

Origen y desarrollo de una ciencia: la bioética

(Origin and Development of a Science: Bioethics)

Velasco Gogenola, Juan M^a de

Univ. de Deusto. Fac. de Teología. Avda de las Universidades, 24.
48007 Bilbao

BIBLID [0212-7016 (2009), 54:1; 147-187]

La bioética nació en la segunda mitad del siglo XX con el propósito de llegar a ser la guía moral que acompaña el desarrollo de las biociencias. En este contexto, las diferentes maneras de entender quién y qué es el ser humano han dado origen a que los dilemas bioéticos tengan múltiples respuestas.

Palabras Clave: Bioética. Dilemas bioéticos. Principios bioéticos. Experimentación humana.

Bioetika XX. mendearen bigarren erdian sortu zen, biozientzien garapenari lagundu beharko zion gida moralaz izateko helburuarekin. Testuinguru horretan, gizakia nor eta zer den ulertzeko molde desberdinen ondorioz, dilema bioetikoek askotariko erantzunak dituzte.

Giltza-Hitzak: Bioetika. Dilema bioetikoak. Printzipio bioetikoak. Giza esperimentazioa.

La bioéthique est née dans la seconde moitié du XXème siècle dans le but de devenir le guide moral qui accompagne le développement des biosciences. Dans ce contexte, les différentes manières de comprendre qui est et qu'est-ce que l'être humain ont donné lieu à ce que les dilemmes bioéthiques aient de nombreuses réponses.

Mots Clé : Bioéthique. Dilemmes bioéthiques. Principes bioéthiques. Expérimentation humaine.

INTRODUCCIÓN

En los albores del siglo XX, cuando los hermanos Wright experimentaban con sus modelos aeronáuticos los primeros vuelos a motor, o Marie Curie investigaba de forma incansable la radiactividad, estaba naciendo una nueva era científica que iba a introducir cambios extraordinarios que afectarían de forma incuestionable a la humanidad. Desde entonces hasta ahora, a comienzos del tercer milenio, el hombre ha realizado conquistas revolucionarias en campos como el genético, el informático, el biotecnológico, etc., que han introducido la posibilidad de transformar radicalmente no sólo su propia vida sino también la de todo el ecosistema terrestre. Hoy en día, a partir de la tecnología conocida, es posible producir desde los instrumentos más complejos usados por la cirugía molecular hasta armas de destrucción masiva, es decir, es posible crear desde los más preciados y beneficiosos inventos que exigen las nuevas terapias médicas, sumamente eficaces ante determinadas enfermedades, hasta, por ejemplo, los más funestos y peligrosos programas de defensa nuclear que impulsan diversos estados, con el fin, eufemísticamente justificado, de protegerse ante cualquier posible ataque de un país enemigo. Esta paradójica situación que propicia el progreso científico, según el uso o el abuso que se hace del mismo, ha existido siempre, pero en la actualidad ha alcanzado límites inimaginables, pues, en épocas pasadas, el ser humano difícilmente podía incidir en su propia naturaleza y en el medio ambiente como lo puede hacer hoy. En este contexto histórico, en el año 1970, el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter, escribía:

La humanidad tiene la necesidad urgente de una nueva sabiduría que provea el ‘conocimiento de cómo usar el conocimiento’ para la supervivencia del hombre y para el mejoramiento de la calidad de vida. Este concepto de la sabiduría como una guía para la acción –el conocimiento de cómo usar el conocimiento para un bien social– podría ser llamado ‘la ciencia de la supervivencia’; seguramente el prerrequisito para el mejoramiento de la calidad de vida. Yo soy de la opinión de que la ciencia de la supervivencia debe ser construida sobre la ciencia de la biología, ampliada más allá de sus fronteras más tradicionales para incluir los elementos más esenciales de las ciencias sociales y humanidades, con énfasis en la filosofía en su sentido más estricto, que significa ‘amor a la sabiduría’. Una ciencia de supervivencia debe ser más que una ciencia sola, y por consiguiente propongo el término ‘Bioética’ para poder enfatizar los dos más importantes componentes para lograr la nueva sabiduría que tan necesitadamente necesitamos: conocimiento biológico y valores humanos¹.

Con estas palabras, Potter manifestaba su inquietud por crear una nueva disciplina que guiase el conocimiento científico para prevenir funestos errores, y proponía el nombre de Bioética para designar a la ciencia que fuese el nexo de unión entre las ciencias de la vida y las ciencias humanas. Este acontecimiento fue un eslabón más en la cadena de hechos que dieron vida a este nuevo saber, por haberse quedado obsoletas las guías de acción ofrecidas por las éticas tradicionales para resolver los numerosos dilemas que la nueva situación biocientífica había creado.

1. POTTER, Van Rensselaer, “Bioethics, the science of survival”. En: *Biology and Medicine*, vol 14, N° 1, (Autumm 1970), 127-153. Recogido en: “Bioética, la ciencia de la supervivencia”. En: *Selecciones de Bioética*, N° 1, 2002, 121.

1. EL ORIGEN DE LA BIOÉTICA EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX

En sus primeros años de vida, la bioética se desarrolló fundamentalmente a partir de los parámetros que dictaban los acontecimientos biomédicos, y no desde la perspectiva de Potter, que concebía la nueva ciencia como un saber mucho más global. En buena medida se debió a intereses que, desde distintos estamentos de la comunidad científica y social norteamericana, se fueron afirmando como prioritarios. En este sentido, son esclarecedoras las palabras de A. R. Jonsen aparecidas en el Suplemento Especial de noviembre de 1993 de la Revista *Hasting Center Report*², donde se hacía eco de una convención que se había celebrado el año anterior en Seattle para conmemorar el treinta aniversario de la publicación del artículo "They Decide Who Lives, Who Dies", considerado como el primero que se escribía sobre bioética; el mencionado artículo lo escribió la periodista Shana Alexander en la revista *Life*. Para Jonsen, ese fue uno de los acontecimientos que junto a otros, tales como la regular aparición de artículos sobre cuestiones éticas en revistas médicas, el nacimiento de publicaciones propiamente especializadas en bioética como el *Hasting Center Report* (en aquel momento contaba con veinte mil suscriptores), la enseñanza de ética médica en la mayor parte de las facultades de medicina, la preocupación del gobierno norteamericano por crear comisiones de estudio e introducir en sus equipos sanitarios a especialistas en bioética, la aparición de centros como el Instituto Kennedy (con sede en la Universidad de Georgetown), las sentencias judiciales que sirvieron para dirimir casos paradigmáticos como el de Karen Ann Quinlan (acerca de los medios sanitarios que debían usarse en casos de coma permanente), ..., marcaron esa primera época de pioneros. Jonsen llamó pioneros a todos aquellos médicos, filósofos, teólogos, etc., que contribuyeron a que la bioética se desarrollase fundamentalmente en el campo de la biomedicina, con el único fin de evitar cualquier tipo de injusticia o discriminación que pudiese acarrear el mal uso de las nuevas tecnologías disponibles, o para que las investigaciones realizadas con seres humanos tampoco degenerasen en praxis inmorales. Mayormente, estas fueron las causas que propiciaron que la bioética se desarrollase fundamentalmente en la dirección indicada.

2. LA FUNDAMENTACIÓN BIOÉTICA: LA TEORÍA PRINCIPIALISTA DE BEAUCHAMP Y CHILDRESS

2.1. Antecedentes

Las teorías de fundamentación bioética, que sirven para argumentar éticamente y dar pautas para resolver las novedosas cuestiones morales que plantea la biomedicina, no tardaron en llegar. De todas ellas la que ha destacado por antonomasia es la denominada *Teoría Principialista*, establecida en base a cuatro principios éticos: autonomía, beneficencia, justicia y no-maleficencia;

2. JONSEN, Albert, R., ed., "The Birth of Bioethics," Special Supplement. En: *Hasting Center Report*, 23, no. 6 (1993).

y fue propuesta al final de los años setenta en *Principles of Biomedical Ethics*³ por Tom. L. Beauchamp y James L. Childress. La aparición de *Principles of Biomedical Ethics* supuso un antes y un después en la fundamentación bioética, ya que es punto de referencia incuestionable para una correcta comprensión de los caminos que ha seguido esta disciplina, especialmente en Estados Unidos.

Pero antes de iniciar el análisis y estudio de la *Teoría Principialista* de Beauchamp y Childress es necesario conocer el background en el que surgió. Años antes, en 1966 Henry K. Beecher publicaba en la revista *The New England Journal of Medicine* un artículo⁴ en el que, con la debida prudencia, denunciaba y manifestaba su gran preocupación porque en determinadas facultades de medicina, hospitales universitarios, instituciones sanitarias gubernamentales, etc., se habían realizado experimentos con seres humanos de forma arbitraria sin cumplir unos mínimos éticos exigibles, y en el mejor de los casos, al menos cuestionables; exponía veintidós ejemplos. Las razones que adujo para sacar a la luz pública aquella escandalosa información fueron las siguientes: 1^a) El importante y continuo incremento de las asignaciones públicas para la investigación, de la cual una parte substancial se realizaba con seres humanos, 2^a) La disponibilidad de recursos y la necesidad de probar en seres humanos (última exigencia protocolaria de los ensayos clínicos) los fármacos y las terapias en experimentación antes de ser comercializados en el mercado con total garantía, pudiéndose dar el caso de que las posibilidades de investigar superasen al número de investigadores responsables, 3^a) El deseo de promoción de algunos jóvenes y ambiciosos investigadores preocupados por un destino profesional que dependía de los resultados de sus propios trabajos, muchas veces realizados bajo gran presión. Este artículo supuso una llamada de atención no sólo para la comunidad científica sino también para las autoridades gubernativas y para la sociedad en general, pues todavía entonces, incluso con dinero público, se estaban financiando proyectos que dejaban mucho que desear, al menos desde el punto de vista de la justicia y la ética. Además, los riesgos que, en opinión de Beecher, amenazaban a las investigaciones biomédicas norteamericanas fueron el preludio de otro suceso que convulsionó al pueblo estadounidense.

En 1972 el *New York Times* daba a conocer que en el estado de Alabama, en la localidad de Tuskegee, el *Public Health Service* (PHS) estaba realizando una investigación, en la que exclusivamente participaban afroamericanos, con el fin de conocer cuál era la evolución natural de la sífilis. El estudio había comenzado en 1932, y para llevarlo a cabo se eligieron a cuatrocientos individuos sífilíticos, pero que desconocían que padecían la enfermedad, y a otros doscientos sanos para que hiciesen de grupo de control; durante todos los

3. BEAUCHAMP, Tom, L.; - CHILDRESS, James, F., *Principles of Biomedical Ethics*, 4^a ed. New York: Oxford University Press, 1994. (Trad. Esp.: *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona: Masson, S. A., 1999).

4. BEECHER, Henry, K., "Ethics and clinical research". EN: *NEJM*, 274 (16 nov. 1966), 1354-60.

años que duró el ensayo clínico no se aplicó terapia alguna a los enfermos, ni siquiera a partir de los años cuarenta cuando aparecen los antibióticos. Obviamente, la investigación se dio por concluida desde el momento en que se hizo pública y recibió una condena unánime.

2.2. El informe Belmont: un paso más hacia la teoría principialista

Toda esta serie de episodios, ocurridos en el transcurso de ciertas investigaciones biomédicas que se habían realizado en los Estados Unidos, había sacado a la luz hechos que se consideraban erradicados en la praxis de los ensayos clínicos que se efectuaban en las democracias occidentales después de la Segunda Guerra Mundial. El riguroso protocolo que, desde la aparición del Código de Núremberg (1947) y de la siguiente Declaración de Helsinki⁵ (1964), debía seguirse para realizar este tipo de experimentos con seres humanos así lo hacía suponer, pero la realidad demostraba lo contrario, y era evidente que las personas que se sometían a estos programas podían ver vulnerados sus derechos y ser tratados de forma injusta y discriminatoria, en contra de los criterios más elementales que dicta la ética. Así, con el fin de evitar que se repitiesen abusos como los que se cometieron en Tuskegee, el 12 de julio de 1974 el Congreso de los Estados Unidos creó una Comisión Nacional (The National Commission for the Protection of Humans and Behavioral Research) con la misión de:

(...) investigar e identificar los “principios” éticos básicos que debían ser respetados en toda investigación biomédica en la que interviniesen seres humanos. La tarea encomendada a la Comisión consistía en la consideración de los siguientes puntos: los límites existentes entre la investigación biomédica y la práctica rutinaria de la medicina, los criterios de riesgo-beneficio en las investigaciones en que tomen parte sujetos humanos, guías de consulta apropiadas para la selección de temas y sujetos que participen en esas investigaciones y, por último, el consentimiento informado⁶.

Cuatro años después, una vez concluido el trabajo de la Comisión, apareció *El Informe Belmont*⁷, nombre con el que es conocido este innovador documento, que se alejaba de la metodología empleada por los códigos y las declaraciones que regulaban la experimentación humana basándose en reglas y normas, para seguir su propio camino enmarcado en el horizonte de los principios. Los artífices de este documento tuvieron la pericia de unir en

5. Su siguiente revisión en Tokio (1975) y las demás actualizaciones que se han realizado en este documento corresponden a fechas posteriores a las analizadas en este apartado del estudio.

6. VELASCO, Juan M. de, *La bioética y el principio de solidaridad*, Bilbao: Universidad de Deusto, 2003, 30.

7. NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL SCIENCES, *The Belmont Report*, Washington, 1979. Trad. Cas. *El Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de experimentación: Bioética para clínicos*, Azucena Couceiro (ed.), Madrid: Editorial Triacastela, 1999, 313-324.

un mismo protocolo tres principios éticos relevantes, reconocidos y aceptados por la propia tradición cultural norteamericana, tal y como reconoce el propio *Informe Belmont*:

La expresión 'principios éticos básicos' se refiere a esos juicios generales que sirven como justificación básica para las muchas prescripciones y evaluaciones éticas particulares de las acciones humanas. Entre aquellos generalmente aceptados en *nuestra tradición cultural*, tres principios básicos son particularmente relevantes para la ética en la que participan sujetos humanos: el principio de respeto a las personas, la beneficencia y la justicia.

