

Dr. Oscar J. Martínez
OFTALMOLOGO PEDIATRA

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

*El diagnóstico genético en los trabajadores - Aspectos médicos
y humanos del trasplante de órganos - Donación, comercio,
expropiación de órganos - Ética y Medicina en México -
Ética de las tecnologías instrumentales en Medicina*



UNIVERSIDAD ANAHUAC

VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

*Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore, Roma*

VOLUMEN I NÚMERO II OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1990

Medicina y Etica

Revista internacional de Bioética, Deontología y
Ética Médica

Editor: Instituto de Humanismo
en Ciencias de la Salud

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
A.P. 10-844 México D.F. 11000
Tels. 589-90-00 y 589-22-00
Dr. Salvador Bueno V.

Dirección y Redacción en Roma (Italia):
Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

Precio de la suscripción anual:

México: 150,000 pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls.;
Otros países: \$85 U.S. Dls.;
Estudiantes, 15% de descuento. Benefactores: \$120 U.S. Dls.

El importe de la suscripción debe ser enviado a:
Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Escuela de Medicina
Universidad Anáhuac. A.P. 10-844, México D.F. 11000

Registros en trámite
Impreso en México. *Printed in Mexico*

2

VOLUMEN I NÚMERO 2 OCTUBRE-DICIEMBRE DE 1990

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

Dirección

Adriano Bausola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori -
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Director responsable de la edición mexicana: Dr. José Kuthy

Director de la edición mexicana: Dr. Jesús Quirce

Comité Científico: Evandro Agazzi - Adriano Bompiani -
Vincenzo Cappelletti - Francesco Introna - J.F. Malherbe -
Gonzalo Miranda - Pietro Quatrocchi - Angelo Serra -
Dionigi Tettamanzi

Dr. Oscar J. Martinez
OFTALMOLOGO PEDIATRA

INDICE

EDITORIAL.....	181
V. MELE, G. GIRLANDO, E. SGRECCIA, <i>El diagnóstico genético de los trabajadores: recientes adquisiciones científicas, problemática ética y ético-jurídica</i>	183
L. CICCONE, <i>Aspectos éticos y humanos del trasplante de órganos</i>	215
D. RODRÍGUEZ, <i>Donación, comercio, expropiación de órganos</i>	231
J. PORTER, G. DE LA ESCOSURA, <i>Ética y Medicina en México</i>	247
S. LEONE, <i>Ética de las tecnologías instrumentales en Medicina</i>	261
<i>Noticias-flash</i>	273

DOCUMENTACIÓN

Del Magisterio del Santo Padre

I. Homilía de Juan Pablo II en la misa con los jóvenes (San Juan de los Lagos, Jalisco).....	277
II. Encuentro de S. S. Juan Pablo II con las familias (Chihuahua, Chih.).....	282
III. El Papa Juan Pablo II en el encuentro con el Mundo de la Cultura (México, D.F.).....	288

Del Magisterio episcopal

I. Conferencia Episcopal Alemana: Declaración sobre «Futuro de la creación, futuro de la humanidad».....	295
II. Declaración de los obispos de Bélgica después del voto sobre la ley que despenaliza el aborto.....	312

Jurisprudencia

Reino de Bélgica. Ley relativa a la interrupción del embarazo, modificando los artículos 348, 350, 351 y 352 del Código Penal y abrogando el artículo 353 del mismo Código.....	321
---	-----

NOTICIERO

Seminario de estudio sobre «El nuevo Código italiano de Deontología médica».....	325
Reunión sobre «Culpa y vergüenza: aspectos socio-antropológicos, psicológicos, psicopatológicos».....	326

Reunión Nacional sobre «La regulación natural de la fertilidad: recientes adquisiciones científicas e implicaciones socio-culturales».....	327
Reunión sobre «La bioética: cuestiones morales y políticas para el futuro del hombre».....	329
RECENSIONES.....	333
DE LA LITERATURA MÉDICA INTERNACIONAL.....	341
INDICACIONES BIBLIOGRÁFICAS.....	355

Editorial

En varios países, sobre todo entre los más desarrollados, hay una gran inquietud, al observar que las destrezas, la tecnología y los conocimientos que las ciencias biomédicas alcanzaron durante los últimos años, han rebasado en muchas ocasiones el límite entre lo que es ético y lo que no lo es. Es así como han surgido Institutos de Humanismo en Medicina integrados no sólo por prominentes médicos, sino también por filósofos, sociólogos, teólogos y otros profesionistas interesados en conformar con bases más firmes, dentro de lo que es humano y lo que debe ser una actitud ética, las acciones de los distintos profesionales de la salud.

De esta manera, los grupos de personas que integran los Institutos de Humanismo y los Centros de Bioética preocupados ante la situación actual que impera en el ejercicio de la Medicina estudian, discuten y organizan reuniones de diversa índole, con objeto de proporcionar pautas para inducir a los trabajadores de la salud a conformar sus acciones dentro de un marco ético y humano, independientemente de lo «natural» que pudiera parecer a los «científicos» la puesta en práctica de los diferentes avances, en ocasiones espectaculares, logrados en los distintos campos de la Biomedicina durante las últimas décadas.

En este segundo número de nuestra revista se ha querido hacer especial énfasis en el tema del trasplante de órganos, ya que es evidente que se trata de uno de entre los múltiples aspectos de la Medicina que mayor impacto ha logrado producir en la conciencia del hombre.

Los trasplantes de órganos han resultado posibles de realizar a través del largo camino que ha debido recorrer la ciencia al dominar, con los nuevos conocimientos en Inmunología, el fenómeno del «rechazo», y al conocer con mayor claridad la supervivencia de las células, tejidos y órganos después de la «muerte del tallo cerebral», lo que ha permitido obtener ciertos órganos del cadáver para trasplante. Así es posible decir que la muerte ha cambiado de rostro y que la práctica de los trasplantes ha cambiado al mundo, no sólo mediante los conocimientos sobre alguno de los puntos centrales de la existencia humana, sino también del más complejo mundo de significados y simbolismos, de sentimientos, de actitudes y de prejuicios conscientes e inconscientes en relación con la muerte y con el cadáver humano.

La donación voluntaria de un órgano que puede continuar dando vida a alguien que de otra manera podría perderla, tiene el significado más profundo de amor: «Nadie ama más que aquel que da la vida por sus hermanos»... Indudablemente el que dona parte de su ser para que otro viva

es quien tiene el amor más profundo, de tal forma que los trasplantes de órganos han abierto el camino a formas extraordinarias de solidaridad y, por lo tanto, a un crecimiento más profundo del amor humano, expresión más fina de lo que debe ser el humanismo en Medicina, porque es en el que priva el amor en su forma más pura.

