico entonces presentado comprendía un total de 9641 tratamientos, en los cuales habían sido recogidos 24.000 óvulos, y fue realizado el transfer, casi siempre múltiple, a 7.733 mujeres, de las cuales nacieron 590 niños. El porcentaje de embriones perdidos era muy elevado. Hasta los grupos médicos que obtenían entonces los mejores resultados, como el equipo del australiano C. Wood, perdían el 90,6% de los embriones transferidos¹¹⁷. Hoy, las técnicas han mejorado notablemente, pero los resultados dejan todavía mucho que desear. Un buen estudio de Adriano Bompiani, realizado en 2004 y publicado al comienzo del 2005¹¹⁸, presenta los datos relativos a 1999 en 22 países europeos pertenecientes a la Sociedad Europea para la Reproducción Humana: a los 343.162 embriones transferidos en el periodo estudiado siguieron 44.026 embarazos; es decir, de cada 100 embriones transferidos se pierden 87¹¹⁹. Si queremos trazar un valor medio redondeado, se puede afirmar que actualmente, cada 100 mujeres que inician el tratamiento, después de uno o más intentos, 20 consiguen tener un niño. Teniendo presente que en cada intento se transfieren 3 o más embriones, las pérdidas de embriones son elevadísimas. El porcentaje de embriones formados *in vitro* no transferidos a la madre, los así llamados embriones sobrantes, son congelados o destinados a otros usos que incluyen su destrucción¹²⁰.

b) La procreación artificial extracorpórea y el valor de la vida humana

Al consultar la literatura científica sobre la fecundación extracorpórea impacta inmediatamente el hecho de que *estos métodos suponen una pérdida muy elevada de embriones humanos*. Impacta en segundo lugar la dirección tomada por la investigación científica más avanzada. Se advierte el deseo de mejorar los resultados de la técnica en términos de porcentajes de nacimientos por mujeres que inician el tratamiento, pero no se registra ningún interés significativo para disminuir las pérdidas de seres humanos en estado embrionario. Ni siquiera suscitan gran entusiasmo las estrategias de prevención de la esterilidad, ni se piden mayores recursos para mejorar las técnicas de microcirugía reparadora de las trompas.

¹¹⁵ Sobre esta técnica, véase P.J. SÁNCHEZ ABAD – L.M. PASTOR GARCÍA, *La inyección intracitoplasmática de espermatozoides. ¿Avance o imprudencia científica?*, UCAM, Murcia 2005 (con amplia bibliografía).

¹¹⁶ Cf. *Proceedings of the III World Congress of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, Helsinki, maggio 1984. Véase el estudio de J. FERRE JORGE – V. MARTÍNEZ DE ARTOLA, *Fecundación artificial: aspectos médicos y cuestiones éticas*, «Revista de Medicina de la Universidad de Navarra» XXIX (1984) 203-204.

¹¹⁷ Cf. C. WOOD e coll., *Clinical Implications of Developments in «In vitro» Fertilization*, «British Medical Journal» 289 (1984) 978-980.

¹¹⁸ Cf. A. BOMPIANI, *lo sviluppo storico delle tecnologie ed il loro impatto nei processi di procreazione umana*, in J. VIAL CORREA – E. SGRECCIA (eds.), *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, Lib. Ed. Vaticana, Città del Vaticano 2005, pp. 42-113.

¹¹⁹ Cf. A. BOMPIANI, *Lo sviluppo storico ...*, cit. p.45. Otros autores ofrecen cifras algo diferentes.

¹²⁰ De los problemas éticos planteados por la congelación de embriones humanos, nos ocuparemos dentro de poco en el parágrafo 9 de este mismo capítulo.

Desde el comienzo se ha sostenido abiertamente la necesidad de dedicar embriones humanos a la experimentación, ya sea de base, o dirigida a mejorar las técnicas de fecundación *in vitro*. En una publicación de 1984, Edwards afirmaba que «dedicarse a la fecundación *in vitro* sin prevenir, en la medida de lo posible, el nacimiento de niños disminuidos es una posición indefendible. La aplicación clínica de la fecundación *in vitro* exige, en todas sus formas, la investigación sobre embriones»¹²¹. Y en referencia a la investigación de base, el mismo autor afirmaba en otra publicación: «En algunos laboratorios, óvulos preovulatorios son recogidos de mujeres no estériles que lo autorizan. Estos óvulos son recogidos y fertilizados *in vitro* sin ninguna intención de transferir estos embriones al útero —son usados solamente para fines de investigación para estudios observacionales o experimentales. Estos embriones no son los embriones de reserva que se tienen en las clínicas que tratan la esterilidad mediante la fecundación *in vitro*, porque son utilizados de modo similar a los embriones animales usados en la investigación»¹²². Con no menor claridad se expresaba J. Bernard, entonces presidente del Comité de Ética de Francia: «Ciertos experimentos son moralmente necesarios y necesariamente inmorales»¹²³.

Actualmente, para el nacimiento de algunos millares de niños, se paga el precio suplementario de decenas o centenares de miles de embriones congelados, y se consolida siempre más la tendencia a destinar los embriones “sobrantes” a la investigación sobre células madre, o para otros usos científicos o industriales. Las técnicas de cirugía reparadora de las trompas, aun contando con menos recursos económicos, continúan teniendo mejores resultados que la fecundación *in vitro*¹²⁴. Sin embargo, a las personas con problemas de esterilidad se las envía inmediatamente a las clínicas de fecundación *in vitro* (o ICISI). Además, se admite comúnmente la praxis de la selección eugenésica, porque recurren a las clínicas de procreación artificial parejas no estériles, que podrían transmitir enfermedades a sus propios hijos. Muchos países aprueban legislativamente estas prácticas, sin detenerse frente a una lógica de discriminación a la cual no se quiere poner límites. La predicción de la diabetes o de la miopía, cuando sea posible, ¿será considerada causa suficiente para eliminar un embrión? Se registra, por último, una creciente comercialización, con agresiva publicidad, así como el hecho de que lo actuado por los integrantes de los comités éticos, también a nivel nacional, está a menudo gravado por un evidente y clamoroso conflicto de intereses. En definitiva, hoy es evidente algo que ya se entreveía en la primera mitad de los años 80 del siglo XX: las técnicas de fecundación extracorpórea son sólo posibles partiendo del presupuesto de que los embriones son una pre-estructura biológica, una especie de “pre-cosa”, enteramente disponible en las manos de los médicos, ya sea como piezas de recambio en vista de una eventual utilización reproductiva, ya sea como objeto de investigación, reserva de células madre o, por último, como basura que se tira porque no se sabe qué hacer con ella.

¹²¹ R.G. EDWARDS – M. PUXON, *Parental Consent over Embryos*, «Nature» 310 (1984) 179 (traducción nuestra). Véase también L.R. MOHR – A. TROUNSON, *Freezing and Donation of Human Embryos*, «Journal of in Vitro fertilization and Embryo Transfer» 1 (1984) 127.

¹²² R.G. EDWARDS, *The Ethical, Scientific and Medical Implications of Human Conception In Vitro*, en C. CHAGAS, *Modern biological experimentation*, Pontificia Academia de las Ciencias, LEV, Città del Vaticano 1984; citado por A. SERRA, *Interrogativi etici dell'ingegneria genetica*, «Medicina e Morale» 34/3 (1984) 316.

¹²³ Declaraciones citadas por J. SCHMITT, *Biologie: jusqu'ou peut-on aller?* «Le Point», 3 diciembre 1984, p. 52 (traducción nuestra).

¹²⁴ Cfr. R. MARANA, *Le terapie chirurgiche della sterilità femminile*, en VIAL CORREA, E. SGRECCIA (edd.), *La dignità della procreazione umana e le tecnologieriproduttive. Aspetti antropologici et etici*, cit., pp. 225-236.

Hay que precisar que las pérdidas de embriones en el ámbito de la fecundación *in vitro* no se produce por mala voluntad. Es la consecuencia inevitable de transferir el origen de la vida humana de la intimidad del amor conyugal al contexto técnico del laboratorio. La técnica posee una lógica propia –gobernada por el principio de la eficiencia, de la utilidad y de la rentabilidad – de la cual hoy no es posible desentenderse sin caer en contradicciones o en posiciones indefendibles.

Cuando la atención de la bioética y de la teología moral comenzó a concentrarse sobre estos métodos, el simple análisis de los hechos y de la literatura científica hice emerger con toda evidencia una nueva dimensión de lo que la encíclica *Humanae vitae* había llamado inseparabilidad de lo significados unitivo y procreador de la sexualidad. Hasta aquel momento, la inseparabilidad se entendía en el sentido de que las exigencias de la unión amorosa se abren a las de la procreación, de modo que la apertura a la transmisión de la vida —o al menos su no exclusión positiva— constituye la mejor defensa de la verdadera naturaleza y dinámica del amor entre el hombre y la mujer. Ahora es posible ver la otra cara de la moneda: la comunión conyugal, también como intimidad sexual de los esposos, es el único ámbito en el cual la vida humana naciente recibe la protección y los cuidados exigidos por la dignidad humana. No existe mejor protección para la nueva vida que la garantizada por la intimidad del amor conyugal. Respecto al ser humano llamado a la existencia, sólo el amor es la actitud justa, porque amar es reconocer, aceptar y respetar al otro por sí mismo. Sólo un acto que sea al mismo tiempo acto de amor puede poner en movimiento dignamente el proceso de la procreación humana.

El análisis ético llega de este modo a la conclusión de que la inseparabilidad de la actividad procreativa de la efusión del amor desinteresado en el ámbito conyugal, es una exigencia de la dignidad de la persona que debe nacer y, por tanto, un bien intrínseco, y no un simple hecho biológico que podría ser sustituido por un procedimiento técnico cuando hubiera razones para hacerlo. La presencia simultánea de los significados procreador y unitivo que caracteriza específicamente la sexualidad humana aparece, en suma, como una fuerte *estructura* en la cual quedan involucrados bienes de grandísima importancia. La unión de las dos dimensiones (unitiva y procreadora) en la sexualidad no es un simple hecho sin otro fundamento que su darse, sino que posee un sentido fácilmente comprensible: tal unión garantiza y refuerza los bienes específicamente personales involucrados en la sexualidad humana, es decir, los bienes puestos en juego por el hecho de que tanto los que engendran como el que es engendrado, son personas humanas.

Se habla de estructura, y no de simple unión, porque las dos dimensiones de la sexualidad se protegen y potencian mutuamente, de modo que su disociación implica la lesión no sólo de la dimensión que en cada caso se excluye, sino también de la que se deseaba conservar y promover. Estamos frente a una estructura antropológica de carácter fundamental, frente a la cual no tiene sentido invocar el amor de los esposos que desean un hijo u otras circunstancias o intenciones subjetivas. La intención de amor de los esposos que tienen problemas de esterilidad no puede desenvolver ningún papel intrínseco en las técnicas de procreación artificial. Tal intención, que aquí no es puesta en discusión, queda confinada en el exterior, y no determina el procedimiento técnico, que es gobernado por la lógica de la utilidad, de la eficacia y de la eficiencia. El procedimiento técnico es el mismo tanto si los esposos están movidos por una intención verdaderamente noble, como si tal noble intención falta. En los dos casos, los motivos subjetivos no pueden atenuar la falta de adecuación entre el procedimiento técnico y los bienes personales que están en juego.

En definitiva: *las técnicas de procreación artificial no son congruentes con la dignidad de la persona humana, porque, independientemente de las intenciones subjetivas, tratan a la persona en-*

*gendrada como un objeto, con todas sus consecuencias. La primera de ellas, es la repetida violación del principio de la inviolabilidad de la vida humana*¹²⁵

Sólo las técnicas más simples de procreación artificial intracorpórea (en la práctica, la inseminación artificial homóloga) no implican pérdidas de embriones. Otras técnicas más complejas, como el GIFT, suscitan perplejidades también desde este punto de vista, como se verá más adelante. Subsiste en todo caso la disociación entre la unión conyugal y la procreación, que atenta contra la estructura axiológica de la sexualidad humana. Del fundamento antropológico y de las exigencias ético-normativas que tal estructura comporta nos ocuparemos en el parágrafo 3 del capítulo VIII.

c) La doctrina eclesial sobre la procreación artificial

La Instrucción *Donum vitae*, publicada por la Congregación para la Doctrina de la Fe el 22 de febrero de 1987, contiene la exposición más orgánica y completa de la doctrina eclesial sobre la materia. Los principios morales fundamentales expuestos en ella son los siguientes:

1) La intervención médica en la procreación humana exige antes que nada el respeto de la vida humana por nacer. El embrión debe ser tratado como persona desde el primer instante de su existencia¹²⁶.

2) La procreación humana debe tener lugar en el matrimonio, entre un hombre y una mujer. Los esposos pueden llegar a ser padre y madre sólo el uno a través del otro¹²⁷.

3) La procreación humana es rectamente buscada cuando es querida como fruto del acto conyugal, del gesto específico de la unión corporal y espiritual de los esposos¹²⁸.

4) La intervención médica es respetuosa de la dignidad de las personas cuando se orienta a ayudar al acto conyugal, ya sea para facilitar su cumplimiento, ya sea para permitirle alcanzar su fin, una vez que ha sido cumplido normalmente¹²⁹.

5) En la negatividad de las intervenciones médicas que no respetan estos principios, existe una progresión, correspondiente al grado siempre mayor de sustitución del acto conyugal y de la presencia personal de los cónyuges en la procreación, lo que implica una diferenciación del juicio ético y, en el plano legislativo y político, una diferente valoración de su contrariedad con el bien común¹³⁰.

¹²⁵ Para un estudio más amplio nos permitimos enviar al lector a A. RODRÍGUEZ LUÑO, R. LÓPEZ MONDÉJAR, *La fecondazione "in vitro". Aspetti medici e morali*, cit., pp. 67-116. Se vea también C. CAFFARRA, *La fecondazione "in vitro". Problemi etici*, «Medicina e Morale» 35/1 (1985) 68-71; J. TESTART, *L'uovo trasparente*, Bompiani, Milano 1988. Tienen notable interés dos documentos de los Obispos de Inglaterra: THE BISHOPS' JOINT CATHOLIC COMMITTEE ON BIO-ETHICAL ISSUES, *Fertilizzazione "in vitro": Moralità e politica sociale*, «Medicina e Morale» 33/4 (1983) 435-448; ID., *Commenti sul Rapporto Warnock*, «Medicina e Morale» 35/1 (1985) 138-180 (en los dos casos se encuentra el texto inglés y la traducción italiana).

¹²⁶ Cfr. *Donum vitae*, I, 1.

¹²⁷ Cfr. *ibid.*, II, A.

¹²⁸ Cfr. *ibid.*, II, B, 4.

¹²⁹ Cfr. *ibid.* II, B, 7.

¹³⁰ Cfr. *ibid.*, III. Para algunos problemas específicos que se proponen en ambiente político, vease: A. RODRÍGUEZ LUÑO, *I legislatori cattolici di fronte alle proposte migliorative delle leggi ingiuste in tema di procreazione artificiale*, in J. VIAL CORREA – E. SGRECCIA, *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici*, cit., pp. 199-208.

Según estos principios, *son moralmente ilícitas todas las técnicas de inseminación artificial heterólogas*, en cuanto contrarias a la unidad del matrimonio, *y también las técnicas de inseminación artificial homólogas propiamente dicha*, porque en ellas la procreación está disociada de la relación conyugal. *En cambio, son admisibles las técnicas de inseminación conyugal impropriadamente dichas que, sin sustituir al acto conyugal, constituyen una ayuda para permitirle alcanzar su fin, una vez que ha sido normalmente cumplido.* En cuanto a las técnicas de fecundación artificial extracorpóreas, son moralmente ilícitas porque excluyen el acto conyugal y, en la práctica, todas prevén la pérdida de embriones de modos diversos, también intencionalmente. Si además son heterólogas, son contrarias a la unidad del matrimonio. Por último, si es inmoral formar embriones humanos *in vitro* para transferirlos a la madre, con mayor razón es inmoral formar *in vitro* los embriones con la intención o previsión de no transferirlos a la madre ya sea para transferirlos a otra mujer, ya sea porque se los destine a ser congelados, a la investigación a la experimentación u otros usos¹³¹.

Uno de los principios fundamentales que fundan el juicio moral sobre esas técnicas es la absoluta ilicitud de toda modalidad de actuar la generación que excluya el acto conyugal. Por esto, estos juicios sobre las técnicas de fecundación *in vitro* o de inseminación artificial propiamente dicha consideradas en sí mismas, aun en las hipótesis de que pudieran realizarse sin los inconvenientes y abusos que generalmente les acompañan (pérdida y congelación de embriones, selección eugenésica, maternidad sustitutiva, destrucción de embriones, técnicas realizadas *post mortem* de uno de los cónyuges, o en el ámbito de parejas de homosexuales, etc.). El razonamiento desarrollado en el párrafo precedente trataba de mostrar de modo inductivo que la conexión entre procreación y relación conyugal constituye un bien intrínseco, de incalculable alcance antropológico y ético, cuya lesión es siempre ilícita, incluso en el hipotético caso (no verificado) de que tal lesión pudiera suceder sin causar otros efectos negativos. De todos modos, estamos convencidos, y la experiencia lo confirma, que la introducción de la acción humana en un contexto técnico no puede dejar de producir consecuencias contrarias a la dignidad de la persona y de la vida humana.

6. LAS TÉCNICAS DE AYUDA A LA PROCREACIÓN

La Instrucción *Donum vitae*, reasumiendo la enseñanza de Pío XII, afirma que el juicio moral negativo sobre la inseminación artificial homóloga (propiamente dicha) «no proscribía necesariamente el uso de algunos medios artificiales destinados únicamente a facilitar el acto natural o a procurar que alcance su propio fin el acto naturalmente cumplido»¹³². Entre estos métodos de ayuda al acto conyugal, y no sustitutivos, hoy se presentan tres tipos de procedimientos: técnicas de inseminación artificial impropriadamente dicha, la LTOT, y el GIFT.

Naturalmente, son ayuda a la procreación también la prevención de la esterilidad, los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas y microquirúrgicas. Se podría proporcionar tal ayuda, por ejemplo, con el tratamiento hormonal de una infertilidad de origen gonádica, con el tratamiento quirúrgico de una endometriosis limitada, con una desobstrucción de los tubos por medio de una salpingografía selectiva, o con la restauración quirúrgica (*transcervical fallopian tube catheterization*) o microquirúrgica de la permeabilidad tubárica (salpingostomía o fimbrioplastia). Estas y

¹³¹ Para una profundización simple sobre las técnicas véase E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, cit., vol. I, pp. 287-344; L. CICCONE, *Bioetica, Storia, principi, questioni*, cit., 81-142 (ambos con amplia bibliografía)

¹³² PIO XII, *Discorso ai Partecipante nel IV Congresso Internazionale dei Medici Cattolici*, 29 settembre 1949: AAS 41 (1949) 560. Citado por *Donum vitae*, II, B, 6.

otras técnicas pretenden resolver el problema que está en el origen de la esterilidad, de modo que la pareja pueda tener actos conyugales fértiles, sin que el médico deba interferir directamente en el mismo acto conyugal. Estas terapias de la infertilidad y de restauración de la fertilidad a través de una reconstrucción de los tubos ováricos son siempre lícitas, y deben ser alentadas. Solamente el tratamiento hormonal consistente en la estimulación ovárica requiere particular atención y cautela, para evitar situaciones que después son erróneamente enfrentadas mediante la reducción embrionaria.