Con el *Informe Belmont* se pretendía

proporcionar un marco analítico que sirva de guía en la resolución de los problemas éticos planteados por la investigación en la que participan sujetos humanos⁸,

tomando como punto de referencia los principios de autonomía (respeto a las personas), beneficencia y justicia. Indiscutiblemente, dichos principios constituyen una referencia moral paradigmática para cualquier decisión que pretenda ser objetivamente correcta, y no sólo para las que hacen referencia a los ensayos clínicos. De esta manera debieron pensar *Beauchamp* y *Childress* cuando concibieron la idea de escribir *Principles of Biomedical Ethics* y aplicar la teoría de los principios éticos a la bioética.

2.3. La Teoría principlista de *Beauchamp* y *Childress*

En el año 1979, *Beauchamp* y *Childress* establecieron su famosa teoría de fundamentación bioética a partir de cuatro principios éticos, a saber: respeto a la autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia. Estos autores tuvieron la intuición de aplicar los criterios éticos asumidos en el *Informe Belmont* a la Biomedicina, ya que dicha disciplina estaba necesitada de una tutela moral que no le podía ofrecer la ética médica tradicional. La nueva situación creada por los avances biocientíficos, en una sociedad cada vez más consciente del puesto que debía ocupar (individual y comunitariamente) en las decisiones médico-paciente, fue en gran medida la causa de que entrasen en crisis los modelos sanitarios basados en estándares morales paternalistas, que tenían en el principio de beneficencia y en el de no-maleficencia la justificación necesaria para determinar las pautas a seguir en el ejercicio de la profesión médica. Entre otras, ésta fue una de las principales razones que favorecieron la gran acogida que, desde su publicación, se dispensó a *Principles of Biomedical Ethics*, pero sin duda, la razón fundamental del éxito alcanzado por esta obra estriba en la sencillez con que estructura la teoría de los cuatro principios bioéticos. Estos son concebidos como el referente primigenio que indicará la moralidad de las decisiones que se tomen en biomedicina, pero de una manera determinada. En un primer momento, son considerados como principios *prima facie*, es decir, obligatorios sí, pero no

8. *Ibid.*

absolutamente, pues es necesario tener en cuenta todas las circunstancias que concurren en la acción para establecer un juicio correcto; de esta manera, en caso de conflicto entre los principios, habría que dilucidar cuál es el que prevalece sobre los otros y determina la conducta a seguir, pues en el *principalismo* diseñado por *Beauchamp* y *Childress*, tanto el respeto a la autonomía como la beneficencia, la no-maleficencia y la justicia tienen el mismo rango y categoría. Por tal motivo consideran que:

Para que la infracción de una norma *prima facie* esté justificada, deben concurrir las siguientes condiciones (estas condiciones, siendo normas en sí mismas, son también *prima facie*, no absolutas): 1. Las razones que justifiquen la norma deben ser mejores que las que justifiquen la norma infringida... 2. Existen posibilidades realistas de alcanzar el objetivo moral que justifica la infracción. 3. No existen acciones alternativas moralmente preferibles. 4. La infracción seleccionada es la más leve, proporcional al objetivo principal del acto. 5 El agente intenta minimizar los efectos negativos de la infracción⁹.

2.3.1. El principio de respeto a la autonomía

En *Principles of Biomedical Ethics* se concibe la autonomía del individuo desde el derecho que tiene la persona a ser respetada en las decisiones que realice en función de sus creencias o ideologías. A *Beauchamp* y a *Childress* no les interesa reflexionar sobre el sentido metafísico de la autonomía o las diferentes formas que existen de entenderla, solamente les preocupa precisar cuáles son las condiciones necesarias para que una acción sea considerada autónoma:

Las acciones autónomas se analizan en función de sus agentes, los cuales actuarán: a) intencionalmente; b) con consentimiento, y c) en ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto. La primera de estas tres condiciones para la autonomía no permite gradación. Las acciones, o son intencionadas o no lo son (v. Cap. 4, págs 197-199, un análisis de la intencionalidad de los actos). Sin embargo, las otras dos condiciones (la comprensión y la ausencia de influencias externas) sí pueden estar presentes en mayor o menor grado. Las acciones pueden, por tanto, tener distintos grados de autonomía en función de cómo cumplan estas dos condiciones. Ambas permiten un amplio y continuo espectro de posibilidades que van desde su satisfacción total a su ausencia completa¹⁰.

Desde esta perspectiva, las posibilidades de considerar una acción como autónoma son múltiples, ya que puede ocurrir que una persona esté capacitada para decidir y realizar ciertas acciones autónomas y otras no. Por ejemplo, un anciano con sus facultades mentales disminuidas por la edad probablemente no pueda decidir cuál es la terapia más apropiada para su estado de salud,

9. BEAUCHAMP, Tom, L.; - CHILDRESS, James, F., *Principios de Ética Biomédica*, op. cit., 1999, 30-31.

10. *Ibid.*, 116.

pero en cambio sí puede ser capaz de decidir de forma autónoma si prefiere pasar el día en la mar o en la montaña.

Un capítulo importante del estudio del principio de respeto a la autonomía está dedicado al consentimiento informado, entendido como la autorización que el paciente concede (por escrito) para someterse a una determinada terapia médica. Se concibe en el marco de un proceso informativo, mediante el cual el paciente toma conciencia de lo que supone la decisión que va a tomar y que finalizará con la firma de un documento que acredite de forma expresa que el sujeto ha tomado la opción propuesta. Obviamente, también se indican una serie de requisitos necesarios para que el consentimiento se realice autónomamente, tales como capacidad, información suficiente, voluntariedad, etc. En el caso de que la persona sea incompetente para tomar una decisión, también se indica el procedimiento a seguir para que la persona incapacitada no sea tratada con injusticia e indignidad.

2.3.2. El principio de no-maleficencia

Beauchamp y *Childress* consideraron necesario distinguir entre el *principio de no-maleficencia*, determinado por el axioma moral *primum non nocere*, y el principio de beneficencia. De esta manera, establecen con claridad meridiana la diferencia que existe entre los intereses que postulan los deberes negativos, que condenan las acciones dañinas que se perpetran en perjuicio de alguien y rigen al principio de *no-maleficencia*, y los deberes positivos que promueven praxis benefactoras a favor de la persona y que orientan al *principio de beneficencia*. Lógicamente la exigencia moral que demandan los deberes negativos es mayor que la solicitada por los deberes positivos, pues tal como afirma el profesor Diego Gracia “nunca es lícito hacer el mal, pero a veces no es lícito hacer el bien”¹¹. A pesar de lo cual, en *Principles of Biomedical Ethics*, la *no-maleficencia* se estructura y valora como el resto de los principios de la teoría, y en consecuencia las acciones maleficientes también son *prima facie* incorrectas:

(...) interferir con los intereses de otros *causando daño* puede no ser *incorrecto o injustificable*, pero siempre es *prima facie* incorrecto. Algunos actos nocivos obstaculizan, justificadamente, los intereses de otros, como por ejemplo, el caso de la guerra y de los castigos justificados a los criminales, e incluso al ponderar intereses en conflicto. El que un acto sea correcto o no depende, como ocurre al castigar, del peso de las razones que lo justifican. Pero lo más importante quizá sea que lo que para una persona puede representar un daño puede no serlo para otra, en función de sus distintos puntos de vista acerca de lo que puede suponer un obstáculo para sus intereses¹².

11. GRACIA, Diego, *Fundamentos de Bioética*, Madrid: Eudema, 1989, 103.

12. BEAUCHAMP, Tom, L.; CHILDRESS, James, F., *Principios de Ética Biomédica*, op. cit., 183.

Ciertamente, para valorar éticamente una acción es necesario conocer el contexto en el que se ha realizado; de lo contrario se podrían cometer graves errores. Generalmente, la mera observación de un determinado suceso, sin más consideración que su pura factualidad física, no es suficiente para realizar su valoración moral. La intencionalidad que tiene el sujeto que realiza la acción y las peculiaridades que caracterizan el acto (posibilidad de éxito, proporción entre los beneficios y los perjuicios, etc.) son, en definitiva, las premisas que precisan la no-maleficencia, pues no es lo mismo empujar y tirar al suelo a una persona para evitar que sea atropellada por un coche que hacerlo para producirle daño. Asimismo, Beauchamp y Childress son conscientes de la pluralidad de corrientes filosóficas y éticas que cohabitan en el panorama ideológico actual, en el que un mismo dilema bioético puede obtener respuestas de lo más dispar, incluso contradictorias.

En este sentido, estos autores estudian el principio de no-maleficencia desde el más absoluto respeto por todas las creencias que participan en el debate socio-político, y desde un punto de vista práctico, centrandolo su punto de atención en *“establecer la línea divisoria entre el exceso y el defecto de cuidado debido”*¹³ en la práctica médica. Desde esta perspectiva, consideran necesario distinguir entre tratamientos obligatorios y tratamientos optativos para situar la frontera de la no-maleficencia; para ello se basan en el análisis de la calidad de vida y en el respeto a la autonomía de los pacientes competentes. Estas apreciaciones, aunque necesarias, en determinadas situaciones son insuficientes para valorar una decisión desde criterios no-maleficentes. Por este motivo, cuando está en juego la vida de una persona creen que es preciso responder a cuatro preguntas:

- a) ‘conceptualmente ¿cuál es la diferencia entre matar y dejar morir?’; b) ‘¿no instaurar un tratamiento es a veces sinónimo de matar y, en caso afirmativo, constituye unas veces suicidio y otras un homicidio?’; c) ‘moralmente, ¿es lo mismo matar que dejar morir?’; d) ‘¿en qué circunstancias puede un paciente, un profesional sanitario o un sustituto decidir no instaurar un tratamiento con el objetivo de que un paciente muera, u organizar un suicidio asistido o cualquier otro tipo de muerte?’¹⁴.

Concluyen afirmando que en ocasiones no existe diferencia entre matar y dejar morir; piensan que no instaurar un tratamiento puede suponer la muerte de un individuo, ya que se puede matar tanto directamente por medio de una acción determinada como por omitir un tratamiento que sea vital para la persona. Esta última circunstancia puede conducir a situaciones complejas que son, según los autores, difíciles de juzgar, pues pueden admitir soluciones opuestas, en función de los planteamientos morales de la persona y del respeto que se tenga por su autonomía, y su concepto de beneficencia y justicia. Obviamente, las discrepancias que pueden surgir son tantas como las que existen en el debate social sobre la eutanasia. Ante este dilema, tratan de responder si en algún caso puede estar justificado éticamente matar o dejar morir:

13. *Ibid.*, 185.

14. *Ibid.*, 208.

Los códigos de ética médica, desde Hipócrates hasta hoy, prohíben rotundamente la asistencia directa a la muerte, por mucho que el paciente tenga buenas razones para desear morir. Por ejemplo, en 1991, la American Geriatrics Society se opuso a cualquier tipo de intervención de los médicos para matar o asistir al suicidio. El American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs, en una declaración realizada en 1973, revisada en 1988 y en 1991, permitía la omisión de tratamientos de soporte vital, pero prohibía cualquier tipo de 'intervención intencionada de un ser humano para acabar con la vida de otro ser humano; matar por compasión'. Según esta norma, el hecho de que dejar morir sea o no moralmente aceptable depende de una serie de factores, pero si la muerte implica matar –aunque las circunstancias sean idénticas a aquellas en que dejar morir está permitido– nunca está justificado¹⁵.

Para Beauchamp y Childress la norma general no deja lugar a duda, pero, no obstante, consideran necesario evaluar los argumentos que existen a favor y en contra de matar por compasión, del suicidio asistido y de la omisión de tratamientos de soporte vital. Creen que existen situaciones de eutanasia activa donde la intervención médica no tiene por qué ser moralmente incorrecta; del mismo modo creen que sería conveniente suavizar las normas que proscriben ciertos casos de suicidio asistido, de forma que el médico pueda encontrarse más tranquilo cuando ayude a morir a enfermos terminales¹⁶. De cualquier manera, son conscientes de que el objetivo de *Principles of Biomedical Ethics* está en el mundo de la ética biomédica y no en el del derecho, razón por la que no tratan de establecer los límites que deben ser aceptados desde las instancias sanitarias públicas, sino las pautas que éticamente puedan justificarse cuando se colabore en la muerte de una persona (por comisión u omisión)¹⁷.

2.3.3. El principio de beneficencia

En *Principles of Biomedical Ethics* se estudian dos principios de beneficencia: la beneficencia positiva y la utilidad. La primera hace referencia al suministro de beneficios; la segunda investiga la utilidad que proviene de los bienes aportados, es decir, la relación que existe entre el provecho beneficiante deseado y el perjuicio tolerado que acaece cuando se aplica una terapia o política sanitaria, etc. Beauchamp y Childress consideran que esta beneficencia es obligatoria y la distinguen de la virtud de la benevolencia y de otros tipos de cuidados altruistas que, según ellos, no tienen ese carácter preceptivo, sino que son meramente optativos¹⁸. Con estos criterios tratan de situar la obligatoriedad (prima facie) que exige el principio de beneficencia, pues son conscientes de que existen acciones benefactoras que exceden a cualquier obligación ética. En consecuencia, establecen una serie de condicio-

15. *Ibíd.*, 215.

16. *Ibíd.*, 216.

17. *Ibíd.*, 223.