Por otra parte, los trasplantes han permitido la puesta en práctica de formas crueles de explotación de los más débiles para servicio de los más poderosos y fuente de ganancia vergonzosa. La obtención de células, tejidos y órganos de embriones humanos, de niños y adultos pobres para beneficio de unos pocos poderosos, constituye la cima de la mayor repugnancia que la «ciencia» puede representar, tratándose del tema que nos ocupa. El artículo de Lucio Ciccone discute en profundidad este tema por una parte extraordinario y, por otra, controvertido y de indudable beneficio para el ser humano. Este artículo es complementado por el de Daniele Rodríguez referente a la donación y el comercio de órganos.

El derecho a la salud es otro de los aspectos que este número de la revista de Medicina y Ética trata como uno de los temas de actualidad, y cuyo contenido profundamente ético ha parecido importante señalar: como lo es el del diagnóstico de laboratorio de los diversos aspectos sobre genética humana y cuyo conocimiento debe profundizar la ética, así como en lo referente a los aspectos de su tecnología instrumental. Ha parecido importante también referirnos al «estado actual de la Bioética en México» como base para profundizar en su situación presente y para plantear las conductas más adecuadas para el futuro.

En fin, el contenido de este segundo número de Medicina y Ética pretende abordar diversos aspectos que consideramos de gran importancia para todos aquellos interesados en conocer y profundizar algunos temas sobre Bioética, razón de ser de nuestra publicación.

La Dirección

El diagnóstico genético en los trabajadores: recientes adquisiciones científicas, problemática ética y ético-jurídica

Vincenza Mele*, Giuseppina Girlando**, Elio Sgreccia*

Introducción

La medicina del trabajo representa un ámbito de notable atención para la bioética, en cuanto que da lugar a una gran polémica de «valores», como por ejemplo la salud del trabajador y los intereses económicos de las empresas y del patrón o, para el médico, el respeto del secreto profesional y la necesidad de extender un certificado para atestiguar la patología del trabajador. El interés de la bioética por esta rama de la medicina es igualmente muy reciente, y ese interés está motivado probablemente por las nuevas adquisiciones concernientes a patologías laborales específicas, hasta ahora casi totalmente desconocidas.

En este contexto de peculiar innovación científica se ubican, con modalidades enteramente singulares, las investigaciones diagnósticas genéticas.

En especial, el diagnóstico genético del trabajo puede llevarse a cabo con dos finalidades: el *monitoreo genético* y el *rastreo (screening) genético*. El *monitoreo genético* se efectúa mediante el examen citogenético periódico de los cromosomas a fin de evaluar el efecto mutágeno de algunas sustancias presentes en el ambiente de trabajo, como los cancerígenos químicos y las radiaciones ioni-

* Centro de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sgdo. Corazón, Roma (Dir.: Mons. Prof. Elio Sgreccia).

** Especializándose en Medicina del Trabajo en la Universidad Católica del Sgdo. Corazón, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Roma.

zantes. El *rastreo genético* es un procedimiento adecuado para evaluar si una persona es portadora de un *rasgo genético* (característica genética) que pudiera predisponer a riesgos específicamente vinculados a particulares situaciones laborales. En definitiva, el *rastreo* ofrece la posibilidad de determinar la susceptibilidad de un *individuo*, mientras el *monitoreo* permite evaluar los efectos en toda una *población* expuesta para establecer si ésta se encuentra, debido a la exposición, en una situación de riesgo acrecentado. En este artículo examinaremos los aspectos científicos y las problemáticas ética y ético-jurídica en conexión con el *rastreo* genético en los trabajadores, dejando a un lado las relacionadas con el monitoreo, que serán objeto de una sucesiva profundización.

Nuestro estudio se articula esencialmente en dos partes: en la primera nos proponemos examinar los aspectos científicos de más reciente adquisición; en la segunda se analizan algunos principios éticos de referencia, a la luz de la bioética personalista y de las más importantes directrices jurídicas, contenidas en documentos europeos y estadounidenses.

El diagnóstico genético de los trabajadores: una nueva aplicación de la «ecogenética»

Durante los últimos veinte años se ha identificado un gran número de «variaciones», genéticamente determinadas, relativas a los grupos sanguíneos, a las enzimas eritrocitarias, a las proteínas plasmáticas, a los antígenos de histocompatibilidad y a otros componentes «clave» de las funciones celulares, heredados, entre los diferentes grupos étnicos, en base a un polimorfismo genético. En años más recientes, se ha puesto en evidencia la base de tales variaciones a nivel primero cromosómico y luego en la secuencia génica del ADN.

La existencia de una interacción entre la constitución genética de un individuo y los factores presentes en el ambiente había sido ya adivinada por la teoría evolucionista de Darwin y confirmada por la observación, en el campo médico, de una respuesta diferen-

te entre uno y otro individuo como consecuencia de la absorción de un determinado fármaco¹.

El término de *hipersensibilidad individual* empleado al respecto quiere expresar precisamente una reacción anormal de un sujeto a un fármaco o a otro agente químico, que puede determinar efectos perjudiciales o patológicos, correlacionada con un *rasgo genético* específico.

Como consecuencia de una serie de estudios que demostraron una diferente susceptibilidad individual a efectos nocivos provocados por agentes y sustancias químicas presentes en el ambiente, este área de estudio, denominada primeramente *farmacogenética*, recibió luego la denominación más amplia de *ecogenética*².

Las investigaciones llevadas a cabo en este sector han puesto de manifiesto cada vez más asociaciones entre *markers* bioquímicos y genéticos y susceptibilidad a determinados factores de riesgo ambientales, algunos de los cuales están presentes de forma particular en el ambiente de trabajo (Tab. 1)³.

Tabla 1

Variaciones genéticas en la susceptibilidad humana a agentes ambientales
(modificada por OMENN G.S., *Predictive identification of hypersusceptible individuals*.
J. Occup. Med. 1982; 24 (5): 370).

A) Fármacos	actividad de la N-acetiltransferasa, déficit de la G6PD, déficit de la metahemoglobina reductasa.
B) Contaminantes aéreos y pesticidas	déficit de la alfa-1-antitripsina, inducción de la arilhidrocarburohidroxilasa, actividad de la paraoxonasa
C) Alimentos	intolerancia a la lactosa, al gluten (morbo celiaco)
D) Agentes infecciosos (malaria)	anemia falciforme, talasemia, déficit de la G6PD
E) Desórdenes autoinmunes	predisposiciones debidas a la producción de anticuerpos o a inmunidad celular; predisposiciones asociadas a antígenos de histocompatibilidad

¹ MURRAY R.F., *Test of so called genetic susceptibility*. J. Occup. Med. 1986; 28 (10): 1103-1107.