Pero veamos ahora las tres técnicas mencionadas al comienzo.

a) *La inseminación artificial impropriamente dicha*

Según las enseñanzas de Pío XII y de *Donum vitae*, son admisibles las intervenciones mediante las cuales los esposos, en el cuadro de un acto conyugal completo, buscan mejorar el resultado procreativo de este acto, simplemente a través del desplazamiento del esperma a un lugar más favorable para la fecundación. Se trata de una “transferencia del esperma después del acto conyugal”. Son lícitas también las intervenciones de inseminación homóloga en una pareja infértil en la medida en que el semen sea recolectado en el contexto de un acto conyugal (*post-coital sperm retrieval*), por ejemplo mediante un recolector (copa vaginal perforada o preservativo perforado). El problema de estas técnicas de ayuda es la pobreza de sus resultados.

Se ha tratado de mejorar el resultado de tales inseminaciones mediante una intervención médica que lleva el semen a la cerviz uterina (inseminación intracervical: ICI), directamente al útero (*intrauterine insemination*: IUI) posiblemente asociada con una perfusión de una suspensión de semen en las trompas (*fallopian tube sperm perfusion*: FSP), o en la cavidad peritoneal (*intraperitoneal insemination*: IPI o *direct intraperitoneal insemination*: DPI). Estas técnicas se asocian a menudo con la estimulación ovárica y reúnen generalmente ciertos procedimientos dirigidos a mejorar la capacidad del esperma, mediante separación, “*washing out*”, concentración, y selección (en caso de oligozoospermia, oligoasthenospermia). La inseminación homóloga intrauterina, a menudo combinada con una estimulación ovárica es técnicamente simple y obtiene resultados apreciables (porcentaje de gravidez para el ciclo desde 12,56 a 21,7 %, según los autores). La recolección del semen puede ser efectuada durante el acto conyugal. No es posible, sin embargo, poner el semen fresco directamente en la cavidad uterina, porque esto puede comportar como riesgo una acentuada actividad contráctil de la musculatura uterina, desencadenada por la prostaglandinas contenidas en el plasma seminal, y el riesgo de infecciones pélvicas en la mujer desde el momento en que el semen no es estéril. Además, el semen recién eyaculado no puede fecundar la célula huevo: tiene que ser, primero, capacitado, operación que en la fecundación natural tiene lugar en las vías genitales femeninas antes de que los espermatozoides lleguen al tercio externo de la trompa. Finalmente, como la IUI está indicada generalmente para el caso de infertilidad masculina, el líquido seminal debe prepararse con el fin de seleccionar una población de espermatozoides con alto índice de motilidad. Así es exigida la intervención del médico en el ambulatorio o en la clínica.

Cuando es superada la simple inseminación intra-vaginal, se presentan dudas de hasta qué puntola técnica empleada continúa siendo una ayuda y cuándo comienza a ser sustitución del acto conyugal Al moralista se le plantea el problema de comprender el exacto significado de la enseñanza de Pío XII y de *Donum vitae*.

En su autorizado comentario del Discurso de Pío XII de 1949, Hürth ofrecía tres aclaraciones importantes¹³³.

- 1) El Discurso de Pío XII no trata de decir cuáles son, en concreto, estos medios de ayuda; sólo dice que estos medios no caen bajo el juicio moral negativo formulado, y por eso de las palabras del Pontífice no es posible sacar una aclaración sobre este tema, puesto que él no quiso darlo¹³⁴.
- 2) Sobre los diversos métodos que ayudan al acto conyugal a obtener su fin natural, no hay una opinión común entre los moralistas. Objeto de discusión son, sobre todo, los métodos que recolectan el esperma con una jeringa, operación que podría parecer una interrupción del proceso naturalmente iniciado. Entre las diversas opiniones se cita también la de Merkelbach, según la cual es importante para la licitud, la condición de que el esperma no sea extraído de la vagina¹³⁵.
- 3) Al final concluye Hürth: puesto que la cuestión es controvertida entre los autores serios, ni los médicos ni los cónyuges deben ser inquietados si usan métodos que presuponen la capacitación del esperma fuera del cuerpo de la mujer¹³⁶.

Entre los autores más serios fue aceptada la distinción entre inseminación artificial propiamente dicha e inseminación impropriadamente dicha. «Sobre esta última existe un *consenso unánime entre los teólogos moralistas*: se considera lícita moralmente la inseminación artificial homóloga con semen recogido con métodos que *presupongan* el acto conyugal verdadero y propio»¹³⁷. C Caffarra estudia el caso en el cual se requiere una intervención consistente en inyectar el líquido seminal, con inseminación endouterina o incluso endotubárica (*high insemination*) o con inseminación cérvico-vaginal o puramente vaginal (*low insemination*). Este segundo caso puede presentarse en *dos formas diversas*: entre los dos esposos tienen una relación sexual verdadera y propia, o no se da una relación normal, porque el esposo usa el preservativo o interrumpe el coito y lo cumple “inter foemora”¹³⁸. Caffarra considera que la primera forma puede aceptarse, «probablemente, incluso en el caso, me parece, de eyaculación retrograda. Se trata, de hecho, de una ayuda pura y simple que no se sustituye a la intimidad conyugal de los dos esposos. *Aun cuando el líquido seminal, antes de ser más profundamente introducido, fuera extraído de la vagina y eventualmente, por razones médicas, manipulado*. Mucho más difícil resulta dar un juicio cierto sobre la segunda forma en la cual puede presentarse el caso. Si el preservativo está perforado y una parte del semen es introducida en la va-

¹³³ Cfr. F. HÜRTH, *Annotationes*, en «Periodica de re morali, canonica e liturgica» 38 (1949) 282-295.

¹³⁴ «Quid de his auxiliis artificialibus accessoriis fec. naturalis sentiri debeat, *ex ipsa Allocutione erui non potest* — (quia de his evidenter deliberato consilio agere recusat)— sed aliunde disci e dijudicari debet» (*Ibid.*, p. 293).

¹³⁵ Merkelbach, después de haber dado un juicio decididamente negativo sobre la inseminación artificial, precisa: «Aliud esset si rite peracta copula et semine non ad ostium quidem sed *in introitu* vaginae deposito, ibi, *quin ex vagina extrahatur*, recolligeretur et ope syphunculi profundius ad uterum traiceretur. Sic enim nullo momento semen ordinatione sua ad finem generationis privaretur; unde id non videtur esse nisi adiuvere naturam» (*Summa Theologiae Moralis*, III, n. 938, nota 1).

¹³⁶ «At cum res controvertatur inter auctores serios, neque medici neque coniuges, stante hac controversia, inquietandi sunt, si hac methodo uti volunt» (F. HÜRTH, *Annotationes*, cit., pp. 294-295).

¹³⁷ D. TETTAMANZI, *Bambini fabbricati*, Piemme, Casale Monferrato 1985, p. 27.

¹³⁸ Cfr. C. CAFFARRA, *Riflessione etico-teologica sulla inseminazione artificiale*, «Medicina e Morale» 30/2 (1980) 130.

gina y otra parte es retenida en él, no sería improbable un juicio ético positivo»¹³⁹. Después añade que considera ilícita la inseminación en los otros casos (coito interrupto, inter foemora, preservativo no perforado).

Donum vitae explica que debe haber un vínculo entre la procreación y el acto conyugal. Para algunos autores, este vínculo es respetado siempre que la técnica presuponga un acto conyugal verdadero y propio¹⁴⁰. Otros autores parecen exigir algo más. C. Caffarra observa que, aun admitiendo que el proceso procreativo es en parte actividad libre de la persona y en parte proceso no libre, que sucede en la persona, «lo que no está fuera de discusión, a juicio de la Instrucción, es *la relación* que debe darse entre estos dos momentos: ¿el segundo debe ser o no una *inmediata* consecuencia del primero (o –lo que es lo mismo– lo que pone las condiciones del proceso natural debe ser un acto de amor personal?). ¿O bien, el proceso puede ser puesto por un acto *diverso* del acto conyugal?»¹⁴¹. J. Seifert piensa que, para que una intervención médica puede ser definida como asistencia al acto conyugal, entre ella y los efectos debe haber una clara continuidad. Una interrupción total del proceso, un hiato entre el acto conyugal y el efecto, implicaría que este último depende sobre todo del acto médico, faltando la debida continuidad. Para que se pueda hablar de asistencia es necesario que la intervención médica tenga una función de servicio relativamente modesta en relación a la causa principal, que es el acto conyugal. Durante la intervención médica, el efecto debe mantenerse dentro del proceso nacido del acto personal¹⁴².

En nuestra opinión, como la intervención médica es asistencia y no sustitución del acto conyugal, no es suficiente que el acto conyugal normalmente cumplido sea presupuesto, sino que es también necesario que sea respetada la unidad y continuidad lógica y temporal del proceso iniciado por el normal acto conyugal. Nos parece que esta tesis puede ser afirmada con certeza, y un ejemplo bastará para demostrarlo. Si se procede a inseminar con el semen recogido del fondo vaginal después de un acto conyugal normalmente cumplido hace dos años (antes de que el marido partiera para la guerra, de la cual todavía no volvió) y después congelado y descongelado, tenemos una intervención médica que, aunque presupone el acto conyugal, es manifiestamente contraria a los principios de la Instrucción *Donum vitae*, porque en ella no hay ya unidad ni continuidad entre el acto conyugal y las otras fases del proceso procreador, que en realidad son puestas en movimiento por la intervención médica. El acto conyugal queda reducido a un simple método u ocasión para recoger el líquido seminal.

En cambio, lo que resulta difícil y problemático es formular en términos concretos cuáles son las exigencias de la unidad y continuidad del proceso procreador que tienen que respetarse absolutamente. Por un lado, se corre el riesgo de dar lugar a una casuística sobre minutos, horas o días (¿la necesaria continuidad entre el acto conyugal y el proceso procreador es respetado si el líquido semi-

¹³⁹ *Ibid.* P. 131 (subrayado nuestro) Hoy se admite comúnmente que el acto conyugal en el cual se usa un preservativo perforado, por ejemplo para poder realizar un análisis clínico del esperma, es un verdadero acto conyugal.

¹⁴⁰ Cfr. por ejemplo: E. SGRECCIA — M.L. DI PIETRO, *Procreazione artificiale*, in *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, Paoline, Cinisello Balsamo 1990, pp. 994-1007. Estos autores afirman: «Per quanto riguarda in particolare il tipo di tecniche che si configurano come aiuto e non sostituzione dell'atto coniugale, si fa riferimento a quella procedura, chiamata anche 'inseminazione artificiale impropriamente detta', che consiste nel prelievo del seme maschile dopo l'atto coniugale, per un accompagnamento e veicolazione che lo porti a superare gli ostacoli per un pieno successo» (p. 1004).

¹⁴¹ C. CAFFARRA, *Il dono della vita: introduzione antropologica*, en E. SGRECCIA (ed.), *Il dono della vita*, cit., pp. 115-116.

¹⁴² Cfr. J. SEIFERT, *Substitution of the conjugal act or assistance to it? IVD, GIF, and some other medical interventions. Philosophical reflection on the Vatican Declaration "Donum vitae"*, «Anthropotes»IV/2 (1988) 273-286.

nal recogido es preparado en el laboratorio durante dos horas? ¿y si pasan 4 horas? ¿y si pasan 6? Y así siguiendo). Por otra parte, puesto que Pío XII y *Donum vitae* se limitaron a formular un criterio genérico, sin querer pronunciarse sobre métodos concretos, una respuesta negativa que quiera ser más precisa requiere criterios seguros y bien fundados. En ausencia de un pronunciamiento del Magisterio de la Iglesia, nuestro parecer personal es que el hecho de que una parte del esperma deba extraerse fuera del cuerpo por un poco de tiempo, no pone problemas morales graves. Ciertamente el espacio de tiempo y la intervención del médico debe ser tal que no rompa evidentemente la continuidad entre el acto conyugal y el proceso procreador, y no debe asumir una importancia tal que haga al acto conyugal un simple procedimiento para recoger esperma. Nuestra opinión es que el espacio temporal entre el acto conyugal y el acto que pone en el cuerpo humano el semen antes extraído puede ser de algunas horas, no de algunos días.

b) La técnica LTOT

El procedimiento inicialmente conocido con el nombre de LOT (*Low Ovum Transfer*) o LTOT (*Low Tubal Ovum Transfer*) fue desarrollado en el hospital St. Elizabeth's Medical Center of Dayton (Ohio), en los años 1983-1985, como ayuda a la procreación para mujeres afectadas de una ausencia, oclusión o bloqueo de la permeabilidad de las trompas de Falopio.

Su objetivo era limitado, en el sentido de que esta técnica sólo procuraba, una vez realizado el acto conyugal, superar el obstáculo o el defecto de las trompas, llevando a la parte baja de las trompas de Falopio, a través de laparoscopia, el óvulo (¿los óvulos?) maduro recogido del ovario de la esposa.

La fertilización después era realizada a través del acto natural.

Esta técnica no ha tenido ningún éxito, y su interés ha sido más a nivel de reflexión ética que a nivel práctico. Efectivamente, se podía considerar la LTOT como una técnica de "ayuda", no sustitutiva, en la medida en la cual el acto conyugal era directamente causa de la fecundación del óvulo-transferido, sin manipulación de los gametos masculinos. Los autores de la LTOT la han modificado de modo que se vuelva prácticamente igual al GIFT, del que nos ocupamos a continuación.

c) El GIFT

El GIFT (*Gametes Intrafallopian Transfer*) fue propuesto por Ash y colegas en el año 1984¹⁴³. Con esta técnica se recogían dos gametos, introduciéndolos en un catéter y separados por una burbuja de aire, depositados en el segmento ampollar de la trompa, en la cual sucede a continuación la fecundación. Naturalmente, se presupone que al menos una de las trompas está en buen estado. El óvulo o los óvulos son recibidos a través de una intervención laparoscópica que requiere anestesia general (como para la FIVET). El esperma masculino podría ser recolectado en ocasión de un acto conyugal. El GIFT no comporta manipulación ninguna del embrión, pero da lugar, como la FIVET, a un porcentaje más alto de embarazos ectópicos (media de 5.5% contra los 0.8% en natura-

¹⁴³ Cfr. R.H. ASCH - L.R. ELLSWORTH - J.P. BALMACEDA - P.C. WONG, *Pregnancy after translaparoscopic gamete intrafallopian transfer*, «The Lancet», 8410 (1984) 1034-1035; ID., *Birth following gamete intrafallopian transfer*, «The Lancet», 8447 (1985) 163.

leza)¹⁴⁴. Se pierden también embriones, ciertamente no de manera intencional, pero éticamente discutibles si se han utilizado más de un óvulo.

El GIFT ha suscitado mayor interés, porque ofrecía tasas de éxito notables y, por otra parte, fue presentado como más respetuoso de la vida del embrión y de la dignidad de la sexualidad. El interés inicial disminuyó sucesivamente, porque el porcentaje de éxitos permaneció inalterado, mientras que la FIVET aumentó un poco. Muchos operadores sanitarios se pasaron al ICSI.

La Instrucción *Donum vitae* no se pronunció sobre la moralidad del GIFT y hasta este momento el Magisterio de la Iglesia no ha tomado posición al respecto. Ciertamente, tiene la ventaja de no implicar la manipulación de embriones. Pero conlleva el aumento de los embarazos ectópicos, y un porcentaje de abortos espontáneos no indiferente (desde el 15.5 % al 39.2%), cifra que no tiene en cuenta los abortos precoces no evidenciables clínicamente¹⁴⁵. Es verdad que también en la naturaleza se dan abortos espontáneos, y que muchos de ellos son precoces, pero las dos situaciones no son del todo equiparables, sobre todo cuando es utilizada la estimulación ovárica¹⁴⁶.

Desde otro punto de vista, *parece que en el GIFT el papel del procedimiento técnico es muy determinante, hasta el punto de que difícilmente podría ser considerado como una simple "ayuda"*. Del acto conyugal se podría usar o no, y cuando no se hace, parece en realidad un expediente para recoger el esperma, y así «sería el acto conyugal un medio de ayuda y facilitación para el GIFT, mientras el niño concebido representaría más el "fruto" de los procedimientos técnicos que del amor conyugal»¹⁴⁷. El médico adquiere una responsabilidad muy directa, y por consiguiente siempre existe el riesgo hipotético de proceder al control de la calidad del embrión. Otros autores piensan, en cambio, que si el GIFT se realiza después de una relación conyugal, de manera que parte del esperma masculino permanezca en el cuerpo de la esposa, que eventualmente podría llegar a fecundar el óvulo, la intervención del médico no haría más que recolocar *ad hoc* los dos gametos en la trompa después de la relación conyugal, ayudándola a alcanzar su fin natural en el lugar también natural (el segmento ampollar de la trompa). Recolocar los gametos no sería sustituir el acto conyugal: sería ayudar a este acto a superar barreras o límites que obstaculizan el alcance de su fin natural¹⁴⁸.

Nos parece que los argumentos dados en pro y en contra no permiten arribar a un juicio moral apodíctico. *Nuestra opinión, sin embargo, es tendencialmente negativa*. Los protocolos que hemos podido tomar en examen nos hacen pensar que es muy fácil que, en la práctica, las condiciones establecidas por la *Donum vitae* para la admisibilidad ética de una técnica de ayuda a la procreación sean desatendidas¹⁴⁹. *Por tanto, en el plano pastoral, nuestra recomendación sería de no recurrir a esta técnica y, en todo caso, haría falta hacer estudiar a un experto el concreto protocolo que será seguido en la estructura a la que se piensa acudir*.

¹⁴⁴ Cfr. M.L. DI PIETRO - A.G. SPAGNOLO - E. SGRECCIA, *Meta-analisi dei datiscientifici sulla GIFT: un contributo alla riflessione etica*, «Medicina e Morale» 40/1 (1990) 13-40.

¹⁴⁵ Cfr. *ibid.*

¹⁴⁶ Para una discusión sobre la equiparabilidad de estos abortos espontáneos con los que suceden en la naturaleza, véase: A. RODRÍGUEZ LUÑO - R. LÓPEZ MONDÉJAR, *La fecondazione "in vitro": aspetti medici e morali*, cit., pp. 82-89.

¹⁴⁷ R. MINACORI - A.G. SPAGNOLO, *È compatibile la GIFT con l'insegnamento della "Donum vitae"*, «Medicina e Morale» 48/1 (1998) 204.

¹⁴⁸ Para discutir los diversos argumentos en pro y en contra, véase J.F. DOERFLER, *Is GIFT compatible with the Teaching of Donum Vitae*, «The Linacre Quartely» 64/1 (1997) 16-29; ID., *Assisting or Replacing the Conjugal Act. Criteria for a Moral Evaluation of Reproductive Technologies*, «The Linacre Quartely» 67/3 (2000) 22-66.

¹⁴⁹ Véanse los análisis de los protocolos realizados por F. MERNES RUFFINELLI, *El método GIFT: Estudio ético-médico*, tesis de doctorado defendida en la Pontificia Universidad de la Santa Cruz, Roma 1981.

7. EL DIAGNÓSTICO PREIMPLANTACIONAL

El diagnóstico preimplantacional, conocido en particular bajo el aspecto de investigación genética (PGD) (*Preimplantation genetic diagnosis*) es una forma inicial de diagnóstico prenatal, ligado a las técnicas de la fecundación extracorpórea, en la cual los embriones formados *in vitro* se analizan buscando defectos genéticos o cromosómicos bien definidos. Sólo aquellos que estén libres de tales defectos serán transferidos a la madre. Diferentemente del diagnóstico prenatal, que en sí es un método diagnóstico, el diagnóstico preimplantacional unen en la misma acción el diagnóstico y la eliminación del embrión de características no deseadas. Si las pruebas diagnósticas dan un resultado positivo, el diagnóstico preimplantacional se vuelve *ipso facto* una técnica abortiva precoz¹⁵⁰.