18. *Ibíd.*, 245.

nes para situar la diferencia entre lo que es compromiso moral de lo que es una voluntad altruista. Para ello, basándose en diversos autores, consideran a la persona X y a la persona Y, y dicen:

1. Y está expuesto al riesgo de una pérdida significativa o de un perjuicio para su vida o salud o para algún otro interés principal; 2. La acción de X es necesaria (sola o junto a otras) para prevenir esta pérdida o perjuicio; 3. La acción de X (sola o junto a otras) tiene una alta probabilidad de prevenirlo; 4. La acción de X no representará riesgos, costes o cargas significativos para X; 5. El beneficio que Y puede esperar obtener supera cualquier perjuicio, coste o carga que es probable que incurra X¹⁹.

Estas cinco condiciones pueden determinar la obligación de beneficencia. No obstante, la cuarta establece un punto de inflexión, pues:

(...) es crítica porque nos permite ocuparnos de los problemas que rodean a las formulaciones de la obligación de beneficencia. Aunque es difícil especificar 'los riesgos, costes o cargas significativas', la implicación de la cuarta condición es clara: aunque la acción X pueda salvar probablemente la vida de Y, y pueda cumplir todas las condiciones menos la cuarta, la acción no sería obligatoria basándose en la beneficencia²⁰.

Otro apartado importante de la reflexión del principio de beneficencia está centrado en el estudio del paternalismo médico, al que definen como:

la desautorización intencionada de las preferencias de una persona, donde la persona que las desautoriza justifica su acción con el propósito de beneficiar a o evitar el daño a la persona cuya voluntad está desautorizando²¹.

Esta manera de exponer el significado de paternalismo, tal y como reconocen los propios autores, es totalmente neutral; no establecen ningún juicio de valor, únicamente relatan un comportamiento sin posicionarse a favor o en contra; así, no dicen si es necesario, si es moralmente incorrecto, o si puede estar total o parcialmente justificado.

En línea con el planteamiento de Joel Feinberg, distinguen entre paternalismo débil y fuerte. Según esta clasificación, el débil es aquel que actúa beneficiosamente para evitar las decisiones que pueda tomar una persona no autónoma; por el contrario, el fuerte es el que califica a las acciones beneficiantes que se realizan en contra de las decisiones voluntarias y autónomas del individuo²². Desde esta perspectiva, sólo el paternalismo fuerte es considerado paternalismo en sentido propio, ya que vulnera la autonomía de una persona capaz y competente para decidir por sí misma. Por esta razón,

19. *Ibid.*, 252.

20. *Ibid.*, 252.

21. *Ibid.*, 260.

22. *Ibid.*, 262-263.

Beauchamp y Childress tratan de averiguar cuándo puede estar justificado el paternalismo fuerte, pues, con este tipo de intervenciones, fácilmente se puede incurrir en abusos y arbitrariedades al interponer el criterio médico a la voluntad del paciente. En consecuencia, creen que sólo se puede actuar bajo la tutela del paternalismo fuerte si:

1. Un paciente está expuesto al riesgo de un daño significativo y prevenible;
2. La acción paternalista probablemente prevendrá ese daño; 3. Los beneficios proyectados de la acción paternalista para el paciente sobrepasan a los riesgos para el citado paciente; 4. Se adoptará la alternativa menos restrictiva de la autonomía que asegure los beneficios y reduzca los riesgos²³.

Después de finalizar el análisis del principio de beneficencia en la medicina clínica, continúan su investigación estudiando las decisiones de política social e institucional en cuanto a los beneficios, vistos en función de los costes y los riesgos. Para evaluar dichas decisiones se basan en lo que denominan *análisis coste-efectividad (ACE)* y *análisis coste-beneficio (ACB)*²⁴; para estos autores:

Tanto el ACE como el ACB tratan de identificar, medir, comparar y evaluar todos los costes y consecuencias relevantes de políticas, programas y tecnologías en términos cuantitativos. Sin embargo los dos pueden distinguirse por los términos en los que hacen constar el valor de los resultados. En el ACB, tanto los beneficios como los costes son valorados en términos monetarios. En el ACE, los beneficios son valorados en términos no monetarios, como por ejemplo años de vida, años de vida ajustados a la calidad de vida, o a casos de enfermedad²⁵.

2.3.4. El principio de justicia

Beauchamp y Childress fueron conscientes de la dificultad que suponía exponer distintos principios de justicia, pues, “la construcción de una teoría comprehensiva y unificada de la justicia que capte nuestras diversas concepciones puede ser imposible”²⁶. En este sentido, optan por el término justicia distributiva, que, según ellos, es la forma más coherente para repartir y asignar a cada persona la parte correspondiente de los beneficios de que puede disponer y de las cargas que debe asumir. Este principio de justicia se funda en la máxima “los iguales deben ser tratados igualmente y los desiguales deben ser tratados desigualmente”²⁷; este axioma es considerado el aspecto formal del principio, ya que indica la manera de tratar equitativamente a las personas, sólo eso. Evidentemente, desde la perspectiva formal no se explica “quiénes son iguales” o “cuáles son las guías que establecen las similitudes

23. *Ibid.*, 268.

24. *Ibid.*, 278.

25. *Ibid.*, 279.

26. *Ibid.*, 311.

27. *Ibid.*, 313.

y las diferencias”, etc., puesto que su función no es la de concretar toda esa serie de circunstancias, sino simplemente la de establecer el criterio mediante el cual se hace el mencionado reparto de beneficios y servicios anteriormente aludido. La concreción la dan los principios materiales de justicia, que establecen las características que dirigen la distribución. En *Principles of Biomedical Ethics* se identifican varios de ellos, tales como “a cada persona una parte igual”, “a cada persona de acuerdo con la necesidad”, “a cada persona de acuerdo con el esfuerzo”, “a cada persona de acuerdo con la contribución”, “a cada persona de acuerdo con el mérito”, a cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado”²⁸. Será a partir de estos principios materiales de justicia desde donde surjan las controversias y diferencias entre las distintas cosmovisiones socio-políticas que participan en el debate social; es decir, desde el momento en que se traspasa a la vida real los conceptos teóricos de justicia:

Todas las políticas públicas e institucionales, basadas en la justicia distributiva, se derivan finalmente de la aceptación (o el rechazo) de algunos principios materiales y algunos procedimientos para especificarlos y perfeccionarlos, y muchas disputas sobre la política correcta o la distribución surgen de puntos de partida opuestos, o al menos alternativos, con diferentes principios materiales²⁹.

Es importante tener en cuenta esta apreciación, porque desde el mismo principio formal de justicia se puede llegar a políticas sanitarias diferentes, e incluso opuestas, pues el *leitmotiv* de la justicia distributiva viene dado a partir de sus principios materiales, que condicionan no sólo la interpretación de igualdad sino también la de las políticas sanitarias a seguir. Así, una de las funciones principales de estos principios es la de identificar las propiedades relevantes que califican a la persona y la hacen acreedora de unos servicios sanitarios.

También hay que tener en cuenta que las distintas formas de justicia distributiva se han desarrollado en el horizonte de diferentes teorías socio-políticas, tales como la utilitarista, la liberal, la comunitarista, la igualitarista, etc. Entre estas últimas, la teoría de la justicia propugnada por Rawls, unida a la propuesta del mínimo decente de asistencia sanitaria, ha propiciado que lo que se denomina oportunidad justa se convierta en un tema de debate para la teoría de la justicia social³⁰. La oportunidad justa es una forma de justicia distributiva que tiene como principio:

(...) que nadie debe tener garantizados beneficios sociales sobre la base de condiciones ventajosas no merecidas (porque ninguna persona es responsable de tenerlas) y que a nadie se deberían negar beneficios sociales sobre la base de condiciones desventajosas no merecidas (porque tampoco son responsables de esas propiedades). Dichas condiciones distribuidas por la lotería de la vida social

28. *Ibid.*, 315.

29. *Ibid.*, 315.

30. *Ibid.*, 325-326.

y biológica no son base para una discriminación moralmente aceptable entre las personas a no ser que la gente tenga una oportunidad justa de adquirirlas o superarlas³¹.

Esta forma de entender la justa distribución de los bienes sanitarios sitúa sus prioridades en aquellas personas que, en la lotería de la vida, no han tenido la suerte de quedar acomodadas en posiciones ventajosas en el reparto de las condiciones socio-biológicas, que en numerosas ocasiones son causa de marginación y miseria. A pesar de ello, también se pretende buscar algún límite hasta el que se deba actuar siguiendo la regla de la oportunidad justa, pues si es un criterio de compensación, llegará un punto en que la balanza esté equilibrada. Así, H. Tristram Engelhardt, desde posturas liberales, sitúa ese punto en la frontera entre lo injusto y lo desafortunado, si bien por desgracia no es nada precisa la línea que separa lo uno de lo otro³².

Otro foco de atención del principio de justicia está centrado en el mínimo decente de asistencia sanitaria al que tendría derecho toda persona, independientemente de cualquier circunstancia o condición. Este concepto, que se encuentra en relación con la regla de la oportunidad justa, hace referencia a las prestaciones sanitarias de primer nivel, es decir, a las necesidades básicas y a las catástrofes:

El nivel 1 cubriría, presumiblemente, al menos las medidas de salud pública y asistencia preventiva, atención primaria, asistencia en casos agudos, y servicios sociales especiales para aquellos que tengan discapacidades. En esta concepción, las obligaciones de la sociedad no son ilimitadas y están reguladas por un modelo general de una red de seguridad para todo el mundo, y este modelo debe ir acompañado de una explicación de las distribuciones sociales justificables. De otro modo, el 'mínimo decente' es una vaga abstracción³³.

Según Beauchamp y Childress, esta propuesta de asistencia sanitaria tiene la ventaja de que puede ser aceptada desde concepciones socio-políticas que estén fundadas en planteamientos distintos, tales como los liberales, los utilitaristas, comunitaristas e igualitaristas, pues asume criterios que son compartidos por todos ellos; además, da margen para que pueda existir otro tipo de sistema sanitario en el que se puedan contratar las prestaciones que no cubre el mínimo decente. Obviamente, esta forma de concebir el sistema sanitario refleja el pensamiento norteamericano, donde el gestor de los seguros médicos son compañías privadas, en contraposición con el modelo europeo que es gestionado por el estado y tiene una cobertura no de mínimos sino de máximos, con independencia de que, particularmente, se puedan contratar otros servicios médicos privados, paralelos a los de la red sanitaria pública.

31. *Ibid.*, 326.

32. *Ibid.*, 326-329.

33. *Ibid.*, 341.

Asimismo, en *Principles of Biomedical Ethics* se tiene en cuenta la distribución del presupuesto de asistencia sanitaria según prioridades. En este contexto, hay que tener en cuenta que, en el último cuarto de siglo, al menos en los países desarrollados, los gastos sanitarios se han multiplicado por causa del envejecimiento de la población y por la incorporación de las nuevas tecnologías en medicina. En otras partes del mundo, como puede ser África, las cosas son bien distintas, pues en gran parte de los países de ese continente la población ni siquiera tiene acceso a un sistema sanitario que cubra la atención primaria.

2.4. Otras fundamentaciones

Además del principalismo, en el entorno norteamericano surgieron también otras formas de fundamentación de la bioética; de ellas, sin duda, una de las más atractivas es la concebida por Edmund Pellegrino y David Thomasma en *The Virtues in Medical Practise*³⁴, basada en la teoría de la virtud. Esta corriente de pensamiento hunde sus raíces en la filosofía clásica, especialmente en Aristóteles y en su manera de entender al ser humano como ser racional, capaz de descubrir y adoptar ciertas actitudes que lo sitúan en el horizonte del bien y de la felicidad. Dichas actitudes son fruto del aprendizaje, del esfuerzo y de la perseverancia en una forma de concebir la vida, que propicia la bondad moral y la perfección personal³⁵. En este contexto, no se puede olvidar la importancia que, ya desde antiguo, ha tenido la teoría de la virtud en la ética cristiana, vía que siguieron estos autores al publicar, años después, *The Christian Virtues in Medical Practice*³⁶, con el propósito de vivir su vida profesional a partir de su compromiso con el Evangelio en un mundo plural y laico. Así, tal y como ellos mismos manifiestan:

Este volumen procede partiendo de las virtudes teologales de la fe, la esperanza y la caridad, hasta las virtudes prácticas, como la prudencia la justicia y la compasión. La caridad, el amor al prójimo, es la virtud ordenadora de la ética cristiana, la médica y otras. Debería conformar todas las relaciones sanitarias... Un compromiso cristiano, si es fiel y está completamente presente en un profesional sanitario, transforma esa profesión en una vocación³⁷.

De esta manera, Pellegrino y Thomasma sitúan este libro en el marco de la bioética cristiana, a la que citaremos más adelante, pues difícilmente se puede hablar de esta ciencia sin tener en cuenta las aportaciones realizadas

34. PELLEGRINO, Edmund, D.; THOMASMA, David, C., *The Virtues in Medical Practice*, New York, Oxford University Press, 1993.

35. ARISTÓTELES, *Moral a Nicómaco*, Madrid, Espasa Calpe, sexta edición, 1993.

36. PELLEGRINO, Edmund, D.; THOMASMA, David, C., *The Christian Virtues in Medical Practice*, Washington (USA), Georgetown University Press, 1996; *Las virtudes cristianas en la práctica médica*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 2008.

37. PELLEGRINO, Edmund, D.; THOMASMA, David, C., *Las virtudes cristianas en la práctica médica*, op. cit., 18.

por los teólogos y los moralistas cristianos, tal y como es reconocido desde muy distintas instancias. Así lo afirma Albert Jonsen en el segundo capítulo de su libro *The Birth of Bioethics*³⁸, donde muestra la gran importancia que tuvieron en los orígenes de esta disciplina las reflexiones de autores cristianos.