² *Ibid.*

³ OMENN G.S., *Predictive identification of hypersusceptible individuals*. J. Occup. Med. 1982; (5): 369-374.

A pesar del desarrollo de tales investigaciones, referentes al ambiente de trabajo, los factores genéticos muy raramente han sido tomados en consideración en los estudios sobre los riesgos de la salud laboral, por diversas razones⁴. Por una parte, los efectos de las exposiciones profesionales presentan dimensiones enormes frente a la influencia genética en la determinación del desarrollo de algunas enfermedades en este ámbito. Por otra, ha predominado la preocupación de que enfatizar el problema genético iría en menoscabo de los esfuerzos de control del ambiente de trabajo.

Sin embargo, por las investigaciones llevadas a cabo en el campo laboral, se evidenció una diversa distribución de las enfermedades entre los trabajadores que no se podía atribuir a diferencias de exposición laboral o del estilo de vida, y de las que en cambio podían ser responsables los factores genéticos⁵. Se reconoce ya abiertamente que ninguna enfermedad profesional está determinada de manera absoluta sólo por el ambiente o sólo por los genes, pero en la historia de la epidemiología laboral la influencia genética era considerada inicialmente sólo en términos de raza y sexo.

Hoy, en cambio, está aumentando la importancia de los factores genéticos como fuente de variabilidad en la evaluación de los riesgos. Esto no significa que la etiología de naturaleza profesional vaya a ser sustituida por la genética, sino más bien que los factores genéticos deberían ser incluidos como variables relevantes en los proyectos de estudio y de análisis de la asociación exposición-enfermedad⁶.

Las investigaciones que han tomado en consideración la interacción genes-enfermedad profesional han seguido hasta ahora los siguientes enfoques metodológicos:

- 1) consideración de raza, nacionalidad y sexo;
- 2) estudios de casos de enfermedades profesionales en trabajadores genéticamente susceptibles;
- 3) estudios del predominio de enfermedades profesionales entre grupos diferentes desde el punto de vista genético;

⁴ SCHULTE P.A., *Simultaneous assessment of genetic and occupational risk factors*. J. Occup. Med. 1987; 29 (11): 884-891.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

4) estudios de casos-control de la asociación entre características genéticas y enfermedades profesionales (estudios comparativos de *markers genéticos* entre sujetos afectados por enfermedad profesional y sujetos sanos expuestos al mismo ambiente de trabajo);

5) estudios de agregación familiar de las enfermedades profesionales⁷.

Estos enfoques se han valido de diversos tipos de metodologías: entre éstas, el análisis bioquímico de sustancias presentes en el organismo, a fin de poner de manifiesto indirectamente la presencia de genes variantes y el mapeo genético, que constituye la técnica más innovadora⁸.

El primero de los dos procedimientos de investigación indicados consiste: a) en la dosificación de proteínas alteradas tanto cualitativa como cuantitativamente por efecto de la específica acción del gen variante; b) en la dosificación de productos intermedios del metabolismo, que pueden resultar carentes o acumulativos, en curva ascendente o de caída, de un *déficit enzimático*, relacionado con la anomalía de un gen regulador del metabolismo.

El mapeo genético, en cambio, se vale de la técnica del ADN recombinante y consiste en el examen directo del ADN cromosómico en las células del cuerpo humano para diagnosticar defectos que varían desde anomalías cromosómicas mayores hasta pequeñas diferencias en la secuencia del ADN, características de enfermedades como la anemia falciforme. Con esta técnica es posible, pues, comparar directamente secuencias de ADN de los sujetos examinados con las de sujetos sanos, tomados como control, para identificar los genes potencialmente implicados en la etiología de una específica enfermedad profesional.

La validez científica de los tests de rastreo

El estado actual de la investigación respecto a la interacción genes-enfermedad presenta alentadoras perspectivas futuras. Sin

⁷ *Ibid.*

⁸ SUZUKI D., KNUDSON P., *Genetics. The clash between the new genetics and human values.* Massachusetts: Harvard University Press Cambridge, 1989: 160-180.

embargo, apenas puestas de manifiesto las primeras asociaciones, se han aplicado procedimientos de *rastreo* adecuados para identificar a los sometidos genéticamente a riesgo por el surgimiento de enfermedades profesionales antes de ser contraídas o, en todo caso, antes de la aparición de la enfermedad.

En general, el *rastreo* genético ha logrado los indicios de probabilidad de que un sujeto desarrolle o transmita un defecto o una enfermedad hereditaria.

Los objetivos científicos del *rastreo* genético en los trabajadores pueden variar desde la investigación pura hasta la formulación de juicios acerca de la aceptación y ubicación del trabajador al que se le ha encontrado susceptible, en base a su constitución genética y a los factores de riesgo profesional (contaminantes atmosféricos, radiaciones nucleares, sustancias químicas industriales u otros agentes ambientales)⁹.

Es fundamental que tales finalidades se establezcan previamente, porque la validez científica de cualquier programa de *rastreo* se basa en criterios correspondientes a tales finalidades, y consiste en la capacidad de alcanzarlos.

Efectivamente, si la finalidad principal del *rastreo* es la de identificar la mayor cantidad de trabajadores que desarrollarán una determinada enfermedad esto es, con un mínimo de falsos negativos, entonces el programa deberá ser altamente sensible. Si, por el contrario, se considera importante identificar sólo a los sujetos de alto riesgo para esa enfermedad, entonces el programa será altamente específico y deberá tener un gran valor predictivo positivo (VPP). No siempre es posible lograr la optimización de estos dos parámetros que, además, varían notablemente en función de la frecuencia entre la población del *marker* genético y de la enfermedad considerada, y en relación con la entidad de la asociación entre estos últimos, esto es del *riesgo relativo*.

En especial, la *sensibilidad* de un *rastreo* genético (medida sobre la base de la cantidad de personas cuya prueba da positivo cuando la patología está presente), *aumenta con el incremento de la frecuencia del marker genético* (m), manteniendo constantes la frecuencia de la enfermedad y el riesgo relativo (R); en cambio, la *especificidad* del

⁹ *Ibid.*

rastreo (medida en base a la cantidad de personas cuya prueba da negativo cuando la patología está ausente) y el VPP (valor predictivo positivo) disminuyen en las citadas condiciones, mientras aumentan al incrementarse la frecuencia de la enfermedad, manteniéndose constantes m y R .