Los sostenedores del diagnóstico preimplantacional se fundan sobre todo en la idea de que el embrión, antes del anidamiento es vida celular, pero no vida humana individual. La selección de los embriones sanos —afirman— permite evitar la interrupción del embarazo por motivos terapéuticos y la difusión de enfermedades hereditarias en la sociedad, y permite poder disponer de tejidos compatibles para fines terapéuticos. *Sin embargo, el diagnóstico preimplantacional no resulta éticamente aceptable porque, además de los problemas éticos de la FIVET, en la cual el diagnóstico está inserto, constituye él mismo una violación del respeto debido al embrión humano desde el primer instante de su existencia. Todo el procedimiento responde a la lógica inmoral del aborto selectivo*¹⁵¹.

8. LA REDUCCIÓN EMBRIONARIA

La administración de fármacos para estimular la ovulación y la transferencia de más de dos embriones en el curso de las técnicas de procreación artificial conllevan un notable incremento del porcentaje de embarazos múltiples.

Mientras la tasa natural de embarazos múltiples es del 1% (1,25 % para los embarazos de mellizos, 0,01% para los trillizos), esta tasa es del 6-8 % después de la estimulación ovárica, cuando se usa el clomifene citrato, 15-33% cuando se usan gonadotropinas, y 20-40 % en las mujeres que recurren a las técnicas de fecundación extracorpórea. En los distintos países donde se practican desde hace tiempo las técnicas de fecundación artificial, se ha re-

¹⁵⁰ El Centro de Chicago (A. Kuliev, Y. Verlisnky) ha propuesto estudiar los dos glóbulos polares en el lugar del embrión mismo para realizar el diagnóstico preimplantacional. Cfr. Y. VERLINSKY, N. GINSBERG, A. LIFCHEZ, J. VALLE, J. MOISE, C.M. STROM, *Analysis of the first polar body: preconception genetic diagnosis*, «Human Reproduction» 5/7 (1990) 826-829). Un glóbulo polar es una pequeña célula abortiva producida durante la maduración meiótica del óvulo. Posee uno de los núcleos derivados de la primera o segunda división meiótica y está prácticamente privado de citoplasma. El primer glóbulo polar se forma en seguida del segundo proceso meiótico, antes de la fecundación; el segundo glóbulo polar se forma enseguida después del segundo proceso meiótico, que termina inmediatamente después de la penetración del espermatozoide en el óvulo. El estudio del primer glóbulo polar es hecho en realidad sobre el óvulo, no sobre el embrión, y por lo tanto con la idea de descartar el óvulo defectuoso. Este análisis puede recoger informaciones sólo sobre el genotipo materno, para el cual no serán individualizados eventuales desórdenes de origen paterno. Si para obviar estos inconvenientes se procede en cambio al análisis del segundo glóbulo polar, después de la fecundación del óvulo, emerge nuevamente el problema de la eventual eliminación del embrión, y no sólo del óvulo. En la práctica, el diagnóstico preimplantacional se hace generalmente sobre el embrión en fase de segmentación y sobre todo sobre el blastocisto.

¹⁵¹ Cfr. *Donum vitae*, cit., I, 2; *Evangelium vitae*, n. 63.

gistrado de esta manera un progresivo aumento de los embarazos múltiples, sobre todo mellizos (30-40%) y trillizos (3-4 %). Se ha hablado de una “epidemia” de embarazos múltiples debida a la fecundación artificial, y se indica hoy este hecho como el elemento más preocupante en el empleo creciente de las técnicas de procreación artificial. Los embarazos múltiples son preocupantes porque en los embarazos múltiples la gestación y el parto comportan complicaciones para la madre y para los hijos mucho más frecuentes que en los embarazos unifetales, debidas esencialmente a un riesgo elevado de parto prematuro (parto a <37 semanas de gravidez), con peso bajo (<2500 gm) o muy bajo (<1550 gm) al nacer. Tales complicaciones aumentan todavía más cuando el embarazo múltiple se origina por fecundación artificial.

A causa de estas posibles complicaciones, ha sido propuesta la “reducción” (MPR, *Multifetal-pregnancy reduction*, también llamada *Embryo reduction*) de los fetos presentes en el útero, es decir, reducir su número para limitar los riesgos para la madre y aumentar las posibilidades de desarrollo para los fetos sobrevivientes. Desde mitad de los años 80, la MPR, hecha por vía transabdominal o transvaginal generalmente en el primer trimestre del embarazo, ha sido cada vez más aceptada en la práctica. La reducción de los embarazos múltiples se convirtió por consiguiente en un procedimiento ampliamente aceptado en el mundo de la procreación artificial. Las pacientes que se someten a tal experiencia sufren un gran malestar psicológico¹⁵².

A nivel médico, se debe antes que nada discutir la oportunidad de tal técnica, teniendo en cuenta la importante tasa de pérdida de todos los fetos, después de efectuar la “reducción”¹⁵³. La medicina actual está en condiciones de acompañar y llevar a término los embarazos múltiples.

Pasando al plano ético, es claro que *el juicio respecto a la práctica de “reducción” de los embarazos múltiples no puede ser más que negativa, porque se trata de un aborto directo*. Incluso en la hipótesis de que la reducción embrionaria representase una ventaja desde el punto de vista de la gestión médica del embarazo, no se puede justificar la eliminación de seres humanos para salvar la vida de otros seres humanos, porque el fin no justifica los medios.

Los problemas éticos de la procreación artificial constituyen una barrera ética que no debería superarse. Si, con todo, se la traspasa, hay que recordar que cada uno es responsable de las consecuencias negativas de las propias acciones moralmente negativas, aunque tales consecuencias no fueran previstas ni queridas, pero siendo previsibles¹⁵⁴. Quien procede a transferir más de un embrión por vez carga con la responsabilidad médica y moral del posible embarazo múltiple que puede ocurrir, de sus complicaciones, de la pérdida de embriones y fetos, de la eventual mortalidad neonatal y de la posible minusvalidez de la prole.

¹⁵² H.H.H. KANHAI - M. DE HAAN - L.A. VAN ZANTEM - C. GEERINCK-VERCAMMENH.M. VAN DER PLOEG - J.B GRAVENHORST, *Follow-up of pregnancies, infants and families after multifetal pregnancy reduction*, «Fertility and Sterility» 62/5 (1994) 955-959; P.SCHREINER-ENGEL - V.N. WALTHER - J. MINDES - L. LYNCH - R.L. BERKOWITZ, *First-Trimester multifetal pregnancy reduction: Acute and persistent psychologic reactions*, «American Journal of Obstetrics and Gynecology» 172/2 (1995) 541-547; M. MCKINNEY - J. DOWNEY - I. TIMOR-TRITSCH, *The psychological effects of multifetal pregnancy reduction*, «Fertility and Sterility» 64/1 (1995) 51-61; C. BERGH - A. MOLLER - L. NILSSON - M. WIKLAND, *Obstetric outcome and psychological follow-up of pregnancies after embryoreduction*, «Human Reproduction» 14/8 (1999) 2170-2175.

¹⁵³ Cfr. P. KADHEL - F. OLIVENNES - H. FERNANDEZ - M. VIAL - R. FRYDMAN, *Are there still obstetric and perinatal benefits for selective embryo reduction of triplet pregnancies?*, «Human Reproduction» 13/12 (1998) 3555-3559; R.K. SILVER - B.T. HELFAND - T.L. RUSSELL - A. RAGIN - J.S. SHOLL - S.M. MACGREGOR, *Multifetal reduction increases the risk of preterm delivery and fetal growth restriction in twins: a case-control study*, «Fertility and Sterility» 67/1 (1997) 30-33; N.J. SEBIRE - C. SHEROD - A. ABBAS - R.J.M. SNIJDERS - K.H. NICOLAIDES, *Preterm delivery and growth restriction in multifetal pregnancies reduced to twins*, «Human Reproduction» 12/1 (1997) 173-175.

¹⁵⁴ Cfr. *Elegidos en Cristo I*, capítulo VI, parágrafo 5 a).

No se puede invocar el principio del “mal menor” en el campo de la reducción de un embarazo múltiple, porque existe la posibilidad de respetar el embarazo, cuidarlo hasta el parto, que se tratará de retrasar todo lo posible. Por otra parte, tratándose de aborto, el obstétrico que se halla frente a una mujer con embarazo múltiple debe invocar la objeción de conciencia frente a la intervención de reducción embrional, ofreciendo a la vez su disponibilidad para seguir a la paciente y a sus hijos, con el fin de prevenir un parto demasiado precoz y para cuidar adecuadamente a los neonatos pluri-gemelares.

9. LA CRIOCONSERVACIÓN Y LOS PROBLEMAS ÉTICOS CONEXOS

Los motivos aducidos para la criopreservación – En el ámbito de la fecundación *in vitro* la estimulación hormonal del ciclo femenino es una práctica muy difundida. Con esta técnica es posible programar el momento exacto en el que proceder a la recolección de los óvulos, y obtener muchos óvulos con una sola intervención. Esto permite poder transferir más de un embrión y, en el caso de que la primera transferencia no hubiera sido coronada por el éxito, poder proceder a sucesivas transferencias sin tener que repetir la intervención de recogida de óvulos. Como hasta el momento no existe una técnica convalidada para congelar los óvulos, todos los óvulos recogidos se fecundan, y los embriones no transferidos a la madre se conservan congelados como “piezas de recambio” para eventuales ulteriores tentativas. A veces es necesario congelar también los embriones destinados a la primera transferencia, porque la estimulación hormonal del ciclo produce efectos (acortamiento de la fase luteal, desorden fisiológico del endometrio) que aconsejan esperar antes de proceder a la transferencia de los embriones. Estas razones explican la difusión de la criopreservación de embriones humanos y la existencia de grandes depósitos de embriones congelados en todos los países donde se practica la fecundación extracorpórea¹⁵⁵.

Problemas éticos y legales de la criopreservación.– La técnica de congelación de los embriones humanos, y la consiguiente existencia de bancos de embriones humanos criopreservados, plantea graves problemas éticos y legales. El proceso de congelación y descongelación comporta riesgos para la integridad y sobrevivencia de los embriones. Entre el 20 y el 30% de los embriones sufren daños graves, o por lo menos resultan inviables después de tal proceso¹⁵⁶. Además, se plantea el problema, confirmado por la experiencia de todos los países en los que se practica la FIVET, que la mayor parte de los embriones no utilizados inmediatamente quedan huérfanos. Permanecen congelados durante los años permitidos por la ley, y después hay que vaciar los depósitos. Se plantea en-

¹⁵⁵ Para los aspectos científicos, ver A. RODRÍGUEZ-LUÑO, R. LÓPEZ MONDÉJAR, *La fecundación “in vitro”*: *aspetti medici e morali*, cit., pp. 32-39.

¹⁵⁶ Cfr. J. MANDELBAUM, *Discussion: cryopreservation of oocytes and embryos*, «Human Reproduction» 13 (1988) suppl. 3, 176; J. MANDELBAUM, J. BELAÏSCH-ALLART, A.M. JUNCA, J.M. ANTOINE, M. PLACHOT, S. ALVAREZ, M.O. ALNOT, J. SALAAT-BAROUX, *Cryopreservation in human assisted reproduction is now routine for embryos but remains a research procedure for oocytes*, «Human Reproduction» 13 (1988) suppl. 3, 161-174; FEDERATION DES BIOLOGISTES DES LABORATOIRES D'ÉTUDE DE LA FÉCONDATION E DE LA CONSERVATION DE L'OEUF (BLEFCO), *Congelation d'embryon: statistiques françaises (1985-1993)*, «Contraception, Fertilité, Sexualité» 24/9 (1996) 674-677.

tonces el problema de qué hacer con los embriones congelados abandonados. A veces se procede a su destrucción. 3300 embriones han sido destruidos el 1 de agosto de 1996 en Gran Bretaña. Una destrucción del mismo género ha sido hecha en otros países. Desde entonces, las destrucciones de embriones congelados se han hecho más discretamente, pero la realidad ha permanecido igual. Se pueden prever otras destrucciones semejantes en los próximos años¹⁵⁷. En otros casos, se destinan a la investigación científica, o se donan a parejas infértiles en el ámbito de la procreación artificial heteróloga. Hay quien propone conservarles congelados a expensas de los “padres” y, por último, otros proponen la llamada adopción prenatal.

Desde el punto de vista ético, es preciso constatar que *la congelación de los embriones humanos añade una nueva razón de negatividad a las técnicas de fecundación extracorpórea*. La enseñanza de la Iglesia es clara en este punto: «La misma congelación de embriones, aunque se realice para mantener en vida al embrión —crioconservación—, constituye una ofensa al respeto debido a los seres humanos, por cuanto les expone a graves riesgos de muerte o de daño a la integridad física, les priva al menos temporalmente de la acogida y de la gestación materna y les pone en una situación susceptible de nuevas lesiones y manipulaciones»¹⁵⁸. La única consecuencia éticamente válida que se puede extraer del fenómeno de la crioconservación de embriones humanos es que tal práctica debe cesar absolutamente. Juan Pablo II lanzó una llamada al mundo científico para que se detenga la producción de embriones humanos «teniendo en cuenta que no se ve una salida moralmente lícita para el destino humano de los miles y miles de embriones “congelados”, que son y permanecen siempre titulares de los derechos esenciales y por tanto, que deben ser tutelados jurídicamente como personas humanas». Y dirigiéndose a los juristas y gobernantes, les pidió trabajar para que sean reconocidos jurídicamente «los derechos naturales del surgir mismo de la vida humana y además se tutelen los derechos inalienables que los miles de embriones “congelados” intrínsecamente han adquirido desde el momento de la fecundación»¹⁵⁹.

¿Qué hacer con los embriones congelados abandonados? -Respecto del destino de los miles de embriones crioconservados, el único modo de reparar parcialmente la injusticia cometida con ellos sería transferirlos al seno de su madre¹⁶⁰. Pero la enorme mayoría de los embriones crioconservados han sido abandonados. La experiencia obliga a afirmar que las leyes que permiten la formación *in vitro* de embriones “supernumerarios” o “sobrantes” y su congelación sucesiva les causan una injusticia irreparable. Son irreversiblemente condenados a muerte, pero la consumación de la condena queda suspendida por el tiempo de la congelación, sin que haya posibilidad de volver atrás. El destino que se les dé a estos embriones no solamente no puede sanar la injusticia cometida, sino que no hará más que agravarla.

- 1) La solución de descongelarlos y “dejarlos morir” añade un nuevo abandono al abandono inicial ya sufrido. Afirmar que mantenerlos congelados sería un medio desproporcionado, o que descongelarlos y dejarlos morir es distinto a matarlos, es simple retórica. Su formación *in vitro* y su congelación sucesiva constituye un contexto de injusticia tan grave que priva de

¹⁵⁷ Cfr. por ejemplo D. HOFFMAN, G.L. ZELLMANN, C.C. FAIR, J.F. MAYER, J.G. ZEITZ, W.E. GIBBONS, T.G. TURNER JR., *Cryptopreserved Embryo in the United States and their availability for research*, «Fertility and Sterility» 79/5 (2003) 1063-1069.

¹⁵⁸ *Donum vitae*, I, 6.

¹⁵⁹ Discurso del 24-V-1996 y del 25-V-1996. Citamos los textos publicados por «Medicina e Morale» 27/1 (1997) 107-112.

¹⁶⁰ Cfr. J. HERRANZ, *La destrucción de embriones congelados*, «Persona y bioética» 1 (1997) 57-66.

sentido ético a la distinción entre “matar” y “dejar morir” y entre los medios proporcionados y los medios desproporcionados. La decisión de prolongar indefinidamente la criconservación es tan injusta como la opción de descongelarlos y dejarlos morir: también los embriones congelados mueren, aunque muy lentamente.

- 2) Por la misma razón, es gravemente inmoral el uso de estos embriones para la investigación científica, como si fueran cadáveres. Desde el punto de vista ético, estos embriones no pueden equipararse a los cadáveres normales de los seres humanos, adultos o en estado fetal, a consecuencia de su muerte por enfermedad, vejez o accidente, ni a los cadáveres consiguientes a una muerte criminal, condenada y castigada como tal por el Estado, porque estos embriones son el resultado de deliberadas y repetidas injusticias graves que una ley del Estado considera, por el contrario, conforme al derecho. Se crea así un contexto sanitario y científico gravemente injusto, en el cual no es lícito insertarse, utilizando para las propias investigaciones las “víctimas” que en tal contexto se producen. En este caso, el criterio de independencia entre los centros que ofrecen los embriones y los centros que investigan no basta para evitar la contradicción moral de quien afirma: “yo no apruebo lo que tú haces, porque lo considero una injusticia grave, en la cual no quiero estar personalmente involucrado de ninguna manera”, para inmediatamente añadir: “pero acepto para mi trabajo el material biológico que tú obtienes mediante tal injusticia”¹⁶¹. No sólo es ilícito colaborar en la producción de billetes de dinero falsos, sino que también es ilícito usarlos *conscientemente* para las propias actividades (comprar, pagar, etc.), aunque el que los usa sea independiente de quien los produce.
- 3) Queda por examinar la posibilidad de la adopción prenatal. Algunos autores se han mostrado favorables a la adopción prenatal, considerada como una hipótesis totalmente distinta de la donación de embriones que tiene lugar en el proceso de la procreación artificial heteróloga¹⁶². Aquí, no se trataría de una técnica heteróloga para obtener un hijo, por parte de una pareja estéril, sino de una acción generosa por parte de parejas que obran con la única motivación de dar una oportunidad de nacer a un ser humano que de otro modo estaría condenado a la destrucción. Tal acción sería además un testimonio a favor del valor de la vida y del respeto debido al embrión humano. Otros autores, aun reconociendo la noble motivación que inspira la propuesta, la consideran muy problemática desde el punto de vista ético¹⁶³. No

¹⁶¹ Dan una buena visión de conjunto de los problemas éticos ligados a la investigación biomédica las diversas contribuciones contenidas en J. VIAL CORREA, E. SGRECCIA (edd.), *Etica della ricerca biomédica. Per una visione cristiana* (Atti della IX Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la Vita, 24-26 de febrero de 2003), Lib. Ed. Vaticana, Città del Vaticano 2004.

¹⁶² Cfr. G. GRISEZ, *The Way of the Lord Jesus III: Difficult Moral Questions*, Franciscan Press, Quincy/Illinois 1997, p. 242; W.E. MAY, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, Our Sunday Visitor, Huntington (IND) 2000; H. WATT, *A Brief Defense of Frozen Embryo Adoption*, «The National Catholic Bioethics Quarterly» 1/2 (2001) 151-154; J. BERKMAN, *The Morality of Adopting Frozen Embryos in Light of Donum Vitae*, «Studia Moralia» 40/1 (2002) 115-141; J. BERKMAN, *Gestating the Embryos of Others. Surrogacy? Adoption? Rescue?*, «The National Catholic Bioethics Quarterly» 3/2 (2003) 309-329; J. BERKMAN, *Reply to Tonti-Filippini on “Gestating the Embryos of Others”*, «The National Catholic Bioethics Quarterly» 3/ 4 (2003) 660-664. También el Comité Nacional para la Bioética de Italia ha emitido un parecer favorable a la adopción: *L'adozione per la nascita (APN) degli embrioni crioconservati residuali derivanti da procreazione medicalmente assistita*, 18 de noviembre de 2005.