También la casuística ha hecho su aparición en el marco de la fundamentación bioética de la mano de A. Jonsen y S. Toulmin. Desde esta perspectiva ética se pretende acercar la praxis a la toma de decisiones en biomedicina a partir de ciertos casos paradigmáticos. Se trata de establecer la similitud que puede existir entre el arquetipo, cuyas conclusiones han sido ampliamente estudiadas y aceptadas, y el caso particular que se pretende resolver³⁹. Estos autores han renovado una metodología tradicionalmente utilizada en épocas pasadas como alternativa a los sistemas deductivos, basados en conceptos abstractos alejados de la realidad experiencial. En este sentido, la nueva casuística critica al principialismo por la indeterminación y la ambigüedad que generan sus principios a la hora de alcanzar una certeza moral en las decisiones bioéticas⁴⁰.

Además de éstas, otras fundamentaciones, como la defendida por H. Tristram Engelhardt en *The Foundations of Bioethics*⁴¹, o la que sostienen K. D. Clouser y B. Gert con su Teoría de la Regla imparcial⁴², son también de procedencia estadounidense, ámbito en el que la bioética se ha desarrollado de una manera espectacular.

Con todo, no deben olvidarse las aportaciones realizadas desde la bioética europea. Así, autores como Diego Gracia han contribuido de manera singular a esta ciencia. En sus *Fundamentos de Bioética*⁴³ da a conocer una propuesta de fundamentación basada en una ética formal de bienes de corte zubiriano en la que sitúa los tres principios de beneficencia, autonomía y justicia:

(...) propone aceptar no solamente unos principios básicos, sino también la fundamentación que constituye su marco de referencia, lo que permite situar a dichos principios jerárquicamente en el seno de una sociedad plural en la que se

38. JONSEN, Albert, R., *The Birth of Bioethics*, New York - Oxford, Oxford University Press, 1998.

39. BEAUCHAMP, Tom, L., *La Forza del Paradigma dei Principi in Bioetica: Bilancio di 25 Anni di Bioetica. Un rapporto dai pioneri*, 104-105.

40. *Ibid.*, 105.

41. ENGELHARDT, H. Tristram, *The Foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1996, 2ª ed.

42. CLOUSER, K. D., *Common Morality as an Alternative to Principlism*: Kennedy Institute of Ethics Journal 5 (1995) 219-236; CLOUSER, K. D., GERT, B., *Morality vs. Principlism*: Principles of Health Care Ethics, (ed) R. Guillon, New York: John Wiley and Sons, 1994, 251-266; GERT, B., CULVER, CH. M., CLOUSER, K. D., *Bioethics: a Return to Fundamentals*, New York: Oxford University Press, 1997, 71-92.

43. GRACIA, Diego, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989; *Fundamentos de Bioética*, Madrid, 2ª ed., Triacastela, 2007.

legisla para todos y no únicamente para un determinado grupo o colectivo. Parte, pues, de un canon de referencia (reciprocidad y universalidad) que posibilita lo que denomina el “esbozo”, a partir del cual surgen los principios como normas deontológicas (...)⁴⁴.

Una vez finalizada esta breve enumeración de algunas de las principales fundamentaciones que han aparecido en el panorama biocientífico internacional, hay que reconocer que la mayoría de ellas han nacido en diálogo y como alternativa a la teoría de Beauchamp y Childress que, hoy por hoy, sigue siendo la propuesta más reconocida y aceptada por la comunidad científica y demás sectores sociales. Esto no significa que las demás proposiciones tengan un perfil argumentativo más débil y resulten menos eficaces en la resolución de dilemas biocientíficos, sino que no han alcanzado la difusión y el consenso logrado por el paradigma principialista. Sin embargo, en ocasiones pueden ser una ayuda inestimable para decidir en situaciones complejas y comprobar que, tanto con un modelo como con otro, se llega a la misma solución del conflicto bioético, pues con todos ellos se debe pretender buscar la corrección ética en las decisiones y no la justificación de posturas predefinidas. Obviamente, cada persona se encontrará más cómoda en una formulación que en otra por diferentes razones, tales como la ideología, la confesionalidad religiosa, etc., pues no es lo mismo partir de concepciones humanistas, que consideran a todo hombre y a toda mujer fin en sí mismos y con una dignidad inviolable, que hacerlo desde planteamientos posmodernos donde los valores absolutos no tienen cabida.

Así las cosas, es frecuente encontrarse con que un mismo dilema bioético se resuelve de muy distinta manera, ya que a los mismos interrogantes que el ser humano plantea sobre su propia existencia, su salud, su vida, etc., se puede responder de diferente modo, por no decir de manera contradictoria. Esta paradójica situación tiene su origen en las distintas formas que tiene la persona de concebir su propia naturaleza, especialmente en los estados occidentales laicos y pluralistas, donde cada grupo social, político o religioso tiene su propio código deontológico sobre lo que debe ser respetado y lo que no; en consecuencia, lo que para unos significa defender los derechos más fundamentales de la persona, para otros supone la violación de sus valores más elementales. Este terrible contrasentido que viven el hombre y la mujer del comienzo del tercer milenio, en cuanto a su propia mismidad, a su ser persona, no parece que tenga una solución fácil, ya que en la mayoría de los casos supondría renunciar a postulados asumidos como señas de identidad. En conclusión, al menos por el momento, a lo más que se puede aspirar es a fórmulas consensuadas por ley, las cuales permiten (pero no obligan) realizar en determinadas circunstancias ciertas prácticas, investigaciones, etc., que tocan aspectos vitales de la persona. Tal es el caso de la nueva *Ley de Investigación Biomédica* publicada en el BOE en el año 2007 y de la que se hablará a continuación.

44. VELASCO, Juan M. de, *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*, op. cit., 132.

3. LA LEY DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

El 4 de julio de 2007 se publicaba en el Boletín Oficial del Estado la nueva *Ley de Investigación Biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, en adelante LIB)*. La *LIB* constituye una de las legislaciones europeas más vanguardistas y ambiciosas en lo que compete a la “investigación con células troncales embrionarias” (células madre embrionarias). Asimismo, regula la creación de diversas Comisiones y Comités con la finalidad de velar por la buena práctica en materias tan delicadas como las que pretende normalizar (Comités Éticos de Investigación, Comisión de Garantías para la Donación y Utilización de Células y Tejidos Humanos y el Comité de Bioética de España). Por otra parte, también recoge todo lo concerniente a los análisis genéticos, las muestras biológicas humanas y la creación de biobancos. Se excluyen del ámbito de esta legislación las implantaciones de órganos, tejidos y células de cualquier origen.

Como era de esperar, las reacciones que ocasionaron, en primer lugar, el *Proyecto*, y la propia *LIB* después, fueron de lo más dispar y proliferaron manifestaciones tanto a favor como en contra. Pero, con independencia de esta diferencia de pareceres, se puede afirmar sin temor a equivocarse que esta regulación marcará un antes y un después en la investigación con células troncales embrionarias en este país. Por esta razón, no es de extrañar que, desde distintos ámbitos de investigación y de reflexión, se argumente y se expongan criterios para fundamentar la conformidad o el rechazo de lo que propone la *LIB*.

Los motivos que, desde el terreno legislativo, se alegan para legislar son obvios: los recientes avances científicos, así como “las incertidumbres éticas” y “legislativas” que crean estas nuevas técnicas de investigación.

Todas estas circunstancias hacen que no sean pocas las causas de preocupación que la nueva *Ley* trae consigo, pues lo que para algunos sectores y grupos sociales representa dar carta de ciudadanía al progreso y al avance de la ciencia, para otros, por el contrario, supone vulnerar la dignidad y los derechos más fundamentales del ser humano.

En este sentido, lo que se pretende en este apartado del presente trabajo es analizar y estudiar críticamente algunos de los puntos más conflictivos de la *LIB*; particularmente, las distintas formas de enjuiciar los dilemas bioéticos que propician las nuevas técnicas de investigación ahora en vigor.

En primer lugar, se debe valorar positivamente la iniciativa de regular la investigación en biomedicina. Con estas palabras laudatorias no se pretende enjuiciar lo que dice la *Ley*, es decir, su forma de entender y estimar lo que debe ser legal y por qué; sólo se quiere hacer hincapié en algo que no debe pasar desapercibido: la gran importancia que tiene la investigación en estas áreas de la ciencia. Resulta incuestionable que con dichas investigaciones están en juego aspectos fundamentales de la vida humana, cuestión que no puede quedar al libre albedrío y a la buena voluntad de los individuos y de las

entidades que están trabajando en la investigación científica, pues tal y como se dice en la *LIB*:

(...) estos avances científicos y los procedimientos y herramientas utilizados para alcanzarlos, generan importantes incertidumbres éticas y jurídicas que deben ser convenientemente reguladas, con el equilibrio y la prudencia que exige un tema tan complejo que afecta a la identidad del ser humano.

En segundo lugar, también merece una mención especial el interés que muestra la *LIB* por la defensa de la dignidad e identidad del ser humano y su deseo de protegerlas ante cualquier posible agresión que pudiese provenir de una mala práctica investigadora:

(...) la ley se construye sobre los principios de la integridad de las personas y la protección de la dignidad e identidad del ser humano en cualquier investigación biomédica que implique intervenciones sobre seres humanos, así como en la realización de análisis genéticos, el tratamiento de datos genéticos de carácter personal y de las muestras biológicas de origen humano que se utilicen en investigación.

En tercer lugar, tampoco resulta baladí ni debe olvidarse la gran repercusión que tienen estas “investigaciones” en el marco social, especialmente en el ámbito político y económico. Hace algunos años, concretamente en el 2003, *el Informe sobre el Desarrollo Humano de la ONU* llamaba la atención sobre los recursos que se destinaban a ciertas investigaciones biotecnológicas en detrimento de otras, fundamentales para paliar numerosas enfermedades endémicas que afectan a millones de personas en zonas del tercer mundo:

A pesar del enorme potencial de los recientes avances en biotecnología, relativamente poca inversión está orientada a la tecnología que ayuda a solucionar los problemas de la pobreza. En medicina, por ejemplo, la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud ha detectado una “notable subinversión” en las enfermedades que más afectan a los pobres. Entre ellas se incluyen enfermedades tropicales como kala-azar, enfermedad de Chagas y enfermedad del sueño, además de las principales infecciones mortales (VIH/SIDA, tuberculosis, paludismo). En conjunto, las enfermedades tropicales y la tuberculosis suponían el 11% de la carga mundial de enfermedad de 1999. Sin embargo de los 1.393 nuevos medicamentos aprobados entre 1975 y 1999, sólo 16, algo más del 1%, estaban desarrollados para esas dolencias.... Las empresas farmacéuticas y los países ricos representan el 93% del gasto mundial en investigación y desarrollo en salud. Los países pobres y las enfermedades de los pobres suponen poco en términos de mercado puesto que los países en desarrollo representan menos del 2% del mercado de los principales productos farmacéuticos. Como resultado los países pobres se benefician de las inversiones mundiales en investigación sólo cuando padecen enfermedades que también afectan a los países ricos, como en el caso del VIH/SIDA. Incluso entonces los países pobres no pueden compartir los frutos de dicha investigación debido a los altos precios que se mantienen con ayuda de patentes, como sucede con los medicamentos retrovirales para el VIH/SIDA⁴⁵.

45. PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD), *Informe sobre el desarrollo humano 2003*, Madrid: Mundi-Prensa, 2003, 158.

En cuarto lugar, otro factor importante a tener en cuenta, al hablar de la *Investigación Biomédica*, está relacionado con lo que se podría denominar el “dominio tecnológico”, al que casi nadie está dispuesto a renunciar. Pero, por desgracia, en numerosas ocasiones, poseer ese dominio y permanecer a la vanguardia de la investigación exige “prácticas” que están en esa incertidumbre ética a la que se aludía anteriormente. Además, como siempre habrá alguien dispuesto a realizar aquello que sea tecnológicamente posible, aunque traspase la frontera de lo ético, permanecer en la vanguardia científica podría significar participar en una carrera imparable por la posesión del conocimiento biocientífico y de la propiedad intelectual e industrial de sus resultados. Esto puede dar origen a que las legislaciones se basen en “meros consensos” que miren más a las exigencias impuestas por las biociencias que a otro tipo de razones.

Estas observaciones son de capital importancia para considerar los resultados de las “investigaciones biomédicas” como “auténtico progreso”, es decir, para que sus resultados sean beneficiosos para todo hombre y toda mujer independientemente de su situación o condición; dicho con otras palabras, para que no sean fuente de discriminación o manipulación de unos seres humanos en beneficio de otros. Por tanto, una consecuencia básica que se desprende de la *LIB* está indisociablemente unida al discernimiento de las “incertidumbres éticas” que las nuevas tecnologías ponen en juego.

Así, ya desde las disposiciones generales de la *LIB* se pueden apreciar planteamientos y definiciones que son discutidos en el ámbito científico. Por ejemplo, cuando en el artículo primero se habla de la dignidad y de la identidad del ser humano, sería bueno saber qué significa para el legislador cada uno de los términos, pues son muchas las formas de comprenderlas y valorarlas. Tanto la una como la otra, es decir, la dignidad como la identidad humana, concretan y constituyen el punto de partida de la legislación y de lo que se quiere defender en todo momento. En consecuencia, ser conscientes de lo que representan y de lo que se quiere dar a entender cuando se hace referencia a ellas es una necesidad de primer orden:

Sin duda, en los grandes dilemas éticos que hoy se presentan en la frontera de las investigaciones médicas, lo que está en juego es la *esencia misma del hombre en cuanto persona*, que se resiste a ser tratada como cosa, es decir a la cosificación a que está abocada el ser mismo de la persona si no se clarifica y se acota hasta dónde el propio ser humano puede ser objeto de la investigación científica. En efecto, el ser humano comienza a ser visto y corre el peligro de ser reducido a ‘status’ de ‘cosa’ que se puede moldear como cualquier objeto técnico a voluntad de su constructor⁴⁶.

Por esa misma razón, la primera pregunta que debe ser respondida es la referida a cuándo comienza la identidad humana: ¿con la aparición del ADN?

46. MARTÍNEZ MORÁN, Narciso, *Persona, Dignidad Humana e Investigaciones Médicas*, en *Biotecnología, derecho y dignidad humana*, coord. Narciso Martínez Mórán, Granada: Comares, 2003, 4.