El VPP, en particular, está condicionado por la relación entre la probabilidad de desarrollar la enfermedad en el futuro (p) y m : el VPP nunca podrá ser superior a p/m , por lo que, en el caso de *markers* muy comunes, el PPV nunca será alto si el rastreo concierne a enfermedades poco frecuentes¹⁰.

Es fundamental, por lo tanto, un conocimiento adecuado de la frecuencia del *marker* genético, de la enfermedad en la población examinada y del riesgo relativo para conocer el grado de sensibilidad, el grado de especificidad y el valor predictivo positivo de ese rastreo; y, finalmente, para evaluar la capacidad de este último para alcanzar los objetivos fijados previamente.

De todos modos, disponer de un programa de rastreo con una sensibilidad y un VPP iguales al 100 por ciento sería posible sólo en el caso en que p y m fueran iguales entre sí y R fuera muy alto.

Los parámetros considerados suscitan problemáticas particulares cuando se exige que sirvan de base para un rastreo genético en el lugar de trabajo, considerando las consecuencias que puede tener el resultado mismo del rastreo para el trabajador al que se le encuentra susceptible.

Es comprensible, en efecto, que este tipo particular de rastreo pueda dar lugar a discriminaciones y perjudicar al trabajador en particular.

El temor de que el uso de un rastreo genético pueda incrementar la discriminación con respecto a una minoría de trabajadores se refuerza también por el hecho de que los rasgos genéticos cuya identificación se busca con él no están distribuidos al azar en la población laboral, sino que se concentran en algunos grupos raciales más que en otros, como ocurre, por ejemplo, con la anemia falciforme¹¹.

¹⁰ NEWELL C.A., KHOURY M.J. y otros *Epidemiological approach to the evaluation of genetic screening in the workplace*. J. Occup. Med. 1986; 28 (10): 1108-1111.

¹¹ HUBBARD R., HENIFIN M.S., *Genetic screening of prospective parents and of workers: some scientific and social issues*. Int. J. of Health Services 1985; 5 (2): 231-251.

A mayor abundamiento, la identificación de sujetos hipersusceptibles, que responden a niveles de exposición relativamente bajos, plantea algunos problemas. El término mismo de hipersusceptibilidad, en efecto, requiere ser delimitado en su definición: ¿para qué nivel de exposición la respuesta individual es señal de hipersusceptibilidad? ¿Es correcto hablar de hipersusceptibilidad en el caso de una alta frecuencia, por ejemplo de alrededor del 10 por ciento, de una respuesta semejante entre la población laboral?¹².

Además, otro problema fundamental lo representa el hecho de que la mayor parte de los rasgos o caracteres heredados, que podrían estar asociados con reacciones anormales o atípicas a una o más sustancias industriales, son más bien raros y difíciles de identificar; o bien existe sólo la hipótesis teórica y no comprobada de reacciones atípicas a determinadas sustancias¹³.

La Tab. 2 presenta algunas variantes lo bastante comunes como para ser consideradas en un programa de rastreo genético en el lugar de trabajo: efectivamente, su frecuencia en la población general es de por lo menos el 1 por ciento. En un programa de

Tabla 2
Condiciones determinadas genéticamente posiblemente asociadas con riesgo laboral (modificada de MURRAY R.F., *Tests of so called genetic susceptibility* J. Occup. Med. 1986; 28 (10): 1104).

Rasgo genético o sistema enzimático	Agente ambiental identificado	Estado de la interacción genético-ambiental
Rasgo falciforme	Hipoxia	Indefinida
Déficit de la G6PD	Primaquina y habas Oxidantes químicos	Definida Posible
Déficit de la meta-hemoglobina reductasa	Nitritos, aminos, sulfonamida	Definida
N-acetiltransferasa	Isoniazida, dapsona, hidrazina Arimamina	Definida Posible
Inducción de la aril-hidrocarburohidroxilasa	Posibles cancerígenos cocarcinógenos	Posible
Actividad de la para-oxanasa plasmática	Parathion, paraoxon	Posible
Déficit de la alfa-1-antitripsina	Contaminantes atmosféricos industriales	Definida

¹² *Ibid.*

¹³ MURRAY, *Tests of so called...*

rastreo no deberían ser tomados en consideración los rasgos genéticos que recurren con una frecuencia menor, incluso por la complejidad de los procedimientos necesarios para identificarlos; pero esto está subordinado de todos modos al tipo y a la gravedad de la condición morbosa que debe afrontar el sujeto portador (como en el caso de una patología tumoral) y a la posibilidad de que ésta perjudique a terceros (como en el caso de la retinitis pigmentaria).

Por otra parte, es indispensable demostrar una interacción de tipo causal entre agente ambiental y futura enfermedad eventual, en el ámbito de la cual el primero pueda ser identificado inequívocamente como factor de riesgo para los sujetos genéticamente susceptibles. A este fin se requiere que se respeten algunos criterios para comprobar que un agente específico es directamente responsable de un efecto morboso en un sujeto susceptible.

Los criterios que hay que considerar son los siguientes:

a) debe establecerse claramente una asociación entre un agente particular y la específica predisposición genética;

b) cuando el agente considerado es eliminado del ambiente, los efectos deberían disminuir o desaparecer definitivamente;

c) la demostración de la asociación debería hacerla más de un investigador;

d) la secuencia temporal exposición—efectos patológicos debería ser clara y no ambigua;

e) cuando se hagan experimentos en animales deberían estar referidos a la exposición y a los efectos en el hombre;

f) los resultados de la exposición de sujetos susceptibles a los factores de riesgo en cuestión deberían ser específicos y consistentes¹⁴.

Teniendo presentes los problemas tomados en consideración —relativos al rasgo genético, a la enfermedad, y a los factores de riesgo— el problema más serio, que condiciona y limita la puesta en práctica de un rastreo genético en los trabajadores, lo representa la ausencia, en el momento presente, de investigaciones que hayan identificado inequívocamente rasgos genéticos como predictivos de enfermedades específicas que se desarrollarían como consecuencia de una exposición a particulares factores de riesgo, presentes en el lugar de trabajo. En otras palabras, las asociaciones

¹⁴ *Ibid.*

estadísticamente puestas en evidencia entre secuencias específicas de ADN e incidencia de enfermedades profesionales no se basan en una relación de causalidad demostrada.

A esto se añade que la presencia de un rasgo genético particular no implica necesariamente que éste, con el tiempo, habrá de provocar efectos patológicos en el trabajador portador específicamente expuesto.