¹⁶³ Cfr. W.B. SMITH, *Rescue the Frozen?*, «Homiletic and Pastoral Review» 96/1 (1995) 72-74; ID., *Response*, «Homiletic and Pastoral Review» 96/11-12 (1996) 16-17; N. TONTI-FILIPPINI, *Frozen Embryo “Rescue”*, «Linacre Quarterly» 64/1 (1997) 3-4; M. COZZOLI, *L’embrione umano: aspetti etico-normativi*, en J. VIAL CORREA, E. SGRECCIA (edd.), *Identità e statuto dell’embrione umano*, cit., pp. 237-273; M. GEACH, *Are there any circumstances in which it would be morally admirable for a woman to seek to have an orphan embryo implanted in her womb?*, en L. GORMALLY, *Issues for a catholic Bioethics*, The Linacre Center, London 1999, pp. 341-346; H. ARKES, *May Embr-*

podemos conceder espacio aquí a los argumentos particulares. Sustancialmente estos últimos autores consideran que la buena intención de las parejas disponibles para una tal adopción no puede eliminar el mal intrínseco de tal procedimiento, que presupone la formación de embriones *in vitro* y su congelación, la disociación entre maternidad genética y maternidad gestacional y legal, la lesión de la unidad del matrimonio, etc.

A nosotros nos parece que, desde el punto de vista teórico, la especie moral de este tipo de adopción prenatal, siempre que respondiera únicamente al deseo de salvar una vida humana, es esencialmente diferente de las prácticas heterólogas de procreación artificial y de la maternidad sustitutiva. No nos convence la argumentación contraria, que acusa de querer hacer buena, sobre la base de la recta intención, una acción intrínsecamente mala. *Sin embargo, hay importantes críticas que hacerle.* Primero, serán pocas las parejas disponibles para una acción tan generosa y casi heroica, y por consiguiente, su contribución, más allá del valor como testimonio, es irrelevante para la solución del problema. Segundo, la adopción podría contribuir, involuntariamente, a volver crónica una situación de grave injusticia. Esto no sería verdad, sin embargo, si se tratase de un país en el que en un momento dado, se ha prohibido absolutamente la congelación de embriones. Tercero, vemos que, desde el punto de vista de la actuación práctica, este género de adopción presenta problemas muy difíciles de resolver y abre la posibilidad de abusos no menos difíciles de evitar (necesidad de realizar una selección entre los embriones, una vez descongelados, preparación de estructuras para actuar independientemente de los centros de procreación artificial, riesgos de diversa naturaleza para la pareja adoptante, etc.). Nuestra conclusión es que las parejas que procedieran a la adopción, movidas sólo por el deseo de salvar una vida humana, no deberían ser objeto de condena moral, pero en términos generales, la adopción prenatal se debería desaconsejar. El mejor modo de salvar vidas humanas es la movilización social y política dirigida a obtener la prohibición absoluta de la congelación de los embriones.

Se nos podría acusar de no haber dado solución al problema, condenando a la destrucción a muchas vidas humanas. Pero la realidad es más bien que el estudioso está obligado a constatar que los centenares de miles de embriones humanos criocervados que hoy existen en el mundo, han sido condenados *irremediamente* por quienes los han congelado y por quienes otorgaron su consentimiento para eso. La injusticia cometida es sustancialmente irreparable. Es preciso que los responsables reconozcan públicamente que han cometido una injusticia gravísima y prohíban la congelación de embriones de ahora en adelante.

10. LA CLONACIÓN

Un clon puede definirse como «un conjunto de moléculas de DNA, células o organismos enteros, que derivan por duplicaciones sucesivas de un único progenitor, del cual resultan copias sustancialmente idénticas»¹⁶⁴. Los métodos para clonar organismos pluricelulares son principalmente dos: la *fisión gemelar* y la *transferencia del núcleo de una célula somática a una célula huevo privada de su núcleo*. Gran impresión causaron en la opinión pública mundial los experimentos dados a co-

yos Be Adopted?, «Crisis» Marzo 2000, p. 12.

¹⁶⁴ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA DELLA REPUBBLICA ITALIANA, *La clonazione. Parere del 17 ottobre 1997*, n. 2.

nocer por Wilmut y otros, el 27 de febrero de 1997, que consistieron en la fusión del núcleo de una célula de glándula mamaria de oveja en el óvulo de otra oveja al que se le había quitado el núcleo, y en la transferencia sucesiva del embrión así formado al útero de una tercera oveja, obteniendo así el nacimiento de la oveja Dolly. Hasta el momento, nadie ha conseguido formar por clonación un verdadero embrión humano. Los experimentos que se han presentado a la opinión pública como “clonación terapéutica”, han obtenido mediante transferencia de núcleo grupos de células que los científicos han llamado blastocistos, pero que en realidad no estaban reprogramados, y por consiguiente no podían desarrollarse como se desarrolla un verdadero embrión. Servían sin embargo para obtener líneas de células estaminales, que era lo que verdaderamente interesaba a los autores de los experimentos¹⁶⁵.

A la clonación se podría recurrir con un propósito reproductivo o terapéutico. La clonación reproductiva agrava al máximo la negatividad ética de la procreación artificial. Opera una completa disociación entre la procreación y la sexualidad, y constituye además un atentado a la unicidad biológica del sujeto generado por clonación, que está en la base de la dignidad de toda persona humana. Atenta contra la dignidad humana «en la medida en que puede ser puesto en crisis el derecho de autodeterminación. Tal crisis puede ser generada por el temor del hombre, generado por la clonación, de ser biológica o culturalmente condicionado por la constitución genética del individuo adulto de una de cuyas células ha sido efectuada la clonación»¹⁶⁶. La clonación se presta, además, a execrables manipulaciones abusivas, y podría «poner en crisis los equilibrios fundados en la diversidad biológica, provocando en el mediano y largo plazo consecuencias no intencionales, pero extremadamente peligrosas para las generaciones futuras»¹⁶⁷. La clonación terapéutica tiene como fin la obtención de células estaminales o tejidos para utilizar con finalidad terapéutica a favor de la persona a partir de la cual ha sido obtenido el clon, o de otras personas. La sola idea de formar y destruir un ser humano a favor de otros lesiona del modo más radical posible la dignidad de la persona, por la cual todo hombre debe ser tratado como un fin en sí mismo.

*La enseñanza de la Iglesia considera que «también los intentos y las hipótesis de obtener un ser humano sin conexión alguna con la sexualidad mediante "fisión gemelar", clonación, partenogénesis, deben ser considerados contrarios a la moral»*¹⁶⁸. La clonación es totalmente contraria a la visión cristiana del hombre, creado a imagen de Dios, y en el plano de los derechos del hombre representa «una violación de dos principios fundamentales sobre los cuales se basan todos los derechos del hombre: el principio de igualdad entre los seres humanos, y el principio de no discriminación»¹⁶⁹. En definitiva, *la clonación merece un juicio moral absolutamente negativo.* En virtud de

¹⁶⁵ Se trata de los trabajos publicados por W.S Hwang y colaboradores en 2004 (*Evidence of a pluripotent human embryonic stem cell line derived from a cloned blastocyst*: Science press, doi:10.1126/science.1094515) e nel 2005 (*Patient-Specific Embryonic Stem Cells Derived from Human SCNT Blastocysts*: Science, 2005 May 19) y por P. Stojkovic y colaboradores en 2005 (*An autogenetic feeder cell system that efficiently supports growth of undifferentiated human embryonic stem cells*). En diciembre del 2005 la prensa internacional publicó las excusas públicas de W.S. Hwang, que habría falsificado los resultados de sus experimentos.

¹⁶⁶ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA DELLA REPUBBLICA ITALIANA, *La clonazione*, cit., n. 4.

¹⁶⁷ *Ibidem*.

¹⁶⁸ *Donum vitae*, I, 6.

¹⁶⁹ PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Riflessioni sulla clonazione*, LEV, Città del Vaticano 1997, p. 17. Este breve documento contiene un cuidadoso análisis de los aspectos antropológicos y éticos de la clonación. Véase también la interesante reflexión de H. JONAS, *Dalla fede antica all'uomo tecnologico. Saggi filosofici*, Il Mulino, Bologna 1991, pp. 238 ss.

su oposición a la dignidad humana fundamental y de la incidencia negativa sobre el bien común, debe ser también objeto de una neta prohibición por parte del Estado.

11. LA EUTANASIA

a) Definición y tipos de eutanasia

Concepto de eutanasia -La eutanasia evoca la idea de una muerte digna y serena. En el lenguaje actual, el término eutanasia puede ser utilizado con significados y finalidades muy diversas, que van desde la reivindicación de la facultad de rechazar o suspender una terapia inútil y gravosa para un paciente terminal, hasta la justificación de la supresión intencional de la vida de una persona que tiene una enfermedad incurable¹⁷⁰.

Por eso, es necesario precisar antes que nada qué entiende la teología moral por eutanasia. Es «una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos usados»¹⁷¹. Esta definición de eutanasia se articula en dos frases. La primera frase trata de proporcionar una descripción analítica, de la cual resulta que la eutanasia es una elección deliberada de causar o anticipar la muerte, que puede ser realizada tanto por acciones que de por sí causan directamente la muerte (por ejemplo, administración de un veneno) como por acciones que en otras ocasiones podrían tener y de hecho tienen una finalidad terapéutica o paliativa, pero que en un caso concreto son elegidas conscientemente como medio para causar o anticipar la muerte; en ambos casos se actúa con el fin de querer poner fin al sufrimiento. La segunda frase: «la eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o de los métodos usados», evidencia que la eutanasia consiste en todo caso en la presencia simultánea del propósito deliberado de causar la muerte y de la acción u omisión que *hic et nunc* se elige para realizarla¹⁷². En todo caso, el concepto de eutanasia implica la vo-

¹⁷⁰ Cfr. D. TETTAMANZI, *Eutanasia. L'illusione della buona morte*, Piemme, Casale Monferrato 1985; E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, cit., vol. I, pp. 461-506; E. SCHOCKENHOFF, *Etica della vita. Un compendio teologico*, cit., pp. 313-317 e 342-353; C. LEGA, *Manuale di bioetica e dentologia medica*, Giuffrè, Milano 1991, pp. 275-317; D. LAMB, *L'etica alle frontiere della vita. Eutanasia e accanimento terapeutico*, Il Mulino, Bologna 1998. Sobre la muerte y la actitud humana ante ella, así como sobre las obligaciones que plantea al médico y a los familiares, cfr. PH. ARIÈS, *L'uomo e la morte dal Medioevo ad oggi*, Laterza, Bari 1979; E. KUBLER-ROSS, *La morte e il morire*, 3ª ed., Cittadella, Asis 1982; P. LAÍN ENTRALGO, *Antropologia medica*, Paoline, Cinisello Balsamo 1988, pp. 365-391.

¹⁷¹ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración «iura et bona» sobre la eutanasia*, 5-V-1980, II. Véase también *Evangelium vitae*, n. 65 y *Catecismo*, n. 2277. La definición de la Declaración “Jura et bona” ha sido pacíficamente aceptada por la teología moral.

¹⁷² Hay que subrayar que la encíclica *Evangelium vitae* introduce una ligera variante en la definición de eutanasia. Mientras el texto latino de la Decl. *Jura et bona* dice: «Nomine euthanasiae significatur actio vel omissio quae suapte natura **vel** consilio mentis mortem affert, ut hoc modo omnis dolor removeatur. Euthanasia igitur in voluntatis proposito et procedendi rationibus, quae adhibentur, continetur», *Evangelium vitae*, n. 65 recita: «Sub nomine euthanasiae vero proprioque sensu accipitur actio vel omissio quae suapte natura **et** consilio mentis mortem affert ut hoc modo omnis dolor removeatur. “Euthanasia igitur in voluntatis proposito et procedendi rationibus, quae adhibentur, continetur” (*Jura et bona*, II)». La edición latina del *Catecismo della Iglesia Católica*, del 15 agosto 1997, posterior, por consiguiente, a *Evangelium vitae*, retoma la formulación de “Jura et bona”: «Sic actio vel omissio quae, ex se **vel** in intentione, mortem causat ad dolorem supprimendum, occasionem constituit dignitati personae humanae et observantiae erga Deum viventem, eius Creatorem, contrariam». Nos parece que la encíclica *Evangelium vitae* no ha intentado proporcionar una noción de eutanasia diversa de la propuesta antes por la declaración *Jura et bona*, retomada después por la edición típica

luntad de causar la muerte. Se trata de una acción o de una omisión que aquí y ahora tiene el fin de causar la muerte indolora de un ser humano para evitarle sufrimientos, sea a petición de ellos, sea por la consideración que a su vida le falta la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna.

Eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria – En relación a la voluntad del enfermo, se distingue entre eutanasia *voluntaria, no voluntaria e involuntaria*. La eutanasia voluntaria es pedida por el mismo enfermo, que trata de liberarse de sufrimientos o de un estado de invalidez que considera insostenible. Eutanasia no voluntaria es la practicada con enfermos que no están en condiciones de expresar la propia voluntad (personas en coma, neonatos, enfermos mentales). Se habla, por último, de eutanasia involuntaria cuando se realiza contra la voluntad del enfermo.

Eutanasia neonatal, terminal, psíquica, social y eugenésica –Según el estado del enfermo, se distingue la eutanasia *neonatal*, aplicada a niños deformes o incurablemente enfermos; *terminal*, aplicada a enfermos terminales o en agonía; *psíquica*, referida a enfermos mentales; *social o económica*, aplicada a enfermos considerados socialmente improductivos o gravosos; *eugenésica*, reservada a personas con enfermedades de transmisión hereditaria o realizada siguiendo un programa de mejoramiento de la raza.

Eutanasia activa y eutanasia por omisión – Desde el punto de vista del modo de realizarla, es posible distinguir la eutanasia realizada mediante una acción que causa la muerte, o mediante la omisión de un cuidado necesario para la vida. El hecho de que hoy la muerte es a menudo excesivamente medicalizada, y de que existen medios técnicos para prolongar precariamente la vida, a veces hace difícil distinguir entre la eutanasia y el legítimo rechazo o suspensión de cuidados inútiles o desproporcionados, es decir, el rechazo de lo que hoy es comúnmente denominado *encarnizamiento terapéutico*.

Medios terapéuticos ordinarios y extraordinarios, proporcionados y no proporcionados – La no siempre fácil distinción entre eutanasia por omisión y rechazo del encarnizamiento terapéutico se debe además al hecho de que los conceptos de medio proporcionado y desproporcionado, y ordinario y extraordinario, no están siempre bien definidos. Recientemente, M. Calipari ha hecho

del *Catecismo*. La encíclica de Juan Pablo II simplemente ha retocado la definición desde el punto de vista lingüístico, no conceptual y sustancial, con el fin de delimitar de modo explícito la precisa extensión de un pronunciamiento moral de gran valor doctrinal (cfr. *Evangelium vitae*, n. 65,4), cuya exacta comprensión requería no tanto la descripción de las diversas modalidades de actuación *de la eutanasia directa*, como la explicitación de las condiciones de conciencia personal bajo las cuales la eutanasia constituye siempre una culpa moral grave. Por eso, al afirmar que el pecado de eutanasia consiste en una acción u omisión que «suapte natura et consilio mentis mortem affert ut hoc modo omnis dolor removeatur», la encíclica *Evangelium vitae* ha intentado solamente afirmar explícitamente que *el pecado* de eutanasia — como cualquier otro pecado formal — implica necesariamente una elección deliberada y consciente, en este caso la elección deliberada y consciente de causar o anticipar la muerte, cualquiera sea su modalidad de actuación. No nos parece que la encíclica *Evangelium vitae* pretenda afirmar que el pecado de eutanasia requiera que la causación de la muerte, además de ser elegida deliberadamente, deba ser también el fin querido por el sujeto agente, por exasperación, por razones económicas, por desprecio de la vida humana, etc. El texto afirma claramente que en la eutanasia se presupone que la motivación subjetiva es «ut hoc modo omnis dolor removeatur».

una propuesta que merece atenta consideración¹⁷³. Según este autor, la proporcionalidad o desproporcionalidad de un medio de conservación de la vida indicará la adecuación o inadecuación “técnico-médica” de su uso, en relación a la obtención de un determinado objetivo de salud o de mantenimiento vital para el paciente¹⁷⁴. La valoración de la proporcionalidad de un medio terapéutico requiere una atenta consideración de elementos como la disponibilidad concreta, o la plausible obtención del medio, la actual posibilidad de usarlo adecuadamente, las expectativas razonables de real eficacia médica, los eventuales efectos colaterales negativos, los riesgos previsibles, la posibilidad actual de recurrir a alternativas terapéuticas de igual o mayor eficacia, los recursos sanitarios necesarios para el empleo del medio¹⁷⁵.

El carácter ordinario o extraordinario de un medio, en cambio, dice relación al paciente concreto y, desde este punto de vista, el carácter eventualmente extraordinario de un medio, está representado «por el hecho de que el paciente experimente, subjetivamente y en su situación concreta, una cierta imposibilidad (“*quaedam impossibilitas*”), física o moral, para emplearlo. Naturalmente, esta *imposibilidad* debe asumir para el paciente mismo un grado tal como para constituir un agravio excesivo respecto a sus recursos humanos actuales»¹⁷⁶. También en este caso, deben tomarse en consideración diversos elementos: esfuerzo, dolor, costos económicos para el paciente o su familia, gran temor o fuerte repugnancia, así como la previsión de riesgos, de una baja tasa de eficacia global en relación a los beneficios razonablemente esperados por el paciente, la creación de condiciones clínicas o humanas que impedirán al paciente el cumplimiento de deberes morales más graves o inaplazables¹⁷⁷.

Principios morales sobre la utilización de los medios terapéuticos – La citada *Declaración sobre la eutanasia* propone algunos criterios útiles de juicio, que no son otra cosa que la aplicación al problema del principio moral según el cual no existe el deber moral de recurrir o de mantener los medios terapéuticos extraordinarios y/o desproporcionados. Se proponen cuatro criterios:

- 1) «A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no estén libres de todo riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar así ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad».
- 2) «Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos».
- 3) «Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aun-

¹⁷³ Cfr. M. CALIPARI, *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico. Etica de-ll'uso dei mezzi terapeutici e di sostegno vitale*, San Pablo, Cinisello Balsamo (Milán) 2006.

¹⁷⁴ Cfr. *ibid.*, p. 152.

¹⁷⁵ Cfr. *ibid.*, pp. 154-157.

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 159.

¹⁷⁷ Cfr. *ibid.*

que ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad».

- 4) «Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo los cuidados normales debidos al enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro»¹⁷⁸.

Según estos criterios, no se puede considerar eutanasia por omisión el rechazo de reiterar tratamientos que se han demostrado inútiles desde el punto de vista terapéutico, y que son adoptados solamente para prolongar artificialmente por algún espacio de tiempo una vida en fase terminal por efecto de una enfermedad o de una condición de extremada vejez, para las cuales toda terapia ha demostrado no tener otro efecto que el de causar sufrimientos añadidos y quitar la necesaria serenidad al momento de la muerte. La suspensión de los tratamientos inútiles o desproporcionados no es eutanasia, porque la causa de la muerte es el curso natural de la enfermedad y no la suspensión de los tratamientos, porque no se pretende procurar la muerte, y finalmente porque responde al principio de aceptación de la muerte inevitable, a través de la cual toda persona debe pasar. Pero se debe notar que el rechazo del encarnizamiento terapéutico es distinto del abandono del enfermo terminal, al cual siempre se le deben los cuidados ordinarios (alimentación, higiene, cura del dolor), el acompañamiento humano y la ayuda psicológica, afectiva y espiritual¹⁷⁹.

b) La doctrina de la Iglesia sobre la eutanasia

Las enseñanzas de la Iglesia sobre la eutanasia son relativamente recientes. Durante siglos, el problema no se planteaba, puesto que, por un lado, el principio de la inviolabilidad de la vida humana hacía a todos evidente la ilicitud moral de toda forma de eutanasia y, por otro, la enseñanza cristiana sobre el sentido y el valor del sufrimiento era generalmente comprendida y aceptada. La doctrina cristiana afirma que todo esfuerzo para aliviar el dolor es apreciado como una obra de misericordia, y simultáneamente reconoce en el dolor un sentido redentor y de purificación, que permite al interesado aceptarlo como expiación de sus culpas, sin que por esto deba descuidar el empleo de los medios para evitarlo.