¿en otro estadio de la vida? ¿a partir de la anidación? ¿desde la organogénesis? ... En este sentido, es necesario distinguir la diferencia que existe entre “tener vida” y constituir “un ser viviente”, criterio indispensable a tener en cuenta a la hora de dar una respuesta coherente a esta cuestión inicial:

En principio, y atendiendo sólo a las características morfológicas, de un conjunto de células con fenotipo embrionario (por ejemplo de ratón) y que están creciendo en un medio adecuado, se podría afirmar tanto que son células murinas vivas, como que es un embrión precoz (en fase previa a la implantación, y que algunos consideran que es un conjunto celular ‘pre-embionario’) de ratón, o un conjunto celular ordenado de tal modo que dará lugar a dos individuos gemelos, etc. Sin embargo, la ambigüedad de las respuestas no es ambigüedad de la realidad. El criterio macro-morfológico puede ser insuficiente para definir con precisión de qué realidad se trata: se requiere un criterio que no deje lugar a dudas acerca de la diferencia real entre vida y viviente individual. La pregunta se formula por tanto como qué organización de la materia confiere el carácter de *tener vida* y qué confiere el carácter de *ser vivo*. En el caso del hombre esta cuestión es esencial ya que todo ser humano, y sólo el viviente de la especie *Homo sapiens*, es persona. Y por el contrario carece de realidad personal cualquier material celular capaz de multiplicarse, tener actividad vital pero no constituyendo una realidad orgánica, unitaria; un todo orgánico o viviente⁴⁷.

Por otra parte, tampoco se debe olvidar que este debate rebasa el horizonte de las ciencias empíricas. Las ciencias humanas también participan activamente en el mismo; así, Roberto Adorno desde planteamientos ético-jurídicos, citando a Robert Spaemann, dice que:

(...) si aceptamos que los derechos humanos existen, parece innegable que el primero de estos derechos consiste en que nadie está autorizado para poner en discusión la pertenencia de otro a la categoría de hombre que posee semejante derecho. Pues, ‘si alguien estuviera autorizado a plantear esta cuestión y, por consiguiente, a privarme de ese derecho –en virtud de propiedades que no dependen de mi libre albedrío–, ese derecho no sería tal, sino una concesión’. Por ello, ‘sólo cuando el hombre es reconocido como persona sobre la base de lo que es simplemente por naturaleza, puede decirse que el reconocimiento se dirige al hombre mismo y no a alguien que cae dentro de un concepto que otros han convertido en criterio para el reconocimiento. Como es natural, de aquí se deduce que todo límite temporal para su reconocimiento inicial como hombre es convencional, y por tanto tiránico⁴⁸.

De igual forma, también la filosofía participa en esta polémica disputa científica, pues los conceptos de “identidad”, “ser”, “persona”, etc., corresponden a su propia epistemología, a su propio conocimiento. Y es que si sólo se tiene en cuenta lo que dicen las biociencias se puede incurrir en graves errores. Esta afirmación no es algo trivial, ya que olvidar el humanismo cien-

47. LÓPEZ MORATALLA, Natalia; MARTÍNEZ-PRIEGO, Consuelo, *El embrión humano como individuo: una visión epigenética*: en *La humanidad in vitro*, Jesús Ballesteros (coord.), Granada: Comares, 2002, 193-194.

48. ANDORNO, Roberto, *Bioética y dignidad de la persona*, Madrid: Tecnos, 1998, 70-71.

tífico supone dejar de lado todo lo que supera el resultado experimental de la investigación. Las ciencias empíricas dicen cuándo aparece un nuevo ADN, cuándo se da la anidación del embrión, etc., pero como datos neutros, aunque sean esenciales. Por consiguiente, lo que corresponde a las biociencias y lo que deben hacer, es contribuir con esos datos. Otro tipo de aportaciones corresponden a otras áreas del saber, igualmente imprescindibles y necesarias para llegar a conclusiones ciertas. De todas formas, tampoco las ciencias humanas son un mar de aguas tranquilas; las discrepancias y la disparidad de criterios de filósofos, moralistas y juristas son similares a las que enfrentan a los biocientíficos. Según lo dicho, y en abierta oposición con lo apuntado anteriormente por Andorno desde sus planteamientos ético-jurídicos, el filósofo Javier Sádaba dice:

(...) se está cayendo en el error de confundir la categoría lógica de potencialidad con la ontológica de poder. Dicho de otra manera, el cigoto *puede*, en el sentido de que está dentro de sus *posibilidades*, construir un ser humano. Pero no es un ser humano. Para eso tendría que ser ya con su *poder* un individuo humano. Hay que señalar, además, que una de las posibilidades del cigoto y de sus estadios inmediatamente posteriores es la de desarrollarse hasta llegar a ser un individuo. Las otras son ir convirtiéndose en agua, desaparecer, etcétera. No existe, en consecuencia, la *determinatio ad unum*⁴⁹.

Igualmente, también las religiones participan en este debate con argumentos propios. Así, el Magisterio de la Iglesia Católica ha manifestado en numerosas ocasiones su posición en esta materia, defendiendo la vida humana desde el mismo momento de la concepción:

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 modo constante la condena moral de cualquier tipo de aborto procurado. Esta enseñanza permanece inmutada y es inmutable.

Por tanto, el fruto de la generación humana desde el primer momento de su existencia, es decir, desde la constitución del cigoto, exige el respeto incondicionado que es moralmente debido al ser humano en su totalidad corporal y espiritual. El ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida⁵⁰.

En consecuencia, una vez expuestas algunas de las diferentes formas de entender y valorar la realidad del embrión humano, la primera cuestión a diri-

49. SÁDABA, Javier, *Principios de la bioética laica*, Barcelona: Gedisa, 2004, 89-90.

50. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción Donum Vitae sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* l. 1.

mir es la de preguntarse si es posible encontrar una solución al dilema moral sobre si debe merecer igual respeto que una persona. Al final, hasta el día de la fecha, lo único que se ha conseguido son posturas enfrentadas y sin ánimo de conciliación, y que, por consiguiente, sólo conducen a diálogos estériles y a callejones sin salida.

Por su parte, la *LIB*, en el Artículo 2 afirma que:

Se asegurará la protección de la dignidad e identidad del ser humano con respecto a cualquier investigación que implique intervenciones sobre seres humanos en el campo de la biomedicina, garantizándose a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a la integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales.

La *LIB* no deja resquicio a la duda de lo que pretende proteger en el ser humano: su dignidad, su identidad, sus derechos... Pero ¿quién es ese ser humano? Ciertamente, a lo que denomina “preembrión” no, pues, como se verá más adelante, puede ser material biológico para las investigaciones biomédicas.

En el Artículo 3, al que titula definiciones, da la respuesta conceptual a los términos biocientíficos que se utilizan en el *LIB*. Así, al definir el embrión se dice:

(...) fase del desarrollo embrionario que abarca desde el momento en el que el ovocito fecundado se encuentra en el útero de una mujer hasta que se produce el inicio de la organogénesis, y que finaliza a los 56 días a partir del momento de la fecundación, exceptuando del cómputo aquellos días en los que el desarrollo se hubiera podido detener.

En esta definición no se tienen en cuenta las primeras fases de desarrollo del embrión engendrado de forma natural, es decir, desde que se produce la fecundación en las trompas de Falopio de la mujer hasta que llega a su útero; durante ese tiempo ¿cómo se le denomina?, ¿es también un embrión o, por el contrario, es un “preembrión”? En el mismo artículo de la *LIB* se dice que el preembrión es:

(...) el embrión constituido in vitro formado por el grupo de células resultante de la división progresiva del ovocito desde que es fecundado hasta 14 días más tarde.

Por tanto ¿se puede decir que por el mero hecho de introducir un preembrión en el útero materno se convierte en embrión? Si es así, lo que le da a esa vida humana su “status” de embrión no es su identidad genética sino su localización.

Entonces, sería bueno saber qué es lo que da categoría de “ser humano” a esa vida incipiente: ¿una decisión basada en un consenso o la existencia objetiva de un ser sujeto de derechos? Resulta significativo matizar esta respuesta; en primer lugar, para saber cuál es el criterio que establece el

concepto de ser humano, y en segundo lugar, para conocer quién es el que instituye dicho principio.

Asimismo, la *LIB* trata la donación de embriones y de fetos humanos para la investigación biomédica. En el Artículo 28 se dice que embriones y fetos pueden ser objeto de la investigación biomédica:

Los embriones humanos que hayan perdido su capacidad de desarrollo biológico, así como los embriones o fetos humanos muertos, podrán ser donados con fines de investigación biomédica u otros fines diagnósticos, terapéuticos, farmacológicos, clínicos o quirúrgicos.

En este artículo de la *LIB* se autoriza la investigación con aquellos embriones que hayan perdido su capacidad de desarrollo biológico, aparte de los fallecidos. Habría que preguntarse qué significa para el legislador perder la capacidad de desarrollo biológico, ya que es un término muy general que no tiene ningún tipo de precisión.

Por su parte, en el artículo 32, se dice que:

1. La investigación con ovocitos y preembriones deberá contar con el consentimiento de las personas de las que provengan, las cuales podrán revocarlo en cualquier momento de la investigación realizada.
2. La donación de ovocitos y de preembriones se regirá por lo dispuesto en la Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre técnicas de reproducción asistida.

Da la impresión de que, con los debidos consentimientos y cumpliendo los requisitos que exige la *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida*, se puede investigar con todos aquellos “preembriones sobrantes procedentes de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida”, según estipula el artículo 15 de la mencionada *Ley*. Es decir, parece que se trata más bien de una decisión personal y no de otra razón, la que permite utilizar preembriones humanos como material genético para investigaciones o experimentaciones biomédicas.

Otro artículo que merece especial atención es el 33. En él se dice taxativamente que se prohíbe la creación de preembriones y embriones humanos con el fin de experimentar con ellos. Además se afirma que:

2. Se permite la utilización de cualquier técnica de obtención de células troncales humanas con fines terapéuticos o de investigación, que no comporte la creación de un preembrión o de un embrión exclusivamente con este fin, en los términos definidos en esta Ley, incluida la activación de ovocitos mediante transferencia nuclear.

Así pues, en el segundo párrafo del artículo parece regularse favorablemente la “activación de ovocitos mediante transferencia nuclear”. Y esto obliga a preguntarse qué diferencia existe, al menos en cuanto a su posible

desarrollo, entre un preembrión producido “in vitro” de otro preembrión conseguido por medio de una transferencia nuclear. Biológicamente, en las mismas condiciones, tanto uno como otro, al menos en teoría, tienen capacidad para desarrollar un ser maduro de la especie a la que pertenezca el preembrión. Por tanto, embrión, preembrión, realidad genética obtenida por transferencia nuclear y activación de ovocito, al final, vienen a denominar a una realidad genética que corresponde a un estado de vida organizada e incipiente⁵¹. Por otra parte, parece claro que la obtención de embriones somáticos por activación de ovocitos y transferencia nuclear no está considerada clonación, aunque para algunos científicos lo sea, ya que el ser que provenga de ese embrión somático, obtenido por ese procedimiento, no tiene enriquecimiento genético alguno y conservará el ADN del núcleo implantado en el ovocito. Estas y otras particularidades convierten a la *LIB* en un texto de difícil comprensión, ya que da la impresión de que lo que por un lado se prohíbe por otro se permite.

Como era de esperar, estas novedades legislativas no han cerrado y dado por concluido el debate social sobre el estatuto del embrión humano; la polémica continúa. En este sentido, aunque de forma matizada, el Preámbulo de la *LIB* se hace eco de estas vicisitudes:

En efecto, tanto en el ámbito internacional como en el seno de la sociedad española algunos de los aspectos más sensibles relacionados con la investigación biomédica han sido objeto de debate abierto y extenso, lo que ha permitido deducir principios y criterios, de cada vez más amplia aceptación, a partir de los cuales construir normas y reglas de conducta que logren establecer el necesario equilibrio entre las necesidades de los investigadores y la confianza de la sociedad en la investigación científica.

Se dice que cada vez es mayor el consenso social y la aceptación de los principios y criterios propuestos en la *LIB*, y es cierto. Pero al mismo tiempo, con la misma rotundidad, se debe afirmar que corroborar la creciente aceptación de las nuevas propuestas de investigación no significa que las propuestas contrarias sean minoritarias y que sólo sean un reducido bastión de confesiones religiosas. Nada más alejado de la realidad, ya que son muchas las voces que, desde distintos sectores sociales, manifiestan su disconformidad con la nueva normativa ahora en vigor y reclaman un trato respetuoso para el embrión humano, origen de una vida que no puede ni debe ser tratada con fines distintos a los que su propio bien exige.

En genética no se cuestiona cuándo surge la vida de un ser humano. La fecundación es el origen de un proyecto vital que, desde esos primeros momentos iniciales, tiene trazado su destino biológico en el ADN impreso en sus células. En consecuencia, el embrión resultante de la unión del óvulo y del espermatozoide no es un mero agregado celular sino una vida incipiente y organizada de la que puede nacer un ser humano:

51. LACADENA, Juan R., *El Proyecto de Ley de Investigación Biomédica: algunos comentarios sobre aspectos éticos y científicos (08/2006)*. <http://www.isftic.mepsyd.es/w3/temáticas/genética/index.html> (consulta: 30 de Septiembre 2008).