Para corroborar estas consideraciones puede ser útil ver cómo se ha abordado hasta ahora el problema y cuáles son los datos de las investigaciones efectuadas hasta el presente.

Las asociaciones genes-enfermedades profesionales: el estado de la situación

En los primeros tiempos en que se aplicaron los programas de prevención en los lugares de trabajo, los expertos, que tomaron en consideración este aspecto particular, concluyeron que la evidencia que se manifiesta para corroborar el riesgo de un trabajador con un rasgo genético particular, era en su opinión lo bastante grande como para recomendar a la institución programas de rastreo de algunos de estos rasgos genéticos. Los trabajadores con estos caracteres habrían tenido que ser excluidos de los trabajos en que estaban presentes los potenciales factores de riesgo.

Stokinger y Scheel (1973) propusieron programas de rastreo para algunas patologías causadas por déficit enzimáticos: el *déficit* de la alfa-1-antitripsina (A1AT), el *déficit* de la glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PD), la hipersensibilidad a los isocianatos orgánicos y el rasgo falciforme, basándose más en teorías y extrapolaciones que en investigaciones científicas.

Omenn, en un artículo de 1982, después de revisar los datos disponibles hasta entonces, concluyó que aun cuando diversas áreas de la investigación en este sector eran prometedoras por el momento ninguna prueba de rastreo genético debería ser aplicada por rutina.

Entre las condiciones consideradas como tales para requerir ulteriores investigaciones estaban:

- 1) el fenotipo acetilador, relativo a la actividad de la enzima N-acetiltransferasa hepática;
- 2) el polimorfismo relacionado con el sistema de oxidación microsómica;
- 3) la inducción de la arilhidrocarburohidroxilasa;
- 4) la actividad de la paraoxinasa plasmática;
- 5) el déficit de la G6PD (sobre todo la variante Mediterránea);
- 6) el déficit de la A1AT sérica;
- 7) las reacciones cutáneas de hipersensibilidad (por ejemplo, a los isocianatos)¹⁵.

En la Tab. 3 se relacionan algunos de los rasgos genéticos considerados con más frecuencia en los programas de rastreo

Tabla 3
Principales rasgos genéticos considerados en los rastreos genéticos en trabajadores: consecuencias patológicas y frecuencia en los grupos de alto riesgo

(modificada de LAPPÉ M., *Ethical issues in testing for differential sensitivity to occupational hazard* J. Occup. Med. 1983; 25 (11): 798)

Rasgo genético o sistema enzimático	Consecuencias patológicas	Frecuencias en los grupos de riesgo
Rasgo falciforme	Riesgo aumentado de falcificación e infarto; incremento de la intoxicación por plomo	8% EUA, varones, negros
Déficit de la G6PD	Riesgo aumentado de crisis hemolíticas agudas después de exposición a agentes químicos	16% EUA, varones, negros 13% filipinos 11% judíos
Déficit de la alfa-1-antitripsina	Predisposición al enfisema	3% pobl. general
Déficit de la arilhidrocarburohidroxilasa	Riesgo aumentado de cáncer de pulmón en los fuertes inductores	10% pobl. general
Fenotipo acetilador	Vulnerabilidad para el cáncer de vejiga inducido por las arelaminas en los acetiladores lentos	5% pobl. general
Antígenos de histocompatibilidad	Riesgo aumentado de artropatías y enfermedades crónicas	Variable, 8-9% pobl. general
Variantes de la paraoxinasa y de las pseudocolinesterasas	Susceptibilidad aumentada a la toxicidad de Parathion, Malathion y pesticidas carbamatos	Baja, variable

¹⁵ *Ibid.*

genético en los trabajadores, con las posibles consecuencias para los portadores y su frecuencia en los grupos de alto riesgo¹⁶.

Probablemente el estudio más completo y amplio del problema fue el llevado a cabo por el *Office of Technology Assessment* (OTA) y descrito en un artículo sobre el papel del rastreo genético en la prevención de las enfermedades profesionales (1983). Este último planteaba el problema de que para evaluar un programa de rastreo genético en este ámbito se necesitaba satisfacer las siguientes condiciones: a) que el test de rastreo identificase realmente el rasgo genético o el tipo de daño en cuestión: b) que este particular rasgo o daño provocara en la población laboral un efectivo incremento de riesgo por enfermedad profesional o no.

En base a los conocimientos disponibles, los investigadores del OTA pudieron afirmar que, si a veces era posible satisfacer la primera condición, se requerían decididamente numerosas investigaciones ulteriores para satisfacer la segunda. Por tanto, los datos disponibles resultaban insuficientes para justificar la puesta en práctica de cualquier tipo de rastreo genético en los trabajadores.

La consideración de algunos de los rasgos genéticos antes citados, y de sus potenciales interacciones con ciertos factores de riesgo laboral, puede resultar útil para comprender las bases científicas en que actualmente se fundamentan las pruebas de rastreo genético en los trabajadores¹⁷.

Entre las predisposiciones genéticas potenciales debidas a diferencias en el metabolismo mencionamos el fenotipo acetilador, en que la diferencia concerniente a un gen en particular regulador de la actividad de la enzima hepática N-acetiltransferasa convierte a los individuos en acetiladores lentos (carácter recesivo), o rápidos (carácter dominante) de importantes fármacos y sustancias químicas incluidas algunas de interés profesional, como las arilaminas. Estas últimas, conocidas como poderosos cancerígenos vesicales, abarcan la beta-naftilamina, la benzidina y otros antioxidantes de uso industrial y son inactivadas en el organismo humano mediante un proceso de acetilación por la N-acetiltransferasa.

¹⁶ LAPPÉ M., *Ethical issues in testing for differential sensitivity to occupational hazards*. J. Occup. Med. 1983; 25 (11): 797-808.

¹⁷ OMENN, *Predictive identification of...*

Algunos investigadores han indagado sobre la posibilidad de un aumento de riesgo para el desarrollo de carcinoma vesical en los acetiladores lentos expuestos a las aminas aromáticas, no logrando obtener sin embargo un resultado satisfactorio a causa de la influencia determinada por sustancias presentes en el medio ambiente y por la distribución de los fenotipos que difiere en las diversas poblaciones (laboral o no, tomada esta última como control).

El sistema enzimático de la arilhidrocarburohidroxilasa (AHH) está implicado en la activación de muchos hidrocarburos aromáticos promutágenos y procancerígenos, cuyo prototipo está representado por el benzo(a)pireno. Basándose en la variabilidad de un gen aislado, se puede diferenciar a los individuos en tres grupos: de baja, media y alta actividad enzimática. Según algunos, este último grupo correría riesgo de desarrollar cáncer de pulmón si está expuesto a los hidrocarburos policíclicos aromáticos presentes en el humo del cigarro y procedentes de algunas actividades laborales. Pero ningún estudio ha podido verificar esta hipótesis.