La primera intervención importante del Magisterio de la Iglesia en relación directa con la eutanasia es de Pío XII, en respuesta a las preguntas que le habían presentado sobre problemas morales que conlleva el empleo de calmantes que, como efecto secundario, podían acortar la vida¹⁸⁰. Pío XII se refirió al principio moral positivo de la caridad, indicando la licitud del empleo de medios que alivian el dolor aunque puedan producir el efecto secundario, no deseado, de acortar la vida del paciente. Así, recordó la importancia de hacer que el enfermo no sea reducido a un estado de inconsciencia que le impida el cumplimiento de los deberes de tipo religioso, moral, familiar y social, eco-

¹⁷⁸ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración "Jura et bona" sobre la eutanasia*, cit., IV.

¹⁷⁹ En los párrafos 12 y 13 nos ocuparemos de los problemas particulares que propone la determinación de la muerte y de la alimentación e hidratación artificiales.

¹⁸⁰ Cfr. Pío XII, *Discurso del 24.II.1957*: AAS 49 (1957) 147.

nómicos, etc. En los últimos treinta años, el Magisterio sobre temas vinculados a la eutanasia ha sido abundante. No se ha limitado a proporcionar una valoración moral, sino que ha expuesto también la motivación, y ha afrontado los nuevos problemas surgidos con el progreso de la medicina y la evolución de la cultura en el mundo occidental¹⁸¹.

Ya hemos citado la *Declaración "Jura et bona" sobre la eutanasia* publicada por la Congregación para la Doctrina de la Fe en 1980. Al afrontar el problema de la eutanasia, este documento responde también a las cuestiones que se proponen frecuentemente sobre el uso o abandono de los nuevos tratamientos médicos en el campo de la reanimación y de los cuidados intensivos. La segunda parte de la Declaración se centra sobre la eutanasia, confirmando su malicia intrínseca. Los motivos de este juicio están fundados en el principio de la inviolabilidad de la vida humana y en la dignidad de la persona, que ya hemos tratado precedentemente.

La encíclica *Evangelium vitae* es de gran importancia. Contiene un importante pronunciamiento doctrinal sobre la eutanasia: «de acuerdo con el Magisterio de mis Predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal»¹⁸². La valoración moral negativa de la eutanasia es propuesta como verdad definitiva e irreformable, garantizada por la infalibilidad ejercitada por el Magisterio ordinario universal de la Iglesia.

c) La reflexión ética

El estudio del principio de la inviolabilidad de la vida humana y del suicidio, hecho precedentemente¹⁸³, contiene todos los elementos relevantes. Quizá conviene añadir, ahora, algunas reflexiones sobre la eutanasia a solicitud del mismo enfermo. En el plano objetivo hay que considerar que, aun en los casos más extremos de personas abandonadas por todos, cuando la propia vida puede parecer más un peso que un beneficio para la sociedad, la muerte intencional de sí mismo es la negación del mismo sujeto moral, imagen del Dios vivo, por la cual se sustrae radicalmente a cualquier deber ético y, en particular, a los deberes éticos que la vida enferma y la aceptación de la muerte llevan consigo. Con el sujeto moral, el entero orden moral es negado objetivamente, lo cual es un mal cuya elección no puede ser justificada y con la cual no es lícito colaborar.

Los intentos de justificar éticamente la eutanasia responden a la idea de que la vida humana no es un bien intrínseco, sino más bien un valor extrínseco, algo que vale solamente en la medida en que es experimentado como bueno y digno de la persona interesada en base a sus propias ideas.

¹⁸¹ Entre las declaraciones más relevantes, podemos citar: PIO XII, *Discorso ai partecipanti nel Simposio Internazionale su Anestesia e persona umana*, 24-II-1957, en *Discorsi e messaggi di Pio XII*, Città del Vaticano 1957, vol. XVIII, pp. 779-799; PABLO VI, *Al Comitato Speciale dell'ONU*, 22-V-74, en *Insegnamenti di Paolo VI*, LEV, Città del Vaticano 1974, vol. 12, pp. 460-461; CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración "Jura et bona" sobre la eutanasia*, cit.; PONTIFICIO CONSEJO COR UNUM, *Questioni relative ai malati gravi e ai morenti*, 27-VI-1981; PONTIFICIA ACADEMIA PARA LA VIDA, *Considerazioni etiche sull'eutanasia*, 9-XII-2000; JUAN PABLO II, *Ai partecipanti nel 54° corso dell'Università Cattolica*, en *L'Osservatore Romano* 6-IX-1984, p. 3. Diversas Conferencias Episcopales han publicado cartas pastorales sobre el tema: Alemania Federal (1974), Gran Bretaña (1975), Irlanda (1975), Francia (1976 e 1979), Holanda (1985), España (1993), Bélgica (2002).

¹⁸² *Evangelium vitae*, n. 65.

¹⁸³ Cfr. supra, párrafos 2,3 y 4 b) del capítulo IV.

Fundamento de la prohibición de matar sería, entonces, la facultad de juzgar el valor de la propia vida, entendida como parte del derecho más general a la autodeterminación. La prohibición de matar no existiría para quien considerase que para él, ya no vale la pena continuar viviendo, y valorase la propia muerte como un bien. La pretensión de poder determinar la propia muerte no sería más que la última consecuencia del derecho a determinar la propia vida.

Del valor intrínseco de la vida humana nos hemos ocupado antes¹⁸⁴. Ahora se puede añadir, con Schockenhoff, que *la argumentación para sostener la eutanasia solicitada, depende de dos presupuestos*: «considerar el deseo de morir de un moribundo como la última expresión de su autodeterminación moral y de la posibilidad de que la satisfacción de ese deseo represente para él una ayuda real y, además, la única ayuda que podemos darle en su dolorosa situación. Ambos presupuestos resultan, sin embargo, desmesuradamente problemáticos, ya sea en cuanto a la posibilidad de su fundamentación filosófica, ya sea teniendo en cuenta la experiencia médica en contacto con los moribundos»¹⁸⁵.

Antes de expresarse libremente, la conciencia del enfermo sobre el valor de su propia vida sufriendo debe constituirse, y solo puede constituirse en un determinado contexto. La idea que el hombre tiene de sí mismo depende de lo que él es ante los ojos de los otros, y la valoración positiva o negativa de su situación puede ser, de alguna manera, una reacción a la valoración que él recibe en el juicio de los otros¹⁸⁶. Un contexto familiar y sanitario dominado por un concepto hedonista o utilitarista sobre el valor de la vida, y por consiguiente, favorable a la eutanasia a petición, suscitará el deseo de morir en el enfermo, que es inducido por el contexto a pensar que sus propios sufrimientos no son más que dolor para sí y fastidio para los médicos y familiares¹⁸⁷. La experiencia clínica demuestra que en el estadio avanzado de la enfermedad, la expresión del deseo de morir representa frecuentemente una velada petición de no ser abandonados ni en el plano terapéutico (terapia del dolor) ni en el del acompañamiento humano y afectivo.

Ni siquiera parece verdadera la idea de que la eutanasia sea la única y última ayuda que puede ofrecerse a un hombre para aliviar sus sufrimientos y para ayudarlo a morir de modo sereno y digno. La eutanasia tiene, más bien, el sabor de una derrota de los hombres y de la sociedad, que renuncian a recorrer el camino de la asistencia sanitaria y humana del moribundo, para la cual, la medicina paliativa dispone hoy de múltiples y eficaces recursos. En realidad, la aceptación social de la eutanasia comporta la parálisis de las investigaciones e inversiones en el ámbito de la asistencia a los moribundos y de los cuidados paliativos. Solamente cuando no existen o no se ofrecen propuestas eficaces de acompañamiento, la eutanasia puede aparecer al enfermo y a sus familiares como la única y más eficaz manera de llegar a una muerte digna y libre de sufrimientos insoportables.

d) Las leyes sobre la eutanasia

Los defensores de la legalización o despenalización de la eutanasia argumentan que una regulación legal de la eutanasia es hoy necesaria. Independientemente del modo de gestionar la enfermedad y la muerte que cada uno considere justo para sí mismo, tal regulación serviría al menos para garantizar la protección del derecho de toda persona a una muerte digna, defendiéndolo del encarni-

¹⁸⁴ Cfr. supra capítulo IV, parágrafo 2.

¹⁸⁵ E. SCHOCKENHOFF, *Etica della vita. Un compendio teologico*, cit., p. 345.

¹⁸⁶ Cfr. sobre todo esto E. SCHOCKENHOFF, *Etica della vita. Un compendio teologico*, cit., pp. 345ss.

¹⁸⁷ Interesantes reflexiones sobre este punto en D. LAMB, *Down the Slippery Slope: Arguing in Applied Ethics*, Routledge, Londres 1987, p. 48 y 65.

zamiento terapéutico o de cualquier inútil prolongación artificial de su vida, así como el derecho a la autodeterminación y a la libertad de elección de los pacientes en el momento de decidir a qué intervenciones y tratamientos deben someterse. Permitiría además mejorar las relaciones médico-paciente, desde el momento en que hace posible un diálogo más abierto sobre estos problemas, y se puede advertir al médico de que los sufrimientos de los enfermos pueden alcanzar límites insostenibles. En fin, la regulación legal evitaría suicidios irreflexivos e inexpertos, y proporcionaría a las autoridades instrumentos para eliminar las prácticas clandestinas.

*Frente a estos argumentos es preciso considerar el argumento de la “pendiente resbaladiza” (slippery slope)*¹⁸⁸. La argumentación afirma en sustancia que, una vez que, de hecho y sobre todo legalmente, es admitida la eutanasia para algunos casos-límite, se desemboca en una pendiente por la cual se desliza hacia abajo, más allá de todo control, y sin posibilidades de poner freno eficaz a los abusos. Es verdad que la argumentación ha sido criticada como exagerada y catastrófica¹⁸⁹. Pero el análisis de lo que está sucediendo en los países en los que la eutanasia ha sido legalizada o despenalizada (Holanda, Australia, Oregon, Bélgica) demuestra que el fenómeno de la “pendiente resbaladiza” es real¹⁹⁰. Una vez admitida la eutanasia, se pone en práctica más allá de los casos previstos por la ley, las medidas de prevención han sido ineficaces y las autoridades judiciales y políticas no han intervenido contra las infracciones. La tendencia ha sido más bien a ampliar siempre más la legislación permisiva (emblemático es el caso de Holanda) hasta llegar a la eutanasia efectuada contra la voluntad del enfermo. Justamente escribe Schockenhoff que «los límites iniciales y las distinciones cada vez más difíciles, que debían excluir un abuso en el plano lógico conceptual, no consiguen nunca delimitar claramente la idea de eutanasia desde *adentro*, desde cuando uno se siente autorizado a no tener más en cuenta la barrera *externa*, y a no considerar válida la prohibición de matar»¹⁹¹. Y nos parece igualmente justificada la conclusión a la que llega Ortega: la negatividad de los efectos de la admisión de la eutanasia es tal que exige al legislador «la limitación del ejercicio de la autodeterminación del enfermo en lo que se refiere al presunto derecho de decidir cómo y cuándo procurarse la muerte»¹⁹².

*La Iglesia Católica considera que las leyes que autorizan o toleran la eutanasia son contrarias al bien común, y por lo tanto deben considerarse leyes injustas*¹⁹³. Tal juicio posee una motivación ética y ético-política más que suficiente, cuyas bases racionales están expresadas con mucha claridad por E. Schockenhoff al afirmar que las contradicciones intrínsecas de la idea de eutanasia «nos han hecho ver que una liberalización de la muerte a voluntad fracasaría en su propio fin bajo un doble aspecto. La posibilidad de la eutanasia expone al moribundo a coerciones sociales que amena-

¹⁸⁸ Cfr. D. LAMB, *Down the Slippery Slope: Arguing in Applied Ethics*, cit.

¹⁸⁹ Para una primera información sobre las diversas posiciones, cfr. C. RYAN, *Pulling Up the Runway: the Effect of New Evidence on Euthanasia's Slippery Slope*, «Journal of Medical Ethics» 24 (1998) 341-344; R.G. FREY, *El temor a dar un paso hacia el abismo. La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*, Cambridge University Press, Madrid 2000; J.M. SERRANO, *Eutanasia y vida dependiente*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid 2000.

¹⁹⁰ Véase el óptimo estudio de I. ORTEGA, *La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia: ¿ilusión o realidad?*, cit., p. 121 (traducción nuestra).

¹⁹¹ E. SCHOCKENHOFF, *Etica della vita. Un compendio teologico*, cit., p. 351.

¹⁹² I. ORTEGA, *La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia: ¿ilusión o realidad?*, cit., p. 121 (traducción nuestra).

¹⁹³ Cfr. *Evangelium vitae*, n. 72. Véanse los comentarios de L. CICCONE, *L'eutanasia e il principio dell'inviolabilità assoluta di ogni vita umana innocente*, y de B. KIELY, *Il senso della sofferenza e della morte umana*, en E. SGRECCIA - R. LUCAS (edd.), *Commento interdisciplinare alla “Evangelium vitae”*, cit., pp. 453-466 e 683-693.

zan nuevamente su libertad; además, no representa ni una ayuda real, ni la única ayuda que podamos presarle en su dolorosa situación. A ello se añade, finalmente, el hecho de que el peligro de una regresión cultural a consecuencia de las posibilidades de abuso, así como la tentación del ambiente social de sobrepasar por la vía de la autodispensa del cumplimiento de deberes molestos, son en nuestra sociedad más grandes de lo que los fautores de la idea de la eutanasia quieren admitir»¹⁹⁴.

12. LA VERIFICACIÓN DE LA MUERTE

a) *El criterio neurológico para la verificación de la muerte*

El problema de la determinación del momento de la muerte tiene importantes repercusiones médicas, legales, sociales y religiosas. Se puede entender bien que el esfuerzo realizado en los últimos decenios para adecuar el concepto de muerte clínica a los más recientes desarrollos de la ciencia médica haya suscitado un interesante debate no sólo entre los médicos, que desean saber hasta cuándo continuar un determinado tratamiento, o cuándo pueden disponer de un órgano para un trasplante, sino también entre filósofos y teólogos¹⁹⁵.

El objeto de los recientes debates no es tanto el concepto filosófico de muerte, según el cual consiste en la separación del alma del cuerpo, sino en la verificación de la muerte clínica. Tradicionalmente, se identificaba con la interrupción irreversible de la respiración y de la circulación sanguínea. Los progresos de la medicina, y en particular de las técnicas de reanimación, han obligado a relativizar esta concepción. En efecto, si gracias a diversas técnicas puede volver a vivir un paciente que ha sufrido un paro cardio-respiratorio, es claro que este paro no puede identificarse siempre y de modo absoluto con la muerte. Estos hechos han desplazado la atención de la medicina del corazón al cerebro, formulando un criterio neurológico para la verificación de la muerte, sobre cuál ha habido, y en parte todavía existe una viva discusión que pone frente a frente concepciones diversas de la muerte. Se pueden registrar tres tendencias fundamentales:

- 1) Algunos autores comprenden la muerte como un *proceso* y no como un *evento*, basándose en el hecho de que en todos los tejidos del organismo suceden una serie de cambios degenerativos y destructivos normalmente consecuentes, pero a veces previos, al cesar irreversible de la respiración espontánea y de la circulación sanguínea; por ejemplo: la necrosis de células del cerebro y de otros órganos vitales, el enfriamiento, el *rigor mortis*, la lividez cadavérica, etc. Este tipo de procesos se prolongan durante años, a veces muchísimos, hasta que el esqueleto se desintegra.
- 2) Otros autores definen la muerte como *la pérdida irreparable de lo que es esencialmente significativo de la naturaleza humana*¹⁹⁶, es decir, de las funciones superiores de índole cognoscitiva, volitiva, y de establecer relaciones con el ambiente. Esta tesis parece contradecir el

¹⁹⁴ E. SCHOCKENHOFF, *Etica della vita. Un compendio teologico*, cit., p. 354.

¹⁹⁵ Aquí retomamos, con modificaciones y puesto al día, los elementos fundamentales de un estudio precedente: A. RODRÍGUEZ-LUÑO, *Rapporti tra il concetto filosofico e il concetto clinico di morte*, «Acta Philosophica» 1 (1992) 54-68. Sobre el problema, ver también: C. MANNI, *La morte cerebrale. Aspetti scientifici e problema etici*, «Medicina e Morale» 36/3 (1986) 495-499.

¹⁹⁶ Cfr. R. VEATCH, *Death, Dying and the biological Revolutio. Our Last Quest for Responsibility*, Yale University Press, New Haven 1976 (existe una "revised edition" del 1989).

sentido moral común y la praxis médica más habitual: no es común dudar si están vivos los pacientes en coma, o los que están en el llamado estado vegetativo persistente, los cuales, por haber sufrido daños en la corteza cerebral, parecen incapaces de actos conscientes, pero se encuentran en una situación estable en la cual se mantienen espontáneamente (sin ventilación mecánica) las otras funciones vitales.

- 3) Otros, por último, consideran que la muerte es un hecho que no se debe confundir ni con la agonía que la precede, ni con el consiguiente proceso de desintegración de células y tejidos (la muerte biológica). Estos autores definen la muerte como *la cesación permanente del funcionamiento del organismo humano como un todo*¹⁹⁷. Esto no significa que la muerte sea la cesación de la suma de las funciones de todos los órganos. La muerte es la interrupción permanente de las complejas relaciones funcionales entre los diversos órganos. El “funcionamiento del organismo como un todo” significa el mantenimiento de las relaciones espontáneas e innatas de los órganos presentes en el cuerpo. Más concretamente, deben subsistir las actividades espontáneas efectuadas por la integración de todos o de la mayoría de los subsistemas (por ejemplo, el control neuroendocrino) y algunas respuestas limitadas al ambiente (cambio de temperatura y reacciones a la luz y al sonido). Sin embargo, la integración de todos los subsistemas no es necesaria, porque algunos de ellos pueden ser sustituidos (*pacemaker*, etc.), sin que por eso deje de funcionar el organismo en su conjunto.

Los que sostienen la posición 1), consideran que fijaren un punto ese proceso gradual, como momento de la muerte, sería arbitrario, y por tanto no aceptan fácilmente el criterio neurológico. Sin entrar en el núcleo de la cuestión, se puede observar que esta posición se fija más en la muerte biológica que en la muerte clínica, y que resulta impracticable desde el punto de vista médico (¿hasta cuándo continuar las terapias?), legal (¿cuándo es ejecutivo un testamento?), social y religioso.

Para quienes siguen la posición 2), la muerte clínica consiste en la cesación irreversible del funcionamiento del cerebro solamente, o de la corteza cerebral (funciones superiores), porque entonces sería definitivamente perdido lo que es esencialmente significativo de la naturaleza humana. Como hemos mencionado antes, esta posición nonos parece aceptable.

Entre quienes aceptan la posición 3), hay dos posiciones:

- a) La más común sostiene que el ser humano está muerto sólo cuando se ha producido la cesación irreversible del funcionamiento de todo el encéfalo: cerebro, cerebelo y tronco encefálico (“muerte cerebral total”), porque sólo entonces se puede hablar de la cesación del funcionamiento del organismo como un todo. Esta posición ha sido asumida por la Asociación Médica Mundial (Declaración de Sidney, 1968, revisada en la XXXV Asamblea, en Venecia, 1983), por la Comisión convocada por el Presidente de los Estados Unidos de América y por la Pontificia Academia de las ciencias (octubre 1985)¹⁹⁸. La Comisión convocada por el Presidente de los Estados Unidos la expresa de la siguiente manera:

Un individuo que ha sufrido

¹⁹⁷Cfr. J.L. BERNAT, CH. CULVER, B. GERT, *On the definition and criterion of death*, «Annals of Internal Medicine» 94 (1981) 389-394.