En Genética no discutimos cuándo tiene comienzo la vida, se constata que esto ocurre en el momento mismo de la fecundación, ya que es el único momento en el que hay un antes y un después, diferenciador en lo que a la identidad genética se refiere. Es en la concepción cuando surge un programa completo, individual e irrepetible. Un programa personal, con una combinación de genes diferenciadora y distinta de la de los padres y fruto de la fusión de los núcleos gaméticos de la ovocélula y del espermatozoide. Este patrimonio hereditario propio confiere una identidad al hijo recién concebido, desde el mismo momento de la fecundación, y que no va a variar, salvo mutación somática, ni entre las células de una misma persona ni a lo largo del tiempo. Es importante tener en cuenta estos conceptos, y sobre todo hay que hacer énfasis en el factor tiempo, frecuentemente ignorado en las discusiones de las que dependen decisiones éticas sobre prácticas como el aborto, la clonación o la manipulación de embriones. Cada persona, cada individuo es único en su identidad genética desde la concepción hasta la muerte. Si un embrión se congela, se disgrega o destruye, se detiene o se altera el curso de una vida que habría proseguido sin ninguna duda un desarrollo natural hasta la configuración del individuo adulto⁵².

En este sentido, es necesario destacar tres características que acompañan el desarrollo embrionario: 1^a) la continuidad; 2^a) la aparición de nuevas propiedades; 3^a) el todo biológico no es igual a la suma de sus partes:

(...) me parece importante señalar tres aspectos relacionados con todo proceso biológico en general y con el proceso de desarrollo particular: un primer aspecto es el de *continuidad*, que imposibilita distinguir con exactitud un 'antes' y el 'después'. El segundo aspecto hace referencia, sin embargo, a que la continuidad de los procesos biológicos es compatible con la *emergencia instantánea de propiedades nuevas* cualitativamente diferentes a las existentes en un momento anterior. Por último, el tercer aspecto se refiere a que *el todo biológico no es igual a la suma de las partes*, indicando con ello el riesgo de la aplicación del reduccionismo en la Biología⁵³.

Si a esto añadimos que hasta que no se produce la anidación no está completamente fijada la unidad y la unicidad del embrión –de hecho se pueden dar la gemelación (proceso en el que de un embrión temprano surge otro u otros embriones idénticos) o, el caso contrario, el quimerismo (la unión de dos embriones formando uno sólo)⁵⁴, la polémica del “estatuto de embrión” se complica aún más de lo que en principio podría parecer. Por un lado, el no poder establecer el instante exacto de los cambios biológicos que se producen en el embrión y, por otro, la posibilidad de multiplicidad o reagrupamiento embrionario, origina que, en distintos ámbitos científicos, existan incertidumbres en determinados aspectos de la identidad personal del ser humano en

52. JOUVE DE LA BARREDA, Nicolás, *Genoma humano y clonación: perspectivas e interrogantes sobre el hombre*, Universidad de Alcalá, 2003, 20.

53. LACADENA, Juan R., *Consideraciones genético-biológicas sobre el desarrollo embrionario humano*, en *Genética Humana*, ed. Carlos Casabona, Bilbao: Universidad de Deusto-Fundación BBV, 1995, 77-78.

54. *Ibid.*, 82-85.

esa fase inicial de su existencia. Pero, no obstante lo expuesto, tampoco se pueden dejar de lado u omitirse datos fundamentales en esa etapa inaugural de la vida, ya que:

(...) al producirse la fecundación de los gametos se origina el cigoto, que reúne, ya desde el mismo instante de su formación, toda la información genética necesaria para programar la formación del nuevo ser, de manera que, de no mediar alteraciones de cualquier tipo que interfieran con el proceso, a partir del momento que empiece a funcionar el primer gen en dicha célula inicial única, programación genética conducirá inexorablemente a la formación del individuo adulto (...).

(...) estas consideraciones nos sitúan ante los interrogantes genéticos fundamentales en torno al *status* del embrión humano y que podríamos concretar en esta doble pregunta: *¿cuándo empieza la vida humana? ¿cuándo esa vida humana que empieza es ya un ser humano individualizado?*. O, dicho en otras palabras, cuando en los primeros estadios de vida embrionaria sólo hay un conglomerado de células en activa división ¿existe ya *humanidad* o se trata simplemente de un montón de *células humanas* cuya consideración no tendría que ser diferente de la de cualquier cultivo de células que habitualmente se utilizan en determinados análisis clínicos (cultivos de leucocitos, biopsias, etc.)?

En cuanto a la primera pregunta –cuándo empieza una nueva vida humana– ningún científico dudaría en responder que en el momento de la fecundación (...).

En cuanto a la segunda cuestión –cuándo la vida humana que ha empezado es ya un ser humano–, el abanico de opiniones es amplio y variopinto (...).

Volviendo, pues, al terreno científico, en cuanto a la cuestión de cuándo empieza el nuevo ser humano debemos decir que, desde el punto de vista genético, no existe hoy por hoy una respuesta científica cierta⁵⁵.

En conclusión, después de todo lo dicho, entre otras razones, además de las expuestas y aportadas anteriormente por la *Instrucción Donum Vitae*⁵⁶, da la impresión de que la persona que quiera argumentar con rigor y excluir completamente cualquier acción que pudiese dañar a un ser humano deberá, al menos desde los planteamientos éticos que se defienden en este trabajo, respetar al embrión humano (también denominado preembrión) como persona y rechazar su utilización como material genético para investigaciones biomédicas, ya que la conciencia dudosa nunca puede ser criterio de discernimiento por el simple hecho de que no llega a alcanzar el juicio moral, algo estrictamente necesario para establecer las pautas del comportamiento a seguir.

55. *Ibid.*, 81-82.

56. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción Donum Vitae sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* I. 1.

4. LA BIOÉTICA Y LA IGLESIA CATÓLICA

Como no podía ser de otra manera, también la Iglesia Católica se ha preocupado por la bioética, y lo ha hecho por la importancia que, para su Magisterio, tienen los temas que son tratados por esta ciencia. Por este motivo, desde la segunda mitad del siglo XX, las indicaciones, recomendaciones, aclaraciones, etc., han sido numerosas. Desde esa época, todos los pontífices han manifestado en repetidas ocasiones la postura oficial del Magisterio Católico ante determinadas cuestiones. Así, el Papa Juan Pablo II, en el saludo a los participantes en el Congreso Internacional “Las raíces de la Bioética”, celebrado en Roma, en febrero de 1996, afirmaba que la bioética se encuentra en la intersección de grandes realidades humanas, tales como la familia, la justicia social, la defensa del ambiente, etc., y que la Iglesia tiene el deber de afrontar estas cuestiones que rozan las mismas fronteras de la vida. Por esta razón, afirmaba que la complejidad y amplitud de los dilemas bioéticos exigen de forma urgente un mayor conocimiento de las raíces ontológicas y antropológicas que sustentan las normas éticas que guían las elecciones humanas en temas tan decisivos⁵⁷.

Del mismo modo, Benedicto XVI ha continuado por el camino trazado por el Papa Wojtyła, y desde el comienzo de su pontificado ha expresado su preocupación por las cuestiones bioéticas. Los ejemplos son numerosos; así, en el discurso de bienvenida a los participantes en el Congreso Internacional de Farmacéuticos Católicos “Las Nuevas Fronteras de la Farmacia”, en octubre de 2007, decía:

A vosotros os corresponde también ayudar a los jóvenes que entran en las diferentes profesiones farmacéuticas a reflexionar sobre las implicaciones éticas cada vez más delicadas de sus actividades y de sus decisiones. Con este fin es importante que se movilicen y se unan todos los profesionales católicos del ámbito de la salud y las personas de buena voluntad, para profundizar su formación no sólo en el campo técnico sino también en lo que concierne a las cuestiones de bioética, y para proponer dicha formación a todos los que ejercen esa profesión⁵⁸.

De igual forma, sus antecesores en el pontificado vieron la necesidad de asesorar a los católicos en estas materias. Fue, particularmente, a partir del papado de Pío XII, cuando los nuevos descubrimientos biocientíficos comenzaron a plantear dilemas éticos desconocidos anteriormente. La tranquilidad que había existido hasta entonces, en todo lo referente a la “ética hipocrática”, experimentó un cambio radical; las normas clásicas de la deontología médica, prácticamente inamovibles en siglos, resultaban insuficientes. Por este motivo, los pontífices no han dudado en intervenir públicamente y exponer el criterio del Magisterio Católico.

57. JUAN PABLO II, *Editorial: Medicina e Morale* (1996) 10.

58. BENEDICTO XVI, *Discurso del Santo Padre Benedicto XVI a los Participantes en un Congreso Internacional de Farmacéuticos Católicos (Lunes 29 de Octubre de 2007)*, http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/.../html (Consulta: 30 de Septiembre de 2008).

4.1. Algunas aportaciones del Magisterio Católico a la bioética teológica

4.1.1. La Iglesia Católica y los trasplantes de órganos

En 1954 en el Peter Bent Brigham Hospital de la Universidad de Harvard, el doctor Joseph E. Murray realizó con éxito el primer trasplante renal con donante vivo. A partir de entonces, ese tipo de operaciones se convirtió en una práctica común de la cirugía; pero habría que esperar hasta la década siguiente, hasta el 3 de diciembre de 1967, para que se realizase el primer trasplante de corazón. Ante estos acontecimientos, el Magisterio de la Iglesia tuvo que plantearse la moralidad de estas prácticas.

Cuando Pío XII, con ocasión de los primeros trasplantes de córnea⁵⁹, se pronunció sobre el tema⁶⁰, consideró lícitos, incluso, los trasplantes realizados con órganos procedentes de animales, siempre y cuando no alterasen la personalidad del sujeto. En cuanto a los realizados entre seres humanos vivos (donante y receptor), el problema se presentó en el caso de trasplantes de órganos integrales, dada la literalidad con que algunos moralistas católicos aplicaban los principios morales:

Con respecto al trasplante de órganos integrales, tales como el riñón, los moralistas católicos han estado divididos. El motivo de tal enfrentamiento lo constituía fundamentalmente el manejo de los principios de totalidad, de doble efecto, etc. Para los que aplicaban de una manera casi mecánica estos principios, los trasplantes aparecían como una mutilación directa y por lo tanto inmoral. Sin embargo, otros moralistas apelaron al principio de la caridad, al principio de la solidaridad humana y cristiana, y de esta manera aceptaron la licitud del trasplante de riñón⁶¹.

Sin embargo, Pío XII contribuyó a la interpretación de estos principios desde un horizonte espiritual y aceptó este tipo de terapias en función de un bien superior que subordinaba a todos los demás: la caridad cristiana. En el año 1958, en el discurso *Vous n'avez pas voulu*, dirigido a los participantes en el "VII Congreso Internacional del Colegio Internacional Neuropsico-Farmacológico", afirmaba que, en dichas cuestiones (terapias), el teólogo no tiene competencia directa, puesto que dependen de condiciones y circunstancias que deben ser apreciadas por la clase médica; pero al mismo tiempo añadía que el hombre tiene derecho a servirse de su cuerpo y de sus facultades superiores, si bien no como dueño absoluto, sino como administrador de los dones recibidos de Dios. Por esa razón, consideró legítimo mutilar o destruir una parte del cuerpo, si fuese necesario, por el bien integral de la persona, sin contravenir por ello el derecho divino; no obstante, también afirmaba que

59. GAFO, Javier, *Ética y legislación en Enfermería*, Madrid: Universitas, 1994, 220.

60. PIO XII, *Le premier Congrès* (13. IX. 1952): AAS 44 (1952) 779-789; PIO XII, *Vous Nous avez demandé* (14. V. 1956): AAS 48 (1956) 459-467.

61. VIDAL, Marciano, *Moral de la Persona y Bioética Teológica. Moral de Actitudes, II-ª Parte*, Madrid: PS, 8ª ed., 1991, 760.

tal subordinación de los órganos particulares en relación con la totalidad del organismo estaba en función de la finalidad espiritual del ser humano⁶².

En esa misma línea, Juan Pablo II no dudó en valorar positivamente las donaciones de órganos para salvar vidas humanas. Así, en 1984, al dirigirse a los participantes en la marcha de la solidaridad organizada por los dirigentes de la Asociación de Voluntarios Italianos de la Sangre y Donantes de Órganos, explícitamente manifestó el carácter caritativo y solidario de dichas acciones por sobrepasar lo que se puede exigir moralmente a una persona en favor del prójimo necesitado:

(...) aprecio, sobre todo, la finalidad que os ha reunido y movilizado: es decir, la de proporcionar y estimular un hecho tan noble y meritorio como el de dar la propia sangre o un órgano propio a aquellos hermanos que tienen la necesidad de ellos.

Tal gesto es tanto más laudable por el hecho de que no os mueve, al realizarlo, el deseo de interés o de miras terrenas, sino un impulso generoso del corazón, la solidaridad humana y cristiana: el amor al prójimo que constituye el motivo inspirador del mensaje evangélico y que ha sido definido, con toda razón el mandamiento nuevo (cfr. Juan 13,34)⁶³.

4.1.1.1. Los trasplantes de órganos y el diagnóstico de la muerte

Otro punto polémico en el tema de trasplantes de órganos fue el referido al diagnóstico de la muerte. La urgencia que se precisa en la extracción de los órganos a los cadáveres conlleva tener una total certeza del fallecimiento del donante, pero ¿en base a qué criterios?, ¿cuándo se dice que una persona ha muerto? Pío XII, en clara alusión a la autonomía propia de cada ciencia, entendió que establecer tales criterios no correspondía al teólogo moralista sino al científico y que era competencia del médico determinar y precisar el momento de la defunción⁶⁴.

Juan Pablo II abordó este tema en el discurso que ofreció a los participantes en el Congreso de la Pontificia Academia de las Ciencias sobre “La Determinación del Momento de la Muerte”. Aprovechó la ocasión para ratificar la doctrina de Pío XII y, al mismo tiempo, para plantear la necesidad de seguir investigando para establecer con mayor exactitud el instante del fallecimiento⁶⁵.

62. PIO XII, *Vous n'avez pas voulu* (9. IX. 1958): AAS 50 (1958) 693-694.

63. JUAN PABLO II, *La donación de vuestros órganos, un ofrecimiento al Señor: Ecclesia* (nº 2186, 18 y 25 agosto 1984) 1004.