El pesticida Parathion y su metabolito activo Paraoxon son inactivados por una enzima hidrolítica presente en el plasma, la paraoxonasa. Existen sujetos de baja actividad y otros de alta actividad de la enzima en cuestión. La hipótesis adelantada es la de que los sujetos de baja actividad enzimática están predispuestos a desarrollar síntomas de envenenamiento por Parathion (y por pesticidas similares) por niveles de exposición inferiores a los de alta actividad. Tales pesticidas inhiben la acetilcolinesterasa a nivel de las uniones neuromusculares, con posterior bloqueo de la contracción muscular. La mayor parte de los insecticidas organofosforados, sin embargo, no parecen diferir en los efectos en base a las variantes enzimáticas de la «pseudocolinesterasa», de la que resultan ser inhibidores. Tampoco en el campo laboral se tiene una evidencia epidemiológica de las repercusiones de tales variantes genéticas.

En cuanto a la predisposición genética debida a diferencias en la sensibilidad de los tejidos, no podemos dejar de considerar el rasgo falciforme. Los sujetos portadores del mismo tienen un 60-80 por ciento de glóbulos rojos normales y no presentan ningún

síntoma. La población de color es 83 veces más susceptible de ser portadora del rasgo falciforme que la blanca. Aunque Stokinger y Scheel advirtieron que ninguna investigación ha demostrado una interacción desfavorable por parte de sustancias químicas industriales en los trabajadores con rasgo falciforme, sugerían que tales sujetos debían ser excluidos de trabajos que comportaran la exposición a las siguientes sustancias:

- 1) Benzeno, plomo y cadmio (que en general provocan anemia);
- 2) compuestos amino- y nitro-aromáticos (productores de meta-hemoglobina);
- 3) óxido de carbono y ambientes con baja presión de oxígeno;
- 4) esfuerzos físicos excesivos.

Hay que hacer notar que una u otra de estas condiciones existe en casi todos los ambientes de trabajo¹⁸.

En realidad, nunca se ha observado reacción patológica alguna en los sujetos portadores expuestos a tales sustancias, de tal manera que incluso la Fuerza Aérea de los Estados Unidos desistió de continuar la política que había observado desde hacía 10 años, según la cual los negros con rasgo falciforme estaban excluidos del enrolamiento y del vuelo, por cuanto que no se había demostrado ningún aumento de riesgo en tales sujetos.

También se supuso que los sujetos con rasgo talasémico correrían riesgo de anemia ante sustancias como el benzol, pero sólo se reportaron tres casos estudiados en sujetos con anemia crónica por exposición a benzol, a los cuales se les diagnosticó sucesivamente una microcitemia preexistente.

La alfa-1-antitripsina es una proteína plasmática cuyo déficit está asociado a una creciente incidencia de enfisema pulmonar. Esta proteína, en efecto, es capaz de desactivar las enzimas proteolíticas secretadas por las células plasmáticas y por los macrófagos pulmonares, responsables de la destrucción de los alveolos pulmonares. Los homocigotos son 1 entre muchos cientos en la población general, mientras que los heterocigotos son del 5 al 10 por ciento. Se ha avanzado la hipótesis de que tales sujetos correrían más riesgo de desarrollar enfisema pulmonar después de la exposición

¹⁸ HUBBARD, HENIFIN, *Genetic screening of prospective...*

prolongada a agentes irritantes; pero los estudios llevados a cabo al respecto no han demostrado relación alguna estadísticamente significativa entre déficit de antitripsina y problemas respiratorios, excepto en el caso de sujetos fumadores y, por tanto, cuando el humo era el único factor seguro de riesgo de enfisema.

La incapacidad debida a patología de la columna vertebral, especialmente en la industria de los ferrocarriles, es un aspecto frecuente y costoso de la medicina del trabajo. El uso rutinario de radiografías en el rastreo de precontratación ha sido criticado acertadamente. En respuesta a esta objeción, algunos han propuesto la posibilidad de que una prueba hematológica podría sustituir a la exposición a las radiaciones. En especial la determinación del antígeno de histocompatibilidad HLA-B27, que tiene una fuerte asociación con la espondilitis anquilosante (los sujetos HLA-B27 positivos corren 200 veces más riesgo que los sujetos negativos). Sin embargo, el riesgo absoluto es aún escaso: en el 5 al 10 por ciento existe el riesgo de desarrollar una sintomatología declarada; por tanto, esta prueba no sólo resultaría un sobrediagnóstico, sino que no serviría para diagnosticar a aquellos sujetos con una condición fácilmente curable, como la discopatía.

El rastreo genético utilizado para la espondilitis anquilosante, enfermedad relativamente rara en la población laboral (1 entre 1,000), se muestra además poco específico, en cuanto que la escasa frecuencia de la patología, por las razones anteriormente expuestas, comporta la falsa identificación de los sujetos no afectados por la enfermedad.

También la sensibilidad de la prueba se ve notablemente comprometida, debido a la baja frecuencia del *marker* genético.

Un rasgo polimórfico que con mayor fundamento científico podría ser considerado en un rastreo genético laboral es el déficit de la enzima eritrocitaria G6PD. Se trata de un déficit hereditario como carácter recesivo ligado al sexo, por lo que generalmente resultan afectados los sujetos de sexo masculino. Existen dos formas principales: la variante africana, de mediana gravedad, con el 10-20 por ciento de la normal actividad enzimática, y la variante mediterránea, más severa, con menos del 5 por ciento de actividad normal y que representa la forma que pondría en mayor

riesgo a un sujeto en determinadas condiciones ambientales, como las que comportan la exposición a compuestos oxidantes, tales como los nitroamino-compuestos y los nitroaromáticos.

Aun cuando se han demostrado algunos casos de sujetos con la forma mediterránea del déficit que han desarrollado una anemia hemolítica aguda de grado severo, ningún estudio prospectivo ha puesto en evidencia ese tipo de interacción causal.

En conclusión: un panorama, aunque no sea exhaustivo, de los datos hasta ahora disponibles en el campo del rastreo genético en el ambiente de trabajo, indica que no se ha demostrado rasgo alguno genético ligado de modo inequívoco a un riesgo decididamente incrementado de mortalidad o morbilidad en los trabajadores como resultante de una exposición a sustancias específicas o a agentes laborales.