¹⁹⁸ Cfr. PRESIDENT’S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Defining death*, US Government Printing Office, Washington 1981. El comunicado de la Academia Pontificia de las Ciencias se puede consultar en «L’Osservatore Romano» 31-X-1985.

- i) La cesación irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, o
- ii) la cesación irreversible de las funciones del encéfalo completo, está muerto.

El criterio i) se aplica a los pacientes no sometidos a reanimación. El criterio ii), a quienes están sometidos a ella. Se tiende a considerar el criterio ii) como el verdadero criterio de la muerte, ya que la cesación definitiva de la función cardíaca y respiratoria conduce rápidamente a la muerte encefálica¹⁹⁹.

- b) En Gran Bretaña, al contrario, la Conferencia de los Reales Colegios Médicos ha concentrado su atención sobre el criterio basado en la cesación irreversible del funcionamiento del tronco encefálico²⁰⁰. Los sostenedores de este criterio señalan que sin el funcionamiento del sistema reticular activador ascendente (ARAS), no sólo es imposible la conciencia, sino tampoco la respiración y la integración de las otras funciones vegetativas, por las cuales, una vez “muerto” el sistema reticular, el corazón y la corteza cerebral serán privadas del oxígeno y cesarán sus funciones, llegando a la muerte del completo encéfalo. La cesación de las funciones del tronco encefálico es considerada como el “núcleo fisiológico” de la muerte encefálica, y como la determinante de la cesación del funcionamiento del encéfalo en su conjunto.

La Comisión Presidencial de los Estados Unidos sostiene que el criterio inglés ofrece más bien una prognosis que un diagnóstico, es decir, considera un momento en el cual el proceso que conduce a la muerte es imparable, no la muerte sobrevenida. El criterio de la Comisión Presidencial se basa sobre la constatación de la “muerte” de todo el encéfalo; el criterio inglés sobre la constatación de la cesación del funcionamiento del encéfalo en su conjunto, ya que este funcionamiento integrado no puede existir si ha muerto el tronco encefálico. Los sostenedores de esta última opinión consideran que el criterio de la Comisión Presidencial como un exceso de cautela. Al contrario, los que no la aceptan podrían decir, por ejemplo, que es difícil considerar ya muerta a una persona con el tronco encefálico irreversiblemente dañado, cuya respiración es mantenida artificialmente, en cuya corteza cerebral el electroencefalograma registra todavía alguna actividad²⁰¹.

En todo caso, una vez aceptado un criterio neurológico para determinar la muerte clínica, deben ser individuadas las pruebas para verificar si un determinado paciente está muerto. Se trata de un tema excesivamente técnico, sobre el cual no somos competentes. Advertimos, sin embargo, que existen tres casos en los cuales el diagnóstico es especialmente difícil, para los cuales hay que emplear esquemas diagnósticos más complicados y en todo caso extrema cautela, ya que no son defini-

¹⁹⁹ Desde el punto de vista anatómico-patológico, la pérdida irreversible del funcionamiento del completo encéfalo (“morte encefálica”) ha sido considerada como una necrosis aséptica, collicuativa (Cfr. R. LINDBERG, *Sistemicoxigen deficiencies: the respirator brain*, in AA.VV., *Pathology of the Nervous System*, Mc Graw-Hill, New York 1971, pp. 1583-1617), debida al paro de la circulación encefálica, que se puede originar por un aumento anormal de la presión intracraneal o por un déficit de flujo (paro cardíaco, shock). El diagnóstico de muerte encefálica no se mira tanto al fenómeno de la necrosis, sino más bien a la irreversibilidad del paro circulatorio encefálico, a causa del fenómeno llamado “*the no-reflow phenomenon*”: llega un momento en el que, aunque se restableciese la actividad cardíaca, no se activaría de nuevo la circulación encefálica, por la falta de permeabilidad del estrato capilar encefálico. Hasta ahora la medicina no ha conseguido superar este fenómeno (Cfr. A. AMES III - R.L. WRIGHT - M. KOWADA - J.M. THURSTON - G. MAJNO, *Cerebral ischemia II. The no-reflow phenomenon*, «American Journal of Pathology» 52 (1968), pp.437-453).

²⁰⁰ Cfr. CONFERENCE OF MEDICAL ROYAL COLLEGES AND THEIR FACULTIES IN THE UNITED KINGDOM, *Diagnosis of brain death*, «British Medical Journal» (1976) n. 2, pp. 1187-1188; *Diagnosis of death*, «British Medical Journal» (1979), n. 1, p. 3320

²⁰¹ Cfr. D. LAMB, *Il confine della vita*, cit., pp. 85-91. Lamb es un convencido sostenedor de la tesis asumida por Inglaterra.

tivos los parámetros y los síntomas que en otras situaciones significan irreversibilidad. Estos casos son: 1) determinación de la muerte encefálica de los niños; 2) diagnóstico en caso de hipotermia; 3) diagnóstico en caso de intoxicación causada por drogas sedativas y anestésicas (barbitúricos, benzodiazepinas, etc.). La legislación estatal de cada país suele fijar algunos requisitos para la certificación de la muerte, sobre todo cuando se deben hacer trasplantes de órganos. Hay que observar, por último, que como en todo diagnóstico médico, también aquí se pueden verificar errores humanos, que llevan a considerar muerto a quien en realidad está vivo (falso positivo), o a considerar vivo a quien en realidad está muerto (falso negativo). Pero el error de diagnóstico del médico en un caso concreto, no implica necesariamente que el criterio de muerte aceptado no sea válido, así como el error en el diagnóstico de hepatitis de un enfermo por parte de un médico en un caso concreto, no significa que los conocimientos de la medicina actual sobre la hepatitis no sean exactos.

b) Consideraciones antropológicas

Desde el punto de vista antropológico, se puede afirmar que del hecho de que un individuo de la especie humana permanezca permanente e irreversiblemente imposibilitado de ejercitar las facultades racionales, no es legítimo concluir que este individuo no es una persona humana viva o que no posee un alma racional. El alma se define, ya desde Aristóteles, como *el acto primero de un cuerpo natural organizado*²⁰² o como *aquello por lo cual primeramente vivimos, cambiamos de lugar, y comprendemos*²⁰³. Los términos “primero” y “primariamente” aluden a la distinción entre el alma y las potencias operativas, que responde a la misma condición metafísica de creatura (no identidad entre ser y obrar, etc.). El alma es *acto primero*, las operaciones vitales son *acto segundo*. Eso quiere decir que, cuando se realiza una operación vital, hay ciertamente un paso de la potencia al acto, pero lo que pasa de la potencia al acto no es el alma, sino la potencia operativa (inteligencia, voluntad, etc.). La imposibilidad de conocer implica la imposibilidad de que la inteligencia pase al acto, pero no quita al alma nada de su actualidad, porque el acto (primero) del alma no es la operación (acto segundo).

Sólo cuando desaparece la vida *en acto primero* — de la cual, el alma es el primer principio — podemos decir que el alma se ha separado del cuerpo. La imposibilidad de ejercitar algunas operaciones (*actos segundos*) no permite afirmar la separación del alma. El alma debe ponerse en relación con la vida (en *acto primero*), por lo cual sólo una lesión orgánica que cause el fin de la vida del entero organismo, y no solo el fin de las operaciones de una facultad, causa también la separación del alma. El alma no es una determinada estructuración del cuerpo, es más bien su causa, y hace que este cuerpo organizado funcione como un todo. Es propio del alma animar y unificar el conjunto, hacer de principio unificador de las partes del todo. Si la presencia del alma causa y si manifiesta en el funcionamiento del organismo como un todo, hay que decir también que *la manifestación fenomenológica más característica de la separación del alma es la cesación del funcionamiento del organismo como totalidad unificada*.

Hay que tener presente, sin embargo, que cuando el alma humana se separa del cuerpo, éste no se desintegra instantáneamente, sino que cesa de comportarse como un todo. No parece razonable hablar de forma sustancial de cadáver²⁰⁴, como si el cadáver tuviera la unidad propia de una sustancia viva. El cadáver, como tal, está muerto. En él puede haber todavía vida en sentido biológico

²⁰² ARISTÓTELES, *De anima*, II, 1, 412 a 27 e b 5.

²⁰³ *Ibid.*, II, 2, 414 a 12.

²⁰⁴ Cfr. P. SIWEK, *Psychologia Metaphysica*, 5ª ed., PUG, Roma 1956, p. 539

(vida de células, de agrupaciones de células o tejidos), que se regula según las leyes propias de este tipo de vida, pero en él no está la vida propia del organismo humano. No hay nada de extraño en que si un órgano o una célula reciben oxígeno y alimentación, este órgano o esta célula permanezca preservada de la putrefacción por algún tiempo, poco o mucho. Es una cuestión de biología elemental (citología) o quizá de bioquímica, pero no de zoología ni de antropología. Es decir, las estructuras orgánicas formadas y vivificadas en otro tiempo por el alma humana, pueden conservar por algún tiempo, si se dan las condiciones adecuadas, su consistencia biológica y bioquímica propia, de acuerdo con las leyes generales de la biología inferior y de la bioquímica, pero esto no significa que esté vivo el organismo superior del cual tales células y órganos formaban parte. Por eso, no parece adecuada, a efectos clínicos, la posición de quienes conciben la muerte como un proceso en el cual no es posible determinar un momento particularmente relevante desde el punto de vista clínico, social o legal.

c) Valoración final

Si el modo en que hemos relacionado las consideraciones médicas con las filosóficas es correcto, el concepto de muerte como pérdida irreparable de lo que es esencialmente significativo de la naturaleza humana y el criterio cínico consecuente (cesación irreversible de las funciones del sólo cerebro), nos parece incompatible con la concepción filosófica que a nuestro juicio mejor se adecua a la realidad del ser humano. El concepto de muerte como la cesación permanente del funcionamiento del organismo humano como un todo, nos parece, en cambio, adecuada desde el punto de vista de sus presupuestos o implicaciones filosóficas. En nuestra opinión, *la cesación irreversible de las funciones del entero encéfalo puede ser aceptado como criterio neurológico válido para la verificación de la muerte clínica*. Queda fuera de nuestra competencia expresar un juicio sobre el valor de las pruebas que exigen las legislaciones de los diversos países para llegar al diagnóstico de muerte. Tampoco nos sentimos competentes para expresar un juicio definitivo sobre la tesis que adopta como criterio de muerte la cesación irreversible de las funciones del tronco encefálico, aunque tal criterio suscita en nosotros fuertes perplejidades y no nos parece actuable en la práctica mientras que tales perplejidades no se resuelvan.

El criterio neurológico considerado aceptable por nosotros ha sido ampliamente aceptado en el ámbito médico internacional. También el magisterio ordinario de la Iglesia se ha referido con mucha prudencia al problema, en sentido prudentemente positivo. Vale la pena citar aquí enteramente las palabras de Juan Pablo II: «Es bien sabido que, desde hace tiempo, diferentes motivaciones científicas para la certificación de la muerte han desplazado el acento de los tradicionales signos cardio-respiratorios al así llamado criterio "neurológico", es decir, a la comprobación, según parámetros claramente determinados y compartidos por la comunidad científica internacional, de la cesación total e irreversible de toda actividad cerebral (en el cerebro, en el cerebelo y en el tronco encefálico). Esto se considera el signo de que se ha perdido la capacidad de integración del organismo individual como tal.

Frente a los actuales parámetros de certificación de la muerte —sea los signos "encefálicos" sea los más tradicionales signos cardio-respiratorios—, la Iglesia no hace opciones científicas. Se limita a cumplir su deber evangélico de confrontar los datos que brinda la ciencia médica con la concepción cristiana de la unidad de la persona, poniendo de relieve las semejanzas y los posibles conflictos, que podrían poner en peligro el respeto a la dignidad humana.

Desde esta perspectiva, se puede afirmar que el reciente criterio de certificación de la muerte antes mencionado, es decir, la cesación *total e irreversible* de toda actividad cerebral, si se aplica escrupulosamente, no parece en conflicto con los elementos esenciales de una correcta concepción antropológica. En consecuencia, el agente sanitario que tenga la responsabilidad profesional de esa certificación puede basarse en ese criterio para llegar, en cada caso, a aquel grado de seguridad en el juicio ético que la doctrina moral califica con el término de "certeza moral". Esta certeza moral es necesaria y suficiente para poder actuar de manera éticamente correcta. Así pues, sólo cuando exista esa certeza será moralmente legítimo iniciar los procedimientos técnicos necesarios para la extracción de los órganos para el trasplante, con el previo consentimiento informado del donante o de sus representantes legítimos»²⁰⁵.

*Sin embargo, debemos registrar que se han planteado dudas y perplejidades sobre la validez del criterio neurológico para la verificación de la muerte clínica*²⁰⁶. Algunos autores afirman que el criterio de la muerte encefálica resulta inadecuado o insuficiente para garantizar la certeza moral de la muerte real de la persona. La objeción es sostenida por estudios que han presentado algunos casos de pacientes que habían sido considerados "cerebralmente muertos", pero que todavía daban señales indudables de vida²⁰⁷. Sin embargo, después de un atento estudio, se demostró que tales casos o no estaban bien documentados, o eran casos de incorrecta aplicación de los criterios neurológicos, con consecuente error en la diagnosis de muerte cerebral²⁰⁸.

La objeción más importante es la que pone en duda el rol integrador del encéfalo. Siendo verdad que, sobre todo con la ayuda de la ventilación mecánica, la degradación de algunas funcionalidad o subsistemas puede ser progresiva, y no puntual, también es verdad que la condición de muerte encefálica señala un punto de no retorno absolutamente irreversible²⁰⁹. Ciertamente, no somos competentes para valorar todos los aspectos científicos, y considerar cerrada la cuestión. *Sin embargo, opinamos que la idea, hoy ampliamente compartida en el ámbito médico, de que el criterio neurológico, si está bien aplicado, es idóneo para la verificación de la muerte, puede ser aceptada, al menos mientras no se produzcan evidencias en sentido contrario.*

Consideramos, con todo, que *se podrían evitar críticas y sospechas, si fueran respetados los aspectos más intuitivos de la cuestión*. Lo que suscita mayor perplejidad, y a veces escándalo, es la ablación de órganos de cadáver con el corazón todavía latiendo. La respuesta a la objeción contra la "muerte cerebral" suscitada por este tipo de ablación no tiene presente, en nuestra opinión, el aspecto intuitivo del problema. En este caso concreto, en efecto, el nuevo criterio de diagnosis de la muerte (la llamada muerte encefálica) no sólo es diverso y más avanzado respecto al tradicional (definitivo paro cardiaco y respiratorio), sino que es usado de tal modo que *se opone* al criterio tradicional, chocando con una evidencia ética intuitiva secular. Según al uso del nuevo criterio, no es

²⁰⁵ JUAN PABLO II, *Discurso al 18º Congreso Internacional de la Sociedad de los Trasplantes*, 29 agosto 2000, n. 5. Cfr. en sentido análogo PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano 1995, n. 87.

²⁰⁶ Cfr. por ejemplo S.J. YOUNGNER, *Defining death. A superficial and fragile consensus*, «Archives of Neurology» 49 (1992) 570-572; P.A. BYRNE – S.O. REILLY – P.M. QUAY, *Brain death: an opposing viewpoint*, «JAMA» 242/18 (1979) 1985-1990.

²⁰⁷ Cfr. por ejemplo D.A. SHEWMON, *Chronic "brain death". Meta-analysis and conceptual consequences*, «Neurology» 51/6 (1998) 1538-1545; T. YOSHIOKA – H. SUGIMOTO – M. UENISHI, ET AL., *Prolonged hemodynamic maintenance by the combined administration of vasopressin and epinephrine in brain death: a clinical study*, «Neurosurgery» 18/5 (1986) 565-567.

²⁰⁸ Cfr. E.F.M. WIJDEKES – J.L. BERNAT, *Chronic "brain death": meta-analysis and conceptual consequences. To the Editor*, «Neurology» 53/6 (1999) 1369-1372.

²⁰⁹ Téngase presente lo dicho antes en la nota 199.

verdad que una persona cuyo corazón late espontáneamente (pero que no respira espontáneamente) no pueda ser considerada muerta. Aunque científicamente esto admite explicaciones plausibles, intuitivamente no es admisible para los familiares, parte del personal médico y de enfermería, etc. Y este aspecto intuitivo tiene una relevancia humana y ética. En definitiva, para nosotros, que estamos convencidos de la validez del criterio neurológico para la verificación de la muerte, la prisa excesiva de los médicos que quieren proceder a la ablación, provoca fuertes perplejidades, y se puede entender que tal prisa cree cierto escándalo y haga difícil la aceptación del criterio neurológico.

13. LA ALIMENTACIÓN Y LA HIDRATACIÓN ARTIFICIAL

a) *El problema ético*

El problema que ahora debemos estudiar es el de la licitud o no de suspender la alimentación e hidratación artificial a enfermos que se hallan en una situación de estado vegetativo persistente o en otras situaciones análogas. Se trata de enfermos que han perdido irreversiblemente las funciones superiores (o al menos, así lo parece), que se encuentran en situación estable que puede prolongarse por mucho tiempo, y que mantienen espontáneamente (sin ventilación mecánica) las otras funciones vitales. Estos pacientes no pueden alimentarse por sí solos, y tienen necesidad de que le suministren alimentos y líquidos por vía parenteral, sonda gástrica, etc. De otra manera, mueren por inanición y deshidratación.

El “estado vegetativo persistente” o “síndrome apálica” implica la muerte de la corteza cerebral, pero no la muerte encefálica (o “muerte cerebral total”). Consiste en una alteración causada por un daño estructural de la corteza cerebral, que origina una grave mutación del funcionamiento coordinado de ambos hemisferios cerebrales y del cerebro medio, mientras permanece una actividad del tronco encefálico, suficiente para sostener las funciones vegetativas espontáneas. Es una situación clínica diferente del *coma dépassé*. El cuadro clínico de la síndrome apálica se caracteriza por la ausencia permanente de conciencia²¹⁰ y por la permanencia de las funciones vegetativas y de los reflejos. Si se suministra al paciente algún alimento, el sistema digestivo funciona, los riñones producen orina, etc. El corazón y los pulmones funcionan normalmente (no hay necesidad de ventilación mecánica). Existen los reflejos espinales y los del tronco encefálico: fotomotores, de deglución, óculo-auditivos, movimientos del ojo, movimientos de respiración, etc. Si se les suministran los debidos cuidados, estos pacientes pueden permanecer en vida (sin necesidad de asistencia respiratoria) durante mucho tiempo. Aunque la experiencia sobre este tipo de pacientes es todavía limitada, parece que se puede saber con seguridad en qué casos la reparación de los daños neurológicos será imposible. No obstante, la experiencia demuestra que es necesaria mucha prudencia y una observación prolongada antes de diagnosticar un estado vegetativo persistente, especialmente cuando se trata de daños de origen hipóxico en pacientes jóvenes.

Quienes identifican la pérdida irreversible de las funciones superiores con la muerte del hombre, consideran que es lícito no proceder a la alimentación e hidratación artificial de estos enfermos, o suspenderlas si se habían comenzado. En el párrafo precedente hemos mostrado que esta concepción de la muerte del hombre no nos parece aceptable. Quienes se hallan en estado vegetativo persistente son seres humanos vivos y como tales deben ser tratados.

²¹⁰ Cfr. D.H. INGVAR ET AL., *Survival after severe cerebral anoxia with destruction of the cerebral cortex: The Apallic Syndrome*, «Annals of the New York Academy of Sciences» 35 (1978) 184; R. PROIETTI, *Stato vegetativo e morte cerebrale*, en AA.VV., *Né accanimento né eutanasia*, «Quaderni di Scienza e Vita» 1, Roma 2006, 45-53.