64. PIO XII, *Le Dr Bruno Haid* (24. XI. 1957): AAS 49 (1957) 1031.

65. JUAN PABLO II, *C'est toujours pour moi un plaisir* (14. XII. 1989): AAS 82 (1990) 770-771.

4.1.2. La eutanasia

Desde el pontificado de Pío XII, una de las cuestiones que más ha preocupado al Magisterio de la Iglesia Católica es la que hace mención a la eutanasia. Así, en el año 1947, en una alocución al Congreso Internacional de Ligas Católicas Femeninas⁶⁶, el Papa Pacelli condenó la eutanasia en contra de los que aducían motivos de piedad para aplicarla y consideró tales tesis como monstruosas, recordando las barbaridades cometidas por el nazismo durante la Segunda Guerra Mundial⁶⁷. Diez años después, en 1957, el Pontífice volvió a pronunciarse ante la polémica suscitada por la aplicación de terapias paliativas a enfermos terminales, ya que el uso de ciertos fármacos podían acortar la vida del paciente. Pío XII respondió favorablemente a esta práctica y para ello se basó en el principio de doble efecto, ya que la única finalidad pretendida era la de aliviar los sufrimientos a la persona y no la de quitarle la vida y, además, en ningún caso se suministraban dosis letales de analgésicos; igualmente, el Papa también aludió a la proporcionalidad que debía existir entre los dos efectos, la mitigación del dolor y el acortamiento de la vida⁶⁸.

De la misma manera, en el Concilio Vaticano II, en la Constitución Pastoral *Gaudium et Spes*, se condenó de nuevo la eutanasia como contraria a la voluntad de Dios. Años más tarde, en 1974, Pablo VI, en las palabras que dirigió al Consejo de Naciones Unidas, al defender los derechos de las minorías y de todas aquellas personas que carecían de voz para reclamar lo que les pertenecía por derecho propio, condenó duramente la eutanasia y el aborto⁶⁹.

Por su parte, Juan Pablo II, en el año 1979, al dirigirse a los obispos norteamericanos, proclamó el valor que tiene la vida del inocente. En ese contexto, el Pontífice hizo especial hincapié en los derechos de los no nacidos, condenando el aborto; también, con la misma determinación rechazó la eutanasia, calificándola de grave daño moral, incompatible con el respeto que merecen la dignidad humana y la reverencia por la vida⁷⁰. Pero en el pontificado de este Papa hay que destacar, particularmente, dos documentos: la *Declaratio de euthanasia "iura et bona"* de la Congregación para la Doctrina de la Fe y la Encíclica *Evangelium Vitae*.

En la *Declaratio de euthanasia "iura et bona"*⁷¹, el Magisterio eclesial expuso la postura oficial de la Iglesia Católica en esta materia, de la que se pueden destacar los siguientes principios:

66. PIO XII, *Vous présentez á Nous* (11. IX. 1947): AAS 39 (1947) 480-488.

67. *Ibid.*, 483.

68. PIO XII, *Le neuvième Congrès* (24. II. 1957): AAS 49 (1957) 146.

69. PABLO VI, *We have responded willingly* (22. V. 1974): AAS 66 (1974) 346.

70. JUAN PABLO II, *May I tell you* (5. X. 1979): AAS 71 (1979) 1225.

71. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaratio de euthanasia "iura et bona"* (5. V. 1980): AAS 72 (1980) 542-552.

- En primer lugar, la vida es el fundamento de todos los bienes, siendo además para los creyentes un don del amor de Dios. Por esta razón, cualquier atentado contra una vida inocente viola un derecho fundamental, atenta contra el amor a Dios y es un crimen de extrema gravedad; y, por lo que respecta al suicidio, es tan inaceptable como el homicidio, porque es un rechazo del amor hacia uno mismo, una negación de la natural aspiración a la vida y una renuncia ante los deberes de caridad y justicia con el prójimo⁷².
- En segundo lugar, se precisa el significado del término eutanasia para evitar posibles equívocos; en este sentido, se dice que dicha práctica supone provocar la muerte a una persona por piedad y con la intención de que no sufra en el último período de su existencia, prolongar una vida desdichada a subnormales, a enfermos mentales, a enfermos crónicos, etc.; consecuentemente, entraña una acción u omisión que, por su naturaleza e intención, origina la muerte de un ser humano con el fin de que no padezca sufrimientos⁷³.
- En tercer lugar, se afirma que tales acciones constituyen una violación de la ley divina, una ofensa a la dignidad de la persona, un crimen contra la vida y un atentado contra la humanidad, ya que nadie puede autorizar la muerte de un ser inocente⁷⁴.
- En cuarto lugar, el sufrimiento y el dolor no son justificantes legítimos para solicitar la muerte. Por el contrario, se sugiere que el dolor puede jugar un papel importante en los últimos momentos de la vida y adquirir un significado especial en el plan salvífico de Dios, como participación en la pasión de Cristo. Por otra parte, tampoco se considera razonable imponer como norma general de conducta un comportamiento heroico, pues la prudencia humana y cristiana aconsejan la necesidad de utilizar las medicinas adecuadas para suprimir los dolores, aunque como efectos secundarios se den una menor lucidez de conciencia y un acortamiento de la vida. En cualquier caso, no se debe privar al individuo de la oportunidad de preparar con plena conciencia su encuentro con Cristo⁷⁵.
- En quinto lugar, es importante proteger el momento de la muerte con dignidad y evitar tecnicismos abusivos, pues el uso de ciertos medios terapéuticos puede llevar consigo el encarnizamiento terapéutico y una prolongación desmesurada del proceso de muerte.
- En sexto lugar, se propone una nueva terminología con el propósito de superar la ambigüedad que pueden generar las fórmulas utilizadas

72. *Ibíd.*, 544-545.

73. *Ibíd.*, 545-546.

74. *Ibíd.*, 546.

75. *Ibíd.*, 547-548.

con anterioridad para indicar las obligaciones morales de las personas, en cuanto al cuidado y a la atención debida a los enfermos. Por este motivo, los términos medios “ordinarios” y “extraordinarios” son considerados confusos e imprecisos, razón por la que se prefiere hablar de medios “proporcionados” y “desproporcionados”. Con esta nueva terminología se intenta conseguir una mejor ponderación de la terapia, de su grado de dificultad y de riesgo, de los gastos que genera, de las posibilidades de aplicación, de los resultados que se esperan, etc.⁷⁶.

- En séptimo lugar, en este documento se añaden cuatro puntualizaciones que facilitan la aplicación práctica de los principios generales expuestos: a) por el bien de la humanidad, previo consentimiento del paciente, es lícito recurrir a terapias experimentales sujetas a riesgo; b) dichas terapias se podrán interrumpir en cualquier momento a petición del paciente y de sus familiares, una vez escuchado el parecer de médicos competentes, ya que a ellos corresponde evaluar los medios empleados y los resultados obtenidos, puesto que dichas técnicas pueden ocasionar al enfermo más sufrimientos que beneficios; c) siempre es legítimo utilizar única y exclusivamente los medios proporcionados, no existiendo ninguna obligación moral de imponer otro tipo de cura, aunque se encuentre en uso, ya que puede estar sujeta a riesgos excesivos o resultar excesivamente costosa; el rechazo de tales terapias no equivale al suicidio, sino a aceptar la condición humana; d) es lícito renunciar a un tratamiento ante la inminencia de una muerte inevitable, y de esta manera permitir a la persona que muera humanamente sin prolongar artificialmente su proceso de muerte⁷⁷.

El otro gran documento del pontificado de Juan Pablo II en el que se condena la eutanasia es la encíclica *Evangelium Vitae*. En el tercer capítulo de este documento, en el número 65, se define la eutanasia como “una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor” y se distingue del ensañamiento terapéutico, al que se considera impropio y desproporcionado a la situación real del enfermo. También se hace mención de la doctrina de Pío XII en relación con el uso de fármacos, asumiéndola en su integridad. Finalmente, se hace una valoración moral de la eutanasia, condenándola de forma tajante y con radicalidad, haciendo uso de fórmulas solemnes que reflejan la rotundidad del juicio. Por otra parte, al recordar los postulados propuestos en la *Declaración* de 1980, sobre el empleo de medios proporcionados y desproporcionados, se hace especial hincapié en los denominados “cuidados paliativos” que procuran disminuir los sufrimientos y que, junto a una adecuada compañía, humanizan considerablemente la fase final de la vida del enfermo⁷⁸.

76. *Ibid.*, 549.

77. *Ibid.*, 550-551.

78. JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae* 65, 477.

4.1.3. La ecología

Ante la crisis ecológica derivada, en parte, del desarrollo industrial de los últimos cincuenta años, han surgido voces de alarma sobre la eticidad de ciertas actividades que resultan terriblemente agresivas contra el medio ambiente. Si en los siglos precedentes el ser humano no disponía de una técnica capaz de transformar el ecosistema terrestre de forma radical, hoy en día, por el contrario, está en las manos del hombre, no sólo esa capacidad de cambio, sino también la de poder destruirlo. Ante esta amenaza real, los estados y los organismos internacionales han establecido legislaciones y protocolos para proteger el patrimonio bioambiental de la humanidad y, de esta manera, evitar acciones irresponsables que podrían acarrear consecuencias ecológicas desastrosas.

De la misma forma, el creciente interés por los temas ecológicos también ha quedado reflejado en los documentos magisteriales de la Iglesia Católica, especialmente a partir de los años 60. Así, el Papa Juan XXIII, en su encíclica *Mater et Magistra*⁷⁹, al evocar las enseñanzas bíblicas del Génesis, focalizó su atención en el auténtico significado del precepto “dominad la tierra”, que no equivale a destruir los bienes naturales, sino a cuidarlos con esmero para satisfacer con ellos las necesidades humanas, en clara alusión a la degradación que estaba sufriendo el medio ambiente a causa de una industrialización sin sensibilidad ecológica y sumamente agresiva con la naturaleza⁸⁰.

Sin duda, el Concilio Vaticano II supuso un punto de inflexión en la doctrina ecológica de la Iglesia, pues consideró que pertenece a su misión escrutar los signos de los tiempos e interpretarlos a la luz del evangelio⁸¹. En este sentido, la Constitución Pastoral *Gaudium et Spes* afirma que la humanidad se halla en un período nuevo de la historia caracterizado por cambios profundos y acelerados, ya que la técnica que posee el hombre actual está transformando la faz de la tierra. De ahí que la antigua concepción estática de la realidad del universo deba ser sustituida por otra más dinámica y evolutiva⁸².

Posteriormente, a comienzos de la década de los setenta, en el año 1971, Pablo VI publicó la carta apostólica *Octogesima Adveniens*⁸³, en la que llamaba la atención sobre el riesgo que corría la humanidad por una explotación inconsiderada de la naturaleza. Según el Papa Montini, dicha actitud constituía un grave problema social y una amenaza permanente para el ser humano y para el medio ambiente⁸⁴. Al año siguiente, en un mensaje que

79. JUAN XXIII, *Mater et Magistra* (15. V. 1961): AAS 53 (1961) 401-464.

80. *Ibid.*, 448.

81. CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et Spes*, 1025-1116.

82. *Ibid.*, 1027-1028.

83. PABLO VI, *Octogesima Adveniens* (14. V. 1971): AAS 63 (1971) 401-441.

84. *Ibid.*, 416-417.

dirigió a la Conferencia de Estocolmo, se pronunció acerca de la ambivalencia que portaba consigo el progreso y de las desastrosas consecuencias que suponía el deterioro del medio ambiente en cualquier parte del mundo, pues podía llegar a afectar a todo el planeta; en este orden de cosas, el Pontífice exhortaba a la humanidad a contribuir responsable y solidariamente en el cuidado del medio ambiente, para evitar, de esta manera, los desequilibrios originados en la biosfera por causa de una explotación desordenada de los recursos de la tierra⁸⁵.

Del mismo modo, Juan Pablo II se preocupó por el problema ecológico desde el comienzo de su pontificado. En la *Redemptor Hominis*⁸⁶, su primera encíclica, advirtió de la amenaza que entrañaba para el ser humano una relación de dominio destructor con la naturaleza; igualmente, proclamó la necesidad que tenía el hombre de descubrir el verdadero significado de ser dueño y custodio de la creación según el plan de Dios⁸⁷. Años después, en el 1987, en la encíclica *Sollicitudo Rei Socialis*⁸⁸, expuso lo que entendía por auténtico desarrollo humano, denunciando aquellos comportamientos que tienen como único propósito el dominio y la posesión indiscriminada de los bienes de la tierra, y abogó para que la humanidad estableciese una relación de cuidado y atención con la naturaleza de acuerdo con el designio divino, apartándose de aquellas prácticas que sólo tienen en su horizonte intereses puramente económicos⁸⁹. Con todo, una de las intervenciones más decisivas de Juan Pablo II en materia ecológica tuvo lugar con ocasión de la Jornada Mundial de la Paz del año 1990⁹⁰; en este mensaje, el Papa afirmó que el problema ecológico era responsabilidad de todos –de los pueblos, de los estados y de la comunidad internacional– y recordó a los católicos que la obligación de cuidar del cosmos nacía directamente de la fe en un Dios creador, pues el respeto a la vida y a la dignidad humana está vinculado al respeto y al cuidado de la creación⁹¹. Con posterioridad, en la encíclica *Evangelium Vitae*⁹², en el año 1995, en referencia explícita a la calidad de vida y a la ecología, aludió a la bioética como el lugar de encuentro entre creyentes y no creyentes en materias que afectan directamente a la vida humana⁹³; repitió de nuevo la doctrina de los pontífices anteriores, y animó a usar los bienes de la creación con responsa-

85. PABLO VI, *A l'occasion de l'ouverture de la conférence des Nations Unies* (1. VI. 1972): AAS 64 (1972) 443-446.

86. JUAN PABLO II, *Redemptor Hominis* (4. III. 1979): AAS 71 (1979) 257-324.

87. *Ibid.*, 286-289.