En algunos casos las características genéticas han sido puestas en evidencia, pero faltaba la conexión con un agente ambiental específico. En otros casos aislados, los factores de riesgo parecen estar vinculados al rasgo en cuestión, pero se desconoce el riesgo relativo entre la población susceptible.

Se requieren ulteriores investigaciones acerca de las condiciones morbosas y de los rasgos genéticos recurrentes con mayor frecuencia entre la población laboral, para poder poner de manifiesto una relación causal con los factores de riesgo presentes en el ambiente de trabajo, a fin de que se satisfagan por lo menos los criterios científicos mínimos, necesarios para aplicar un programa de rastreo genético a los trabajadores.

Aspectos éticos y ético-jurídicos del diagnóstico genético en los trabajadores

De lo dicho hasta ahora sobre los descubrimientos en materia de asociación gen-enfermedades profesionales, podemos deducir que muy pocas son las conclusiones obtenidas. La reflexión ética se desarrolla, pues, en un campo en el límite entre lo que es actualmente posible y lo que podrá serlo en poco tiempo.

Las peculiaridades éticas del rastreo ético se pueden atribuir, además de a la condición laboral de los sujetos sometidos a la investigación de diagnóstico, a las características propias del rastreo.

Como decíamos antes, el rastreo por sí mismo es un acto de diagnóstico que se lleva a cabo para permitir la curación o la prevención de una patología específica. En el caso del diagnóstico de una enfermedad presente, se trata de una intervención que tiene por finalidad la terapia sucesiva y, por tanto, lícito, porque entra en la aplicación del principio terapéutico¹⁹. En este ámbito el único problema de relevancia ética es la importancia de una información adecuada y correcta: es necesario que un consejo («counseling») genético permita al sujeto comprender plenamente el significado de la enfermedad genética que le afecta. En el caso de la predicción de una enfermedad, la investigación genética puede en algunos casos hacer posible que se evite el surgimiento de una patología futura y se puede, por tanto, situar en el ámbito de la medicina preventiva.

El acto de diagnóstico con una finalidad preventiva es, en línea de principio, éticamente aceptable; no obstante, en el caso específico, se requiere hacer algunas consideraciones.

Generalmente la prevención permite impedir la aparición de una patología o minimizar sus efectos clínicos al intervenir sobre los factores de riesgo y/o de tipo terapéutico antes de que ésta se manifieste; en cambio, en el caso que nos ocupa, el rastreo las más de las veces no tiende en modo alguno a una terapia sucesiva sino que, por el contrario, ofrece como alternativa posible la exclusión del puesto de trabajo.

La disociación del acto de diagnóstico del acto terapéutico y la consiguiente frecuente penalización del sujeto que se revela afectado por patologías genéticas diagnosticadas de esta manera plantean serios cuestionamientos sobre la ética de semejante procedimiento.

Otros problemas de orden ético surgen a propósito de las modalidades con que el rastreo se lleva a cabo. En general, para toda tipología de rastreo existe una planificación tanto de la

¹⁹ SCRECCIA E., *Manuale di bioetica*. Milán: Vita e Pensiero, 1988: 126-129.

investigación diagnóstica como del *counseling*, poniendo particular atención al comportamiento que hay que adoptar respecto de eventuales falsos positivos²⁰.

En el caso específico, la investigación no abarca ni un seguimiento, ni la repetición de la prueba posteriormente, ni un *counseling* adecuado.

Desde el punto de vista ético, tanto la conveniencia del *counseling* como la necesidad de evidenciar eventuales falsos positivos constituyen dos elementos de notable importancia, pero el aspecto más crítico, en su esencia, parecería la inutilidad terapéutica inmediata de semejante procedimiento de diagnóstico. No hay que olvidar, sin embargo, que aunque la investigación no esté en conexión con una finalidad terapéutica, proporciona una útil aportación para tutelar la salud del individuo sometido a la prueba. En otras palabras: el rastreo genético en los trabajadores representa una modalidad de tutela de la salud, aunque no esté en conexión con una intervención terapéutica o preventiva en estricto sentido.

Los cuestionamientos hasta ahora planteados sugieren que semejante procedimiento debe ser aplicado cuidadosamente considerando una serie de problemas específicos.

El primero que tomamos en cuenta se refiere a las características propias de la patología por diagnosticar y, en particular, a su gravedad clínica.

Para justificar el rastreo, la enfermedad a la que el trabajador está predispuesto debería constituir un problema de una cierta entidad, desde el momento en que se trata de un diagnóstico que no ofrece sucesivas posibilidades terapéuticas y está eventualmente en conexión con la exclusión del puesto de trabajo. La razón de salud debería revelarse proporcionalmente grave²¹, de tal manera que la relación ventajas/desventajas de la prueba de diagnóstico respecto del trabajador pudiera de todos modos ser positiva. Es cierto, en efecto, que la salud es el valor prioritario y de mayor importancia desde el punto de vista ético; sin embargo, el detectar el estado de salud de irrelevante entidad médica o bien

²⁰ LAPPÉ, *Ethical issues...*

²¹ MURRAY H.T., *Genetic screening in the workplaces: ethical issues*. J. Occup. Med. 1983; 6: 451-454.

controlable con oportunas medidas en fase clínica precoz, podría, en línea de principio, no justificar la ejecución de un rastreo genético. La gravedad clínica y del pronóstico de la patología puede constituir una motivación válida para llevar a cabo el rastreo. Este concepto es ampliamente compartido: muchos consideran, efectivamente, que «patologías fatales, irreversibles, y no diagnosticables en fase precoz, pueden justificar mejor las intervenciones con una finalidad de protección del trabajador, incluso cuando éste prefiriera no ser protegido»²².

Además, es evidente aunque vale la pena subrayarlo, la diferente significación desde el punto de vista ético entre las investigaciones genéticas predictivas de una futura patología vinculada a la situación laboral y las predictivas de patologías independientes del trabajo. En este último caso el prestador de trabajo podría buscar, mediante las investigaciones genéticas, excluir a los trabajadores de alto riesgo por una enfermedad futura, sin ningún propósito de tutela respecto de la salud del trabajador, sino simplemente por una ventaja económica personal. A nuestro juicio, de esta manera se demuestra indudablemente la ilicitud de semejante procedimiento de rastreo, por dos órdenes de razones: ante todo, porque no se aplica forma alguna de tutela del trabajador, sino sólo una especie de discriminación y penalización a su respecto; y en segundo lugar, porque el intento de tener en cuenta, al momento de aceptarlo, incluso las posibles enfermedades futuras, viola «el principio sancionado por la normativa vigente que prevé el equilibrio del interés de las partes en el ámbito del contrato de trabajo. Según ese principio, también el prestador de trabajo debe correr el riesgo de una eventual enfermedad futura del trabajador, mientras con la selección genética ese riesgo recaería en la práctica sólo en el trabajador»²³. Para hacer verdaderamente posibles otras opciones alternativas el diagnóstico predictivo de enfermedades conexas con el trabajo debería ser efectuado sólo en las condiciones genéticas que predisponen a enfermedades ligadas específicamente

²² PRESIDENT COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND IN BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH *Screening and counseling for genetic conditions*. Washington D.C., 1983.