También algunos autores que no comparten la recién citada concepción de la muerte, consideran que la alimentación y la hidratación artificiales no son obligatorias y pueden ser suspendidas, porque se trataría de medios extraordinarios desproporcionados, que constituyen un peso excesivo para los familiares y para la sociedad, y que solamente garantizan la prolongación de una vida precaria²¹¹.

Sobre este problema ha habido un debate muy vivaz, también a causa de algunos casos que han impactado la opinión pública. También el Magisterio de la Iglesia ha intervenido varias veces, siempre de forma más explícita²¹².

Los teólogos católicos que piensan que la alimentación y la hidratación artificial de estos pacientes puede ser interrumpida, consideran que tal posición puede fundarse en las enseñanzas de Pío XII sobre la legitimidad de renunciar a los medios extraordinarios para la conservación de la vida. Más en concreto, se remiten a la Alocución de Pío XII del 24 de noviembre de 1957, dirigida a un Congreso de Anestesiología²¹³. Las cuestiones propuestas a Pío XII se referían a las técnicas de reanimación y, más concretamente, al uso de los ventiladores que sostienen artificialmente la respiración. Si se sabe o se piensa razonablemente que el enfermo, después de las prácticas de reanimación y después de haber transcurrido un prudente periodo de tiempo, no es capaz de retomar naturalmente la respiración, en realidad puede ser declarado clínicamente muerto, y por tanto se pregunta justamente hasta cuándo debe mantenerse vinculado al ventilador artificial. Pero el problema de la alimentación e hidratación artificiales es completamente diferente. La alimentación no es reanimación. Los enfermos en estado vegetativo persistente respiran espontáneamente, sin la ayuda de ningún ventilador, digieren naturalmente los alimentos, desarrollan otras funciones metabólicas, etc. No consiguen, sin embargo, alimentarse solos. Si no se les proporciona alimento y líquido, mueren, y la causa de su muerte no es una enfermedad o el estado vegetativo persistente, sino únicamente la inanición y la deshidratación.

Por otra parte, no convencen las razones por las que se piensa que la alimentación y la hidratación artificiales son un medio extraordinario no obligatorio. Examinemos las razones que podrían adoptarse:

- 1) Porque es muy caro. Hoy, esto no parece verdad. Los modernos medios de alimentación artificial tienen costos muy reducidos, están al alcance de cualquier sistema sanitario de tipo medio, y no exigen la hospitalización del enfermo.
- 2) Porque impone un peso muy grande a los familiares. La alimentación artificial en sí, no es un peso gravoso, sobre todo si se puede disponer de los más modernos sistemas de nutrición parenteral (particularmente la PEG: *Percutaneous Endoscopic Gastronomy*²¹⁴). Es un peso relevante, en cambio, el hecho de tener un pariente en estado vegetativo persistente durante

²¹¹ Ofrece una buena visión de conjunto del problema W.E. MAY, *Caring for persons in the persistent vegetative state and Pope John Paul II's March 20, 2004 address on life's sustaining treatments and the vegetative state*, «Medicina e Morale» 55/3 (2005) 533-553. Véase también D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato 2000, pp. 515-523.

²¹² La intervención más reciente es: CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Respuesta a preguntas de la Conferencia episcopal norteamericana acerca de la alimentación e hidratación artificial*, 1-VIII-2007. Las respuestas van acompañadas de una Nota ilustrativa, que hemos tenido presente para escribir estas páginas.

²¹³ Cfr. AAS 49 (1957) sobre todo 1029-1030.

²¹⁴ Cfr. A. DI VINCENZO, *La nutrizione artificiale*, en AA.VV., *Né accanimento né eutanasia*, cit., 55-61. La PEG tiene costos muy reducidos, puede ser gestionada fácilmente a domicilio, no causa dolores, su colocación inicial es bastante simple y no requiere anestesia general.

meses o incluso años. Pero es un peso semejante al de tener un pariente paralítico, tetrapléjico, con una enfermedad mental grave, etc. Hay personas que tienen necesidad de una asistencia continuada. Las enseñanzas de Pío XII no pueden ser interpretadas, por razones bastante obvias, en el sentido de que entonces es lícito dejar morir de hambre y de sed a los enfermos que reclaman cuidados continuos por parte de su familia. No es este el sentido en el cual Pío XII hablaba de medios extraordinarios.

- 3) Porque es inútil. Tampoco esta objeción parece verdadera. Es un medio claramente proporcionado a su fin: impedir que el enfermo en situación estable muera por inanición o deshidratación. No trata de ser una terapia resolutive del estado vegetativo persistente, sino un medio ordinario y mínimo para el mantenimiento de la vida.
- 4) Porque, como dijo Pío XII, la vida y la salud están ordenadas a los fines espirituales, y la alimentación y la hidratación de los enfermos en estado vegetativo persistente no les permite realizar actividades superiores y, por lo tanto, tampoco pueden alcanzar fines espirituales. A juicio de W.E. May, esta es la interpretación que sostiene la tesis de quienes piensan que no es obligatoria la alimentación e hidratación artificiales. Pero que la alimentación y la hidratación artificiales en muchos casos no permitan recuperar el uso de las funciones superiores, no significa que estos cuidados sean extraordinarios o desproporcionados. Son cuidados perfectamente proporcionados a su fin de sostener la vida y evitar la muerte por inanición y deshidratación, y son ordinarios porque no comportan graves pesos desde el punto de vista físico ni económico.

Este juicio podría ser diverso solo en algunos casos particulares, en los cuales el enfermo, no a causa del estado vegetativo persistente, sino por otras complicaciones o circunstancias que sobrevienen, no pueda asimilar el alimento y los líquidos (entonces, es inútil suministrárselos), o los líquidos son nocivos para él, o el procedimiento de administración se vuelve muy complicado, costoso o doloroso. Corresponde a los médicos aclararse si estos casos son frecuentes o raros²¹⁵.

b) La posición del Magisterio de la Iglesia

Poco a poco, en los documentos del Magisterio de la Iglesia se ha afirmado cada vez más claramente que la alimentación y la hidratación artificiales son, en principio, cuidados ordinarios debidos a todo enfermo. Esto parece deberse al hecho de que en varios países ha sido introducida gradualmente la praxis de abandonar a los pacientes en estado vegetativo persistente o en situaciones análogas, con el fin de evitar al personal sanitario y a los familiares el peso que la asistencia de tales pacientes supone. Se ha llegado así a verdaderas formas de eutanasia por omisión de los cuidados ordinarios (muerte por inanición y deshidratación).

En la Nota ilustrativa de la Congregación para la Doctrina de la Fe (1-VIII-2007), a la que nos referimos un poco antes, se presentan las intervenciones del Magisterio sobre el tema desde 1980 hasta nuestros días. Aquí, solamente nos referiremos a los tres más recientes. En un Discurso a un grupo de Obispos de Estados Unidos en visita *ad limina*, Juan Pablo II hizo presente que la alimentación y la hidratación deben considerarse como un medio ordinario para conservar la vida. Es ina-

²¹⁵ Véanse también las interesantes y justas reflexiones del COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA DELLA REPUBBLICA ITALIANA, *L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente*, 30-IX-2005.

ceptable interrumpirlas o no suministrarlas si de tal decisión se sigue la muerte del paciente. Estaremos frente a una eutanasia por omisión²¹⁶.

La toma de posición de Juan Pablo II – El problema lo afrontó de modo más amplio el mismo Juan Pablo II en el discurso del 20 de marzo de 2004, dirigido a los participantes en un congreso Internacional sobre “Los tratamientos de mantenimiento vital y el estado vegetativo. Progresos científicos y dilemas éticos”. Después de haber hablado de la necesidad y de las especiales dificultades para diagnosticar el estado vegetativo persistente, y de precisar que la calificación de “persistente” está fundada en una prognosis, que puede estar errada, destaca los siguientes puntos:

- 1) Con respecto a quienes ponen en duda la misma “calidad humana” del paciente en estado vegetativo persistente, Juan Pablo II siente «el deber de reafirmar con vigor que el valor intrínseco y la dignidad personal de todo ser humano no cambian, cualesquiera que sean las circunstancias concretas de su vida. *Un hombre, aunque esté gravemente enfermo o se halle impedido en el ejercicio de sus funciones más elevadas, es y será siempre un hombre; jamás se convertirá en un "vegetal" o en un "animal"»*²¹⁷. Juan Pablo II indica aquí cuál es la cuestión de fondo: la errónea idea de que la vida de un hombre en estado vegetativo persistente esté privada de valor.
- 2) «El enfermo en estado vegetativo, en espera de su recuperación o de su fin natural, tiene derecho a una asistencia sanitaria básica (alimentación, hidratación, higiene, calefacción, etc.), y a la prevención de las complicaciones vinculadas al hecho de estar en cama. Tiene derecho también a una intervención específica de rehabilitación y a la monitorización de los signos clínicos de eventual recuperación. En particular, quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un *medio natural* de conservación de la vida, no un *acto médico*. Por tanto, su uso se debe considerar, en principio, *ordinario y proporcionado*, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos»²¹⁸.
- 3) Inmediatamente después, Juan Pablo II asume e interpreta en este sentido los documentos precedentes de la Santa Sede: «la obligación de proporcionar "los cuidados normales debidos al enfermo en esos casos" (Congregación para la doctrina de la fe, *Iura et bona*, p. IV),

²¹⁶ «Mientras se desarrolla el testimonio ecuménico en defensa de la vida, es necesario poner gran empeño pedagógico para aclarar la diferencia moral sustancial entre la interrupción de tratamientos médicos que pueden ser gravosos, peligrosos o desproporcionados con respecto a los resultados esperados, lo que el *Catecismo de la Iglesia Católica* llama «encarnizamiento terapéutico» (n. 2278; cf. *Evangelium vitae*, n. 65), y la supresión de los medios ordinarios para conservar la vida, como la alimentación, la hidratación y los cuidados médicos normales. La declaración de la Comisión pro-vida del Episcopado norteamericano, *Nutrición e hidratación: consideraciones morales y pastorales*, pone correctamente de relieve que hay que rechazar la suspensión de la alimentación y de la hidratación encaminada a causar la muerte de un paciente, y que, teniendo cuidadosamente en cuenta todos los factores implicados, debería proporcionarse la alimentación y la hidratación asistidas a todos los pacientes que las necesiten. Olvidar esta distinción significa crear innumerables injusticias y muchas angustias adicionales, que afectan tanto a quienes ya sufren por la falta de salud o por el deterioro propio de la edad, como a sus seres queridos» (JUAN PABLO II, *Discurso a los Obispos de la Conferencia Episcopal de los Estados Unidos de América [California, Nevada y Hawaii]*, 2-X-1998, n.4.

²¹⁷ JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en un Congreso sobre “Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo”, 20-III-2004*, n. 3

²¹⁸ *Ibid.*, n. 4.

incluye también el empleo de la alimentación y la hidratación (cf. Consejo pontificio "Cor unum", *Dans le cadre*, 2. 4. 4; Consejo pontificio para la pastoral de la salud, *Carta de los agentes sanitarios*, n. 120). La valoración de las probabilidades, fundada en las escasas esperanzas de recuperación cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, no puede justificar éticamente el abandono o la interrupción de los *cuidados mínimos* del paciente, incluidas la alimentación y la hidratación. En efecto, el único resultado posible de su suspensión es la muerte por hambre y sed. En este sentido, si se efectúa consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión²¹⁹. Por eso cita enseguida *Evangelium vitae*, n. 65.

- 4) « Por otra parte, es conocido el principio moral según el cual incluso la simple duda de estar en presencia de una persona viva implica ya la obligación de su pleno respeto y de la abstención de cualquier acción orientada a anticipar su muerte»²²⁰.

El significado del discurso es suficientemente claro y, además, conforme al buen sentido: es indigno que en un hospital de un país civil muera de hambre y de sed un hombre que, por sus condiciones, está confiado a los médicos y a los familiares. Si especiales y raras condiciones patológicas hacen imposible la asimilación de alimento y líquido, entonces la muerte es causada por esta particular patología, y no por la suspensión voluntaria de la alimentación y de la hidratación.

El pronunciamiento de la Congregación para la Doctrina de la Fe – Veamos, por último, las respuestas de la Congregación para la Doctrina de la Fe del 1-VIII-2007. En la respuesta a la primera pregunta se afirma que «suministrar alimento y agua, incluso por vía artificial, es, en principio, un medio ordinario y proporcionado para la conservación de la vida. Por lo tanto es obligatorio en la medida y mientras se demuestre que cumple su propia finalidad, que consiste en procurar la hidratación y la nutrición del paciente. De ese modo se evita el sufrimiento y la muerte derivados de la inanición y la deshidratación». En la segunda cuestión se pregunta «si la nutrición y la hidratación se suministran por vías artificiales a un paciente en “estado vegetativo permanente”, pueden ser interrumpidos cuando los médicos competentes juzgan con certeza moral que el paciente jamás recuperará la consciencia». La respuesta es negativa, y es así fundamentada: «Un paciente en “estado vegetativo permanente” es una persona, con su dignidad humana fundamental, por lo cual se le deben los cuidados ordinarios y proporcionados que incluyen, en principio, la administración de agua y alimentos, incluso por vías artificiales».

Las respuestas afirman con claridad que la alimentación y la hidratación artificiales deben considerarse cuidados (no terapias) ordinarias y proporcionadas de mantenimiento vital mínimo, y por consiguiente son *en principio* moralmente obligatorias. La Nota ilustrativa explica el sentido exacto de la cláusula “en principio”: «Al afirmar que suministrar alimento y agua es, *en principio*, moralmente obligatoria, la Congregación para la Doctrina de la Fe no excluye que, en alguna región muy aislada o extremadamente pobre, la alimentación e hidratación artificiales puede que no sean físicamente posibles, entonces *ad impossibilia nemo tenetur*, aunque permanece la obligación de ofrecer los cuidados mínimos disponibles y de buscar, si es posible, los medios necesarios para un adecuado mantenimiento vital. Tampoco se excluye que, debido a complicaciones sobrevenidas, el paciente no pueda asimilar alimentos y líquidos, resultando totalmente inútil suministrárselos. Finalmente, no se descarta la posibilidad de que, en algún caso raro, la alimentación e hidratación artificiales

²¹⁹ *Ibidem*.

²²⁰ *Ibidem*.

puedan implicar para el paciente una carga excesiva o una notable molestia física vinculada, por ejemplo, a complicaciones en el uso del instrumental empleado. Estos casos excepcionales nada quitan, sin embargo, al criterio ético general, según el cual la suministración de agua y alimento, incluso cuando hay que hacerlo por vías artificiales, representa siempre un *medio natural* de conservación de la vida y no un *tratamiento terapéutico*. Por lo tanto, hay que considerarlo *ordinario* y *proporcionado*, incluso cuando el “estado vegetativo” se prolongue».

14. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA

a) Principios generales

Hasta hace algunas décadas, la atención de los estudiosos a la objeción de conciencia estaba prevalentemente orientada a la que se refiere al servicio militar y al aborto quirúrgico. La puesta a punto de los fármacos abortivos, el desarrollo de investigaciones biomédicas y técnicas de procreación asistida que implican la destrucción de embriones humanos, y la difusión de prácticas de esterilización y de eutanasia, en ocasiones legalizadas, han hecho necesaria y urgente una consideración más amplia de la objeción de conciencia sanitaria.

Ya en la época apostólica, las comunidades cristianas se enfrentaron con diversos problemas morales vinculados al hecho de tener que interactuar con los no cristianos. *En la Sagrada Escritura no se encuentra el concepto técnico de objeción de conciencia, pero sí la actitud que constituye su substancia*. Existe la clara conciencia de que «Hay que obedecer a Dios antes que a los hombres»²²¹ y que la conciencia no contaminada tiene un valor intrínseco y ejemplar²²². No es sorprendente ni descorazonador el hecho de que exista una diferencia e incluso contraposición entre “los de fuera” y “los de adentro” por lo que se refiere a la rectitud moral²²³. El hecho de que en los tiempos apostólicos los cristianos se debieran confrontar con una sociedad pagana todavía no cristianizada, mientras hoy, en algunos países, se confrontan con una sociedad y una cultura que ha sido cristiana pero que en muchos aspectos se aleja de Cristo o está, por lo menos, extremadamente tibia, no cambia la esencia del problema. «Los de adentro» no se conforman a la mentalidad del siglo, sino que saben siempre discernir lo que es bueno y agradable a Dios²²⁴. El comportamiento de «los de afuera» no solamente no justificaría de ningún modo un comportamiento similar por parte de “los de adentro”, sino que ni siquiera puede ser aprobado por estos últimos. Los cristianos deben ser «sin tacha en

²²¹ *Hch* 5, 29. Cfr. también *Hch* 4, 19.

²²² Cfr. R. PETRAGLIO, *Obiezione di coscienza: il Nuovo Testamento provoca i cristiani*, Dehoniane, Bologna 1984; G. THEISSEN, *Sociologia del cristianesimo primitivo*, Marietti, Genova 1987. Contienen referencias también al Antiguo Testamento: G. MATTAI, *Obiezione di coscienza e dissenso*, in F. COMPAGNONI – G. PIANA – S. PRIVITERA (edd.), *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, cit., pp. 815-822; C.M. MARTINI, *La Chiesa opera a favore dell'interiorità*, en B. PERRONE (ed.), *Realtà e prospettive dell'obiezione di coscienza. I conflitti degli ordinamenti*, Giuffrè, Milano 1992, pp. 445 ss.; A. POOL, *L'obiezione di coscienza nella Bibbia ebraica*, en A. CAVAGNA (ed.), *I cristiani e l'obiezione di coscienza al servizio militare*, Dehoniane, Bologna 1992, pp. 13 ss.

²²³ Cfr. *1 Cor* 5, 9-13.

²²⁴ Cfr. *Rm* 12,2.«

medio de una generación depravada y perversa»²²⁵, de modo que su conciencia no contaminada brille como testimonio de la verdad. No se puede dejar contaminar, pero no por esto se debe salir del mundo (como los ascetas del Mar Muerto, etc.), o quedarse paralizados²²⁶. En cambio, asumen una actitud activa apostólica y caritativa, para vencer al mal con el bien²²⁷, ayudando a las personas en lo posible.

Desde este punto de vista, hay que subrayar que *la objeción de conciencia es un recurso extremo y, en cierto sentido, mínimo. Su estudio iría introducido en un contexto más amplio, útil para evitar planteamientos excesivamente casuísticos* (“se puede, no se puede”, etc.) que terminan por causar angustia y parálisis hasta en los operadores sanitarios que se comprometen valientemente para hacer el bien dentro de sus reales posibilidades. La responsabilidad moral de los operadores sanitarios no se agota, de hecho, en invocar la objeción de conciencia cuando sea necesario. Tienen, sobre todo, la responsabilidad de dar su contribución para que las propias actividades profesionales estén reguladas por leyes justas. Este deber está fundado no sólo en la obvia razón de que sin un cuadro legal adecuado se hace cada vez más difícil para todos mantener no contaminada la propia conciencia en el desenvolvimiento de la actividad profesional, sino también sobre la obligación específica de contribuir según las propias posibilidades al bien común de la sociedad²²⁸, que comprende sin duda la tutela y promoción legal de bienes fundamentales como la vida, la salud, la justicia, la libertad, etc., así como el recto ordenamiento legal de las actividades profesionales que con aquellos bienes tienen una relación tan estrecha. Esta exigencia se ve notablemente reforzada por el hecho de que la vida democrática, por su misma naturaleza, requiere la activa participación de todos los ciudadanos en la formación de las orientaciones políticas, sociales y profesionales y a las opciones legislativas en las cuales se concretan²²⁹. Los ciudadanos cristianos, además, desenvuelvan de esta manera la tarea propia de animar cristianamente el orden temporal²³⁰.