88. JUAN PABLO II, *Sollicitudo Rei Socialis* (30. XII. 1987): AAS 80 (1988) 513-586.

89. *Ibid.*, 547-560.

90. JUAN PABLO II, *La paix avec Dieu Créateur. La paix toute la création* (8. XII. 1989): AAS 82 (1990) 147-156.

91. *Ibid.*, 155-156.

92. JUAN PABLO II, *Evangelium Vitae*, 401-522.

93. *Ibid.*, 431-432.

bilidad y sensatez, para que las generaciones futuras puedan encontrar un mundo que sea cada vez más acogedor para el desarrollo humano⁹⁴.

Años después, en el 2007, Benedicto XVI, en su mensaje para celebrar la Jornada Mundial de la Paz, volvió a insistir en el tema de la ecología, pero esta vez desde claves distintas, ya que la situó en el ámbito de la paz:

(...) además de la ecología de la naturaleza hay una ecología que podemos llamar « humana », y que a su vez requiere una « ecología social ». Esto comporta que la humanidad, si tiene verdadero interés por la paz, debe tener siempre presente la interrelación entre la ecología natural, es decir el respeto por la naturaleza, y la ecología humana. La experiencia demuestra que *toda actitud irrespetuosa con el medio ambiente conlleva daños a la convivencia humana*, y viceversa. Cada vez se ve más claramente un nexo inseparable entre la paz con la creación y la paz entre los hombres. Una y otra presuponen la paz con Dios. La poética oración de San Francisco conocida como el “Cántico del Hermano Sol”, es un admirable ejemplo, siempre actual, de esta multiforme ecología de la paz. [8]⁹⁵.

4.2. R. McCormick

No sólo el Magisterio de la Iglesia, sino también los teólogos católicos han contribuido de manera notable al desarrollo de la bioética. Uno de los pioneros fue el norteamericano Richard McCormick⁹⁶, del que a modo de homenaje a su gran labor científica, se hará una pequeña reseña sobre su vida y trabajo. Este jesuita, que fue presidente de la Sociedad Teológica Católica de América, estuvo de profesor en West Baden (Indiana) desde 1957 a 1964; en la Jesuit School of Theology de Chicago desde 1964 a 1973; y en el Kennedy Institute (Universidad de Georgetown) desde 1973 hasta 1986, fecha en que se trasladó a la Universidad de Nôtre Dame, donde acabaría su carrera universitaria en 1999. Colaboró activamente en la renovación de la teología moral posconciliar, en el último cuarto del siglo XX. Su dedicación al estudio de temas bioéticos puso de manifiesto que la teología podía ocupar un lugar relevante en la comprensión de esta disciplina. Las incursiones que realizó, tanto en el plano de la fundamentación como en el campo de la casuística, quedan reflejadas en la abundante bibliografía que produjo hasta el final de su vida.

Durante su etapa en el Kennedy Institute, llegó a ser uno de los más influyentes investigadores de bioética de USA; fue la figura clave en las disputas éticas que originaba la nueva medicina, y su opinión de experto fue consultada por diversos organismos oficiales en numerosas ocasiones (The Ethics

94. *Ibíd.*, 447.

95. BENEDICTO XVI, *Jornada Mundial de la paz 2007 (Lunes de Septiembre de 2007)*, http://WWW.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/mesaggges/peace/.../html (Consulta: 30 de Septiembre de 2008).

96. R. McCormick falleció el 12 de febrero de 2000 en Michigan (USA) a los setenta y siete años de edad.

Advisory Board of the Department of Health, Education and Welfare, etc.)⁹⁷. También son dignas de mención las polémicas discrepancias que mantuvo en sus diálogos con P. Ramsey en temas tan controvertidos como la “experimentación humana” y el “cuidado de enfermos terminales”. La distinta forma de argumentar de los dos teólogos originó un brillante debate, especialmente en el caso del uso de “niños en los ensayos clínicos”, por el problema que entrañaba la concesión del consentimiento informado en personas sin capacidad para darlo por ser menores de edad⁹⁸; el otro gran tema de debate se refería a la “calidad de vida en enfermos terminales y la aplicación de terapias”, abordándose cuestiones como las siguientes: ¿en qué circunstancias se debe dejar morir en paz al enfermo sin utilizar terapias para mantenerlo con vida?, ¿qué obligación existe de utilizar todas las terapias disponibles independientemente de sus costos o de sus resultados?, ¿qué significa utilizar medios ordinarios en el cuidado del enfermo?, ¿qué son medios extraordinarios?⁹⁹, etc.

Para A. Jonsen, la mayor contribución de R. McCormick a la bioética, como teólogo católico fue su reflexión sobre el “principio de doble efecto”, también llamado “voluntario indirecto”. Su estudio del mencionado principio, perteneciente a la más tradicional cultura moral católica para la resolución de dilemas éticos, contribuyó a entenderlo de una forma más flexible y menos fisicista de lo que se había hecho hasta entonces. Las conclusiones alcanzadas le impulsaron a hablar de “razón proporcionada” como la mejor manera de entender y aplicar este principio, para lo cual era necesario respetar los tres requisitos moralmente relevantes de la proporcionalidad:

Razón proporcionada significa tres cosas: a) un valor que al menos es igual al sacrificado está en cuestión; b) no hay una forma menos dolorosa de proteger el valor, aquí y ahora; c) la forma de protegerlo, aquí y ahora, no lo minará en el largo plazo¹⁰⁰.

También afirmaba que la razón de proporcionalidad no debe ser entendida de forma unívoca y unidireccional, ni constituye un mero cálculo matemático de solución única, sino que entraña una mayor complejidad de significados que precisa una comprensión más matizada. Esta pluralidad de sentidos de la proporcionalidad exige situarla en la categoría de lo analógico bajo tres aspectos distintos:

La noción de razón proporcionada es análoga. Los comentarios hechos más arriba no nos deberían llevar a pensar que el concepto de razón proporcionada sea reducible a un simple cálculo utilitarista... hay tres sentidos posibles y generales de razón proporcionada... En primer lugar, está la situación en la que la única

97. JONSEN, Albert, R., *The Birth of Bioethics*, op. cit., 54-55.

98. *Ibid.*, 154-155.

99. *Ibid.*, 53-54.

100. McCORMICK, Richard, A., - RAMSEY, Paul, (ed.), *Doing Evil to Achieve Good. Moral Choice in Conflict Situations*, Chicago (Illinois): Loyola University Press, 1978, 45. (Traducción del autor).

alternativa a causar o permitir un mal es un mal mayor... En segundo lugar, en un sentido distinto la razón proporcionada tiene lugar en situaciones en que las alternativas no son obvias... En tercer lugar, se ha dicho que algunas acciones u omisiones están proporcionalmente justificadas porque, a la vista de la debilidad y la inmadurez humanas, no puede ser exigida la preferencia de un bien frente a otro, si esto trae consigo su pérdida para mí¹⁰¹.

La gran labor realizada por McCormick en el estudio de la bioética, desde su visión creyente del ser humano, supuso abrir el mundo de la teología moral católica a los problemas que planteaba la aplicación de las nuevas tecnologías médicas; sus audaces respuestas se mantuvieron siempre centradas en la fidelidad a la doctrina católica, pero no por ello estuvieron alejadas del diálogo ecuménico y social, en el que sus opiniones fueron siempre respetadas¹⁰².

R. McCormick, prácticamente hasta su fallecimiento, siguió escribiendo y publicando artículos; uno de ellos, aparecido en mayo de 1999 en la revista "América" bajo el título *Bioethics A Moral Vacuum?*, parece simbolizar su último recordatorio acerca del gran peligro que acecha a la bioética: el vacío moral. Esta idea la compartía con otro gran bioeticista, D. Callahan, del que citaba textualmente:

Callahan observaba que 'las soluciones generales y el conjunto de las normas obligatorias necesitan ser elaboradas como algo más que un asunto de consenso y de procedimiento'. Y decía a continuación: 'si la moral individual consiste solamente en el ejercicio de la libre elección, en ausencia de algún principio para evaluar la calidad de esa elección, lo que tenemos entonces es un 'vacío moral'¹⁰³.

Esta llamada de atención sobre el peligro real que acecha a la bioética de caer en un vacío moral es, ciertamente, algo alarmante. Para R. McCormick, esta situación, que "está muy cerca de ser verdad"¹⁰⁴, tiene su origen en la convergencia de cinco factores que protagonizan la vida social de occidente. El primero de ellos es, sin duda, la "absolutización" de una autonomía sin referentes:

En la medida en que la absolutización de la autonomía prescinde de los bienes y valores que definen el bienestar humano, reduciéndolos sólo a uno (esto es, a la elección) no sorprende que se produzca una imagen irreal y tergiversada de la persona humana¹⁰⁵.

Habrà que tener en cuenta que, si se prescinde de los bienes y de los valores moralmente relevantes, la persona quedaría seriamente amenazada

101. *Ibíd.*, 46-48. (Traducción del autor).

102. JONSEN, Albert, R., *The Birth of Bioethics*, op. cit., 55.

103. McCORMICK, Richard, A., *Bioethics A Moral Vacuum?*: *America* 180 (May. 1, 1999) 8; *Bioética, ¿un vacío moral?*: *Selecciones de Bioética* 3 (Abril, 2003) 86.

104. *Ibíd.*, 87.

105. *Ibíd.*, 88.

¿dónde quedarían las coordenadas referenciales del ser humano? Las normas morales que tratan de salvaguardar y proteger dichos valores serían intrascendentes, ya que las elecciones que realizaría el sujeto se basarían única y exclusivamente en preferencias personales que no tendrían que estar vinculadas a la búsqueda de una objetividad moral. De ahí que McCormick afirme que un ser humano que sólo atienda a la autonomía de forma tan irracional, da una imagen distorsionada y desfigurada de sí mismo, pues la persona no puede olvidar que, en cuanto “ser moral”, debe buscar el camino del bien. Por eso, no es de extrañar que últimamente se estudie tan minuciosamente cuanto se refiere al consentimiento informado y a los procedimientos que protegen la elección:

La absolutización de la autonomía, con la irreal y tergiversada imagen de la persona, permite explicar por qué muchos escritos de Bioética se ocupan de los *procedimientos* que protegen la elección, antes de que principios sustantivos; del consentimiento por sí mismo antes que de aquello que es consentido¹⁰⁶.

El segundo aspecto o fenómeno analizado es el referido a la ética clínica, pues a menudo se constata que, en la práctica clínica, existen datos que resultan decisivos en la toma de decisiones y que no provienen de la misma medicina; en este sentido, McCormick hacía referencia a aspectos sociales y personales. Creía que con frecuencia se ignoran factores valiosos para el paciente, tales como sus esperanzas o sus deseos:

En el nivel personal, la mayoría de los casos clínicos destinados a sumergirnos en la confusa ambigüedad de la práctica clínica tienen justo el efecto contrario. Los clínicos reportan detalles *clínicos* –el tipo de cosas que pueden ser ecografiadas, palpadas, cauterizadas, o tratadas quirúrgicamente. Estas no siempre incluyen las que son parte del ‘cuadro’ de cuestiones para el paciente: los miedos, las esperanzas, deberes, oraciones, rechazos y amores del propio paciente. Estos asuntos raramente aparecen registrados. Quedan relegados al cuidado pastoral y no son considerados como parte del paisaje bioético¹⁰⁷.

De esta forma, el sujeto termina siendo un ser abstracto que es visto bajo parámetros parciales que distorsionan la toma de decisiones:

Entonces, la ética clínica, importante como es, está siempre en peligro de distorsionar nuestra visión, al insistir en que el detalle clínico agota la descripción de lo que realmente está ocurriendo. Como Callahan afirma: “la ética clínica es valiosa y de gran ayuda siempre y cuando pueda ser trascendida”¹⁰⁸.

El tercer factor está influenciado por distintos “factores periféricos al cuidado humano (competencia, finanzas, control gubernamental, obligacio-

106. *Ibíd.*, 89.

107. *Ibíd.*, 89.

108. *Ibíd.*, 90.

De ahí que asegurase que la contención de los costos sanitarios dependientes del erario público tuviera pocos enemigos en aquel país; por esta razón no es de extrañar el fracaso que tuvo la propuesta de política sanitaria del presidente Clinton; entonces se descubrió que los factores más relevantes en la toma de decisiones en el campo presupuestario tenían muy poco que ver con la justicia y mucho con la repercusión fiscal en el bolsillo del contribuyente, que mira por sus propios intereses sin tener en cuenta las necesidades ajenas.

El cambio de paradigma que se está produciendo en la sociedad actual –que potencia una autonomía ajena al bien común, la justicia distributiva y la espiritualidad del paciente, y que defiende como buena una moral sin valores– hace que pierdan significado cuestiones éticas consideradas básicas hasta el presente, lo que puede llevar a un vacío moral sin precedentes. McCormick finalizaba así su artículo:

Cada uno de los cinco factores enumerados y desarrollados, tienen su propia legitimidad e importancia. Tomándolos juntos tienen el efecto general de relegar cuestiones éticas fundamentales propias del corazón mismo de la medicina a un status secundario, o incluso evadiéndolas completamente. Cuando esto pasa, la Bioética queda reducida a bioetiqueta, esto es, a un vacío moral¹¹³.

Así pues, McCormick sacó a la luz los graves riesgos que en nuestros días amenazan a la ética en general y a la bioética en particular, y pueden conducir a un retroceso en el conocimiento y apreciación de los valores que constituyen a la persona. Si, en un primer momento de su existencia, la bioética contribuyó de forma decisiva a la revitalización de las ciencias morales, actualmente puede suponer todo lo contrario y convertirse en el fermento que mine las bases éticas que la sustentan, que, en definitiva, son las que avalan la corrección y la bondad de toda elección bien hecha.

113. *Ibid.*, 92.