Las diferentes categorías de operadores del mundo de la salud tienen, además, por lo que se refiere a la política sanitaria, modalidades de intervención propias. Piénsese, por ejemplo, en la participación activa en la elaboración, interpretación y aplicación de los códigos deontológicos de cada uno de los órdenes profesionales, o en la acción dirigida a obtener que las leyes del Estado y los reglamentos administrativos respeten las disposiciones de los códigos deontológicos, o que la vigilancia del Orden profesional para que el código deontológico sea de hecho respetado por los operadores sanitarios. Igualmente, hay que señalar la actividad de los colegios profesionales para evitar que sus inscritos sean objeto de injusta discriminación por razón de sus convicciones éticas o religiosas.

*Los códigos deontológicos tienen que tutelar la integridad de la profesión y de los profesionales, y prever vías ecuanímes de solución allí donde las exigencias legales de la profesión y la conciencia personal del profesional entren eventualmente en conflicto*²³¹. La integridad del profesional

²²⁵ Cfr. *Fil 2*, 14-16

²²⁶ Cfr. *1 Cor 5*, 9-13.

²²⁷ Cfr. *Rm 12*, 21.

²²⁸ Cfr. *Catecismo*, nn. 1915-y 2239.

²²⁹ Cfr. *Gaudium et spes*, n. 75; JUAN PABLO II, Exhort. Apost. *Christifideles laici*, n.42.

²³⁰ Cfr. *Apostolicam actuositatem*, n. 7; *Lumen gentium*, n. 36; *Gaudium et spes*, nn. 31 e 43; CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Nota dottrinale circa alcune questioni riguardanti l'impegno e il comportamento dei cattolici nella vita politica*, 24-XI-2002, n. 1; BENEDICTO XVI, Enc. *Deus caritas est*, 25-XII-2005, n. 29.

²³¹ Cfr. J. LÓPEZ GUZMÁN, *Objeción de conciencia farmacéutica*, Ediciones Universitarias Internacionales, Barcelona 1997, pp. 90-93, y la bibliografía allí citada.

reclama, entre otras cosas, que los médicos, enfermeros, farmacéuticos, etc., sean considerados y tratados en cada situación como agentes morales, conscientes, libres y responsables, y por consiguiente, con el derecho a obrar según ciencia y conciencia, es decir, con conocimiento y libertad, con competencia y deliberación, en conformidad con los principios racionalmente fundados y profundamente compartidos²³². El operador sanitario no puede ser obligado a actuar contra ciencia y conciencia, como simple ejecutor de las elecciones de otro, incluso respetando la diversidad de roles de las diversas categorías de agentes sanitarios.

En el plano de los hechos, hay que subrayar que, generalmente, los códigos deontológicos de los médicos y del personal de enfermería contemplan cláusulas de conciencia suficientemente amplias²³³. No sucede lo mismo en el caso de los farmacéuticos, aunque naturalmente, hay excepciones²³⁴. Quizá se ha pensado que el farmacéutico, por la naturaleza de su trabajo, sólo de modo indirecto y remoto podía estar involucrado en acciones lesivas del derecho a la vida. Sin embargo, ahora las cosas han cambiado profundamente, ya sea para los operadores que trabajan en una farmacia, ya sea, sobre todo, para quienes trabajan en las estructuras hospitalarias o ambulatorias y en los laboratorios de investigación farmacológica²³⁵. Estos cambios requieren una pronta respuesta para adecuar los códigos deontológicos a la nueva situación.

Es un hecho que muchas veces los Estados actuales no conceden, sobre todo en algunos sectores de la vida, una gran atención a los criterios morales que ponen límites a la mentalidad permisiva. Esto no significa, sin embargo, que los ciudadanos no puedan hacer valer las propias concepciones éticas. Pueden hacerlo, con tal que adopten las reglas y el lenguaje que puede ser entendido por el Estado. *Éste concibe su propio rol como mediación de intereses y de conflictos. Todo interés puede hacer sentir su propia voz, con tal que se constituya como un interés socialmente relevante que obliga al Estado a darle una respuesta. En tal contexto, el lema de san Pablo: «vencer el mal con el bien», implica que quienes consideran errado algún punto de la política sanitaria del Estado, deben hacer oír su voz de modo claro y decidido, mediante los medios lícitos que el ordenamiento legal pone igualmente a disposición de todos los ciudadanos, hasta que el Estado comprenda que hay un interés socialmente significativo que debe ser escuchado y satisfecho. Está bastante difundida la idea de que quienes no levantan la voz no están muy convencidos de tener la razón de su parte o, que no tienen en mucho sus propias ideas.*

Es también necesario el compromiso para conocer y aprovechar los márgenes de acción a favor de la vida permitida por el cuadro legal en vigor, así como para distinguir lo que está verdaderamente prescrito por la ley civil, de lo que se ha llegado a ser habitual sin ser verdaderamente obligatorio. En algunos países, los farmacéuticos están obligados a tener en la farmacia todos los productos médicos aprobados por el sistema sanitario público, pero no están obligados a tener a disposición productos sanitarios que no son propiamente medicinas (preservativos, etc.)²³⁶. Además, res-

²³² Cfr. G. HERRANZ, *La objeción de conciencia de las profesiones sanitarias*, in «Scripta Theologica» 27 (1995/2) 545-546.

²³³ Cfr. por ejemplo el Art. 27 del *Codice di Deontologia Medica italiano* aprobado el 15-VII-1989.

²³⁴ Cfr. J. LÓPEZ GUZMÁN, *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., pp. 89-90.

²³⁵ Una buena visión de conjunta de los diversos problemas éticos vinculados a la actividad de los farmacéuticos, el libro citado en la nota precedente. Del mismo autor véase también: *Ética en la industria farmacéutica: entre la economía y la salud*, Eunsa, Pamplona 2005.

²³⁶ Sobre la distinción entre productos medicinales y productos sanitarios, cfr. J. LÓPEZ GUZMÁN, *Objeción de conciencia farmacéutica*, cit., pp. 93-97.

pecto de las medicinas y productos sanitarios que, según la ley, deben estar a disposición del público, a veces está permitido al farmacéutico observar diversos comportamientos.

b) *La objeción de conciencia de los operadores sanitarios*

Presuponiendo todo lo dicho en el capítulo IV, párrafo 5 e) sobre la exacta naturaleza de la objeción de conciencia, es necesario indicar ahora algunos aspectos concretos acerca de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, porque en algunos países y en ciertos organismos legislativos se registra la tendencia a reducir o incluso eliminar la objeción de conciencia cuando intenta sustraerse a colaborar con prácticas permisivas presentadas ideológicamente como derechos de libertad.

La doctrina moral católica sobre la objeción de conciencia por lo que se refiere a los atentados contra la vida humana ha sido autorizadamente repropuesta por la encíclica *Evangelium vitae* de Juan Pablo II. *Las leyes injustas como las que legalizan el aborto o la eutanasia, «no sólo no crean ninguna obligación de conciencia, sino que, por el contrario, establecen una grave y precisa obligación de oponerse a ellas mediante la objeción de conciencia»²³⁷, cuando sea exigido por los principios morales generales sobre la cooperación a las acciones malas²³⁸. «El rechazo a participar en la ejecución de una injusticia no sólo es un deber moral, sino también un derecho humano fundamental. Si no fuera así, se obligaría a la persona humana a realizar una acción intrínsecamente incompatible con su dignidad y, de este modo, su misma libertad, cuyo sentido y fin auténticos residen en su orientación a la verdad y al bien, quedaría radicalmente comprometida. Se trata, por tanto, de un derecho esencial que, como tal, debería estar previsto y protegido por la misma ley civil. En este sentido, la posibilidad de rechazar la participación en la fase consultiva, preparatoria y ejecutiva de semejantes actos contra la vida debería asegurarse a los médicos, a los agentes sanitarios y a los responsables de las instituciones hospitalarias, de las clínicas y casas de salud. Quien recurre a la objeción de conciencia debe estar a salvo no sólo de sanciones penales, sino también de cualquier daño en el plano legal, disciplinar, económico y profesional»²³⁹.*

*Todo lo dicho por Evangelium vitae puede ciertamente ser aplicado, además de al aborto y a la eutanasia, a todas las acciones que atentan directa e inmediatamente contra la vida humana: experimentación o manipulación genética que comporta la destrucción de embriones humanos, técnicas de procreación asistida que lesionan de modo directo e inmediato el principio del respeto a la vida humana, métodos de diagnóstico prenatal que están funcionalmente conectados con el aborto, etc.*²⁴⁰.

²³⁷ *Evangelium vitae*, n. 73.

²³⁸ Cfr. *ibid.*, n. 74.

²³⁹ *Ibidem*

²⁴⁰ Cfr. V. TURCHI, *L'obiezione di coscienza*, en A. LÓPEZ TRUJILLO – J. HERRANZ – E. SGRECCIA (edd.), *“Evangelium vitae” e Diritto* (Acta Symposii Internationalis in Civitate Vaticana celebrati 23-25 maii 1996), Libreria Editrice Vaticana 1997, pp. 181-189. Para la doctrina moral y jurídica véase: A. FIORI - E. SGRECCIA (edd.), *Obiezione di coscienza e aborto*, Vita e pensiero, Milano 1978; L. MELINA, *La cooperazione con azioni moralmente cattive contro la vita umana*, in R. LUCAS – E. SGRECCIA (edd.), *Commento interdisciplinare alla “Evangelium vitae”*, cit., pp. 467-490; S. SIEIRA MUCIENTES, *La objeción de conciencia sanitaria*, Editorial Dykinson, Madrid 2000; R. BOTTA (ed.), *L'obiezione di coscienza tra tutela della libertà e disgregazione dello Stato democratico* (Atti del Convegno di Studi, Modena 30 novembre – 1 dicembre 1990), Giuffrè, Milano 1991; B. PERRONE (ed.), *Realtà e prospettive dell'obiezione di coscienza. I conflitti degli ordinamenti*, cit.; in questo volume sono di particolare interesse per il nostro tema: V. MANFRINI, *L'obiezione farmaceutica*, pp. 375-378 e L. MOTTIRONI, *L'obiezione farmaceutica*, pp. 379-

La puesta a punto de fármacos directamente abortivos como la RU 486, el Norlevo, y otros anticonceptivos o productos como el DIU, que pueden tener un importante efecto abortivo, aunque no exclusivo, plantean graves problemas morales. La financiación, la producción y comercialización de fármacos que tienen exclusivamente un uso y un efecto abortivo son actividades moralmente ilícitas, así como es moralmente ilícita la investigación científica unívocamente orientada a producir tales preparados farmacéuticos. Con tales actividades no es posible colaborar. Se presenta en particular el problema para los investigadores farmacéuticos que han firmado un contrato de trabajo con una industria farmacéutica antes que ésta hubiera tomado la decisión de producir fármacos abortivos y que, una vez tomada la decisión, se ven involucrados en la investigación para preparar el fármaco. Estos investigadores tienen el derecho y el deber de invocar la objeción de conciencia frente a la producción de los fármacos abortivos, y por consiguiente, de pedir que los transfieran a un área de investigación moralmente aceptable²⁴¹. Hay que preguntarse además, si es lícito continuar trabajando en la misma industria. Habría que profundizar más en el problema, valorando si la permanencia del investigador en ella puede tener efectos positivos, como sería el caso si los investigadores estuvieran en posición de influir positivamente en la orientación de la investigación.

Un problema análogo se planea para el investigador al que le viene solicitado participar en una investigación no respetuosa de la vida humana, ya sea porque prevé la manipulación de embriones, o por el uso de sustancias nuevas en sujetos humanos, sin su consentimiento informado, o sin las debidas garantías requeridas por la ley y por los códigos deontológicos, o porque se refiere a la preparación de armas bacteriológicas o químicas de destrucción masiva. En tales situaciones, la objeción de conciencia es un derecho-deber, al cual se añadirán, según las circunstancias, otros deberes, como la denuncia del hecho a las autoridades competentes, etc.

Al farmacéutico que trabaja en un Hospital se le puede exigir la elaboración o provisión de sustancias o productos abortivos, o bien sustancias letales para utilizar en un acto de eutanasia. Análogo problema se plantea para el farmacéutico que trabaja en farmacia en contacto directo con el público, aunque es más limitado por lo que se refiere al tipo de sustancias que se pueden pedir con la presentación de receta médica. Respecto del aborto, es más frecuente en la literatura especializada y en los textos legales el reconocimiento de la objeción de conciencia al médico que al farmacéutico, porque se piensa que la responsabilidad del médico es mayor y más directa, porque es él el que prescribe, mientras el farmacéutico se limitaría a preparar o facilitar la sustancia prescrita por el médico. Sin embargo, en nuestra opinión, *no es moralmente lícito al farmacéutico facilitar fármacos cuyo único efecto —en absoluto o en el caso en examen— es abortivo o eutanásico*²⁴². Si no puede

381; G. DALLA TORRE, *Bioetica e diritto. Saggi*, Giappichelli, Torino 1993; R. NAVARRO VALLS, *La objeción de conciencia al aborto: nuevos datos*, in V. GUITARTE IZQUIERDO – J. ESCRIVÁ IVARS (edd.), *La objeción de conciencia...*, cit., pp. 99-112; en la misma publicación tienen notable interés: P.J. VILADRICH, *Las motivaciones de la Ley de reproducción asistida y el espíritu de los Derechos Humanos*, pp. 137-146, G. GARCÍA CANTERO, *Reflexiones sobre la objeción de conciencia en la procreación asistida*, pp. 375-378, I.M. BRIONES MARTÍNEZ, *La objeción de conciencia a la fecundación “in vitro”*, pp. 379-388, L. PORTERO SÁNCHEZ, *Eutanasia y objeción de conciencia*, pp. 147- 204; F. CHILDRESS, *Civil disobedience, conscientious objection and evasive noncompliance: a framework for the analysis and assessment of illegal actions in health care*, in «Journal of Medicine and Philosophy» 10 (1985) 63-83; G. HERRANZ, *Problèmes éthiques d'un directeur d'hôpital face à l'avortement, l'euthanasie et l'insemination artificielle*, in «Ziekenhuis Management Magazine» 7 (1991) 23-28.

²⁴¹ Sobre los aspectos jurídicos del problema, véase J. LÓPEZ GUZMÁN, *La objeción de conciencia farmacéutica*, cit., pp. 158-161, y la bibliografía allí citada.

²⁴² Cfr. sobre este problema: J. LÓPEZ GUZMÁN – A. APARISI MIRALLES, *La píldora del día siguiente*, Sekotia, Madrid 2002; P.A. TALAVERA FERNÁNDEZ – V. BELLVER CAPELLA, *La objeción de conciencia farmacéu-*

evitar de otro modo proporcionar o vender esos productos, el farmacéutico tiene el deber y el derecho de oponer la objeción de conciencia²⁴³.

Teóricamente, se puede discutir si la provisión de un fármaco abortivo o eutanásico por un farmacéutico, bajo presentación de receta médica, o requerimiento formal de un médico hospitalario, es cooperación inmediata al aborto o a la eutanasia, o solo cooperación mediata próxima. En cualquier caso, *es un acto unívocamente dirigido al aborto y a la eutanasia, actos tan graves que no permiten una colaboración próxima, ya sea en atención a la propia conciencia, ya sea porque tal colaboración sería un contra-testimonio y una lesión de la integridad de la profesión sanitaria a la cual es esencial el servicio a la vida y a la salud*²⁴⁴. Se puede estar de acuerdo con Melina cuando escribe: «Como ha dicho Juan Pablo II (cfr. *Discorso alla Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici*, 3-XI-1990), ellos (los farmacéuticos) no son simples comerciantes o distribuidores neutrales de lo que les piden: la dignidad de su servicio profesional exige que vivan responsablemente y a favor de la vida el papel de mediación entre médico y paciente. Tendrían que rechazar, por lo tanto, distribuir lo que es contrario a la vida, directa o subrepticamente. La venta de productos que fueran únicamente destinados a un fin contrario a la vida, debe ser objeto de objeción. No existe en cambio un deber positivo de asegurarse que no habrá abusos cuando se trate de medicinas con varias indicaciones, entre las cuales algunas lícitas»²⁴⁵.

Manfrini propone que la cláusula de conciencia podría ser expresada en los siguientes términos: «Siempre que un farmacéutico, en el ejercicio de su profesión, se encuentre frente a una petición, incluso bajo forma de receta médica formalmente regular, de un fármaco o de un presidio médico quirúrgico que, por sí mismo o por el uso previsto o por la declaración del mismo que lo pide, se presente como medio abortivo, puede invocar la objeción de conciencia y rechazar siempre la expedición (...). El mismo derecho de objeción de conciencia se puede extender a todo lo que está relacionado con las peticiones que tienden a un uso de un fármaco o de otro medio para fines de eutanasia explicitada o incluso camuflada»²⁴⁶.

tica a la pildora postcoital, «Medicina e Morale» 53/1 (2003) 111-133; M.L. DI PIETRO – M. CASINI – A. FIORI – R. MINACORI – L. ROMANO – A. BOMPIANI, *Norlevo e obiezione di coscienza*, «Medicina e Morale» 53/3 (2003) 411-455.

²⁴³ Se ha de tener presente la observación de Manfrini: «La OdC (obiezione di coscienza), da parte del Farmacista in farmacia, sembra proponibile solamente quando essa renda legittimo il rifiuto di spedire una ricetta medica regolarmente stesa e formalmente ineccepibile. Infatti di fronte a una cosiffatta ricetta il Farmacista è tenuto per legge a spedirla immediatamente o, se sprovvisto del medicinale richiesto, a procurarlo nel più breve tempo possibile. Sembra pertanto che si possa escludere in farmacia ogni diverso ricorso all'OdC, giacché altre eventuali prestazioni, che il Farmacista ritenesse contrastanti con la sua coscienza, possono essere rifiutate liberamente, non essendo vincolanti per legge. L'istanza della OdC risulterebbe in tal caso superflua» (V. MANFRINI, *L'obiezione farmaceutica*, cit., p. 375).

²⁴⁴ Cfr. por lo que se refiere a la actividad del farmacéutico en los hospitales, V. MANFRINI, *L'obiezione farmaceutica*, cit., p. 377.

²⁴⁵ L. MELINA, *La cooperazione con azioni moralmente cattive contro la vita umana*, cit., p. 488. Además del Discurso citado por Melina, véase el más reciente: GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai Partecipanti al Meeting Internazionale degli Ostetrici e Ginecologi Cattolici*, 18-VI-2001, nn. 2-3. Entre las situaciones ante las cuales se debe invocar la objeción de conciencia, Juan Pablo II cita las siguientes: «La disponibilità di sostanze contraccettive e abortive, nuove minacce alla vita contenute nella legislazione di alcuni Paesi, alcune utilizzazioni della diagnosi prenatale, la diffusione delle tecniche di fertilizzazione in vitro, la conseguente produzione di embrioni per combattere la sterilità, ma anche la loro destinazione alla ricerca scientifica, l'uso di cellule staminali embrionali per lo sviluppo di tessuto per i trapianti allo scopo di guarire malattie degenerative e progetti di clonazione parziale o totale».

²⁴⁶ V. MANFRINI, *L'obiezione farmaceutica*, cit., p. 378.

La deontología sanitaria exige renunciar a la objeción de conciencia cuando se trata de un caso urgente en el cual está en juego la vida de una persona. Dicho conflicto entre la conciencia del agente sanitario y el derecho a la vida difícilmente se verificará en la actividad del farmacéutico, puesto que en las hipótesis contempladas por nosotros no se trata de la distribución de fármacos necesarios para salvar la vida o de medicinas que puedan tener una finalidad verdaderamente terapéutica.