²³ COMMISSIONE GIURIDICA PER I DIRITTI DEI CITTADINI DEL PARLAMENTO EUROPEO *Documento di lavoro sui problemi etici e giuridici dell'ingegneria genetica*. 24 de julio de 1987.

a un sector laboral limitado, de manera que el rastreo pudiera permitir distribuir los riesgos vinculados a la situación laboral de forma más equitativa en el mercado de trabajo.

Igualmente en la perspectiva de la tutela de la salud, que es el único parámetro que puede expresar un valor ético positivo del rastreo genético en los trabajadores, sobresale por su importancia especial la situación de riesgo de terceras personas eventualmente implicadas por la situación laboral del sujeto que se somete al rastreo, como es el caso, por ejemplo, del diagnóstico de ceguera a los colores o de retinitis pigmentaria, patologías ambas de causa genética, para la contratación de un maquinista de ferrocarril²⁴.

En esta situación, el diagnóstico genético representa una garantía necesaria para el bien común, entendido este concepto de «bien común» no como bien económico para la sociedad, sino exclusivamente como tutela de la salud de terceras personas.

Otro problema de importancia ética es asegurarse de la efectiva validez científica de las pruebas utilizadas²⁵.

A este propósito se plantea el problema prioritario de una efectiva y suficientemente comprobada asociación de la anomalía genética con la enfermedad.

Comprobábamos anteriormente, en efecto, que existe una asociación científicamente comprobada de pocos *makers* genéticos con algunas patologías y que, en cambio, sólo es una hipótesis en la mayoría de los casos. La asociación debería tener un grado de presumible certeza para que la aplicación de la prueba se mostrara como útil y lícita²⁶.

Igualmente en este ámbito se plantea el problema del grado de sensibilidad así como de especificidad de la prueba, de la que hemos tratado ampliamente en páginas anteriores, pero que vale la pena subrayar por sus implicaciones éticas. Por ejemplo, en el caso de que una prueba para diagnosticar una enfermedad bastante rara tuviera una validez de hasta el 90 por ciento en cuanto a especificidad, con un rastreo masivo las consecuencias del error serían amplificadas de forma dramática, porque sobresaldría en

²⁴ LAPPÈ, *Ethical issues...*

²⁵ *Ibid.*

²⁶ MURRAY, *Genetic screening in the workplaces...*

excesiva cantidad el número de falsos positivos, dada la baja recurrencia de la enfermedad²⁷.

En el caso, en cambio, de baja frecuencia del *marker* genético, estaría muy comprometida la sensibilidad de la prueba de diagnóstico.

Los problemas éticos de los falsos positivos son muy relevantes también en los procedimientos de rastreo. En los casos de falsos positivos se hace una discriminación injusta de los sujetos en realidad no predispuestos, con serias consecuencias desde el punto de vista psicológico y laboral. En el caso de falsos negativos, por su parte, se menoscabaría la esencia misma así como los objetivos del rastreo: en este contexto, ¿qué utilidad podría tener, por ejemplo, una investigación para el diagnóstico que de hecho no estaría en grado de diagnosticar? Prescindiendo del tono polémico de semejante pregunta, el problema de los falsos negativos es probablemente más grave que el que plantean los falsos positivos, porque en el primer caso no se tutela de hecho la salud del individuo sometido a la investigación.

Otros aspectos de gran relieve desde el punto de vista ético son: la búsqueda del consentimiento informado y el respeto del secreto profesional del trabajador.

El respeto de la autonomía y de la «privacidad» del sujeto caen, en efecto, en el ámbito de la deontología y de la ética médica, y más específicamente en el de la relación médico-paciente.

No obstante, habiendo sido tratados ampliamente tales temas —incluso en sus aspectos estrictamente éticos— en los documentos jurídicos que hemos tomado en consideración, nos proponemos ahondar en ellos a continuación, en un contexto ético-jurídico más general.

La reflexión ética, en los campos hasta ahora considerados, se mueve sobre unas paralelas de extrema prudencia y de gran conflictividad, aun cuando se puedan individualizar como elemento de segura positividad la finalidad de defensa de la salud del trabajador así como de terceras personas, y como aspectos de notable perplejidad la validez científica actual de las pruebas, en

²⁷ LAPPÈ, *Ethical issues...*

los términos antes indicados, y la pérdida del empleo.

La reflexión jurídica nos parece por lo menos igualmente prudente. Los documentos internacionales y nacionales muestran una seria preocupación ante una política de discriminación, y en general expresan el parecer de que el análisis genético no debe ser utilizado para impedir que una persona ocupe un determinado puesto de trabajo.

Citemos a este propósito dos documentos de gran interés a nivel europeo: la Resolución del Parlamento Europeo n. A 2 - 327/88²⁸, sobre los problemas éticos y jurídicos de la manipulación genética, y el Informe de la Comisión de Investigación del Parlamento Alemán (1987)²⁹, sobre «Perspectivas y riesgos de la ingeniería genética».

En la Resolución del Parlamento Europeo se pide que se prohíba de forma jurídicamente vinculante la selección de los trabajadores en base a criterios genéticos y que los exámenes genéticos en los trabajadores, en el ámbito de la medicina del trabajo, no se efectúen antes de contratarlos.

El Informe de la Comisión de Investigación del Parlamento Alemán expresa en línea de principio un juicio de desaprobación sobre la aplicación indiscriminada del análisis genético en los exámenes de rutina pero, por otro lado, se muestra favorable al análisis genético en los trabajadores sólo en conexión con la asistencia médica y sólo cuando los peligros detectables por su mal uso y la amenaza de orientaciones indeseables puedan evitarse mediante procedimientos legalmente vinculantes.

La Comisión recomienda, además, que se excluyan análisis genéticos y otros exámenes que diagnostiquen las situaciones patológicas y las enfermedades futuras del trabajador y considera que sólo el actual estado de salud puede ser objeto de pruebas lícitas.

En los Estados Unidos la situación jurídica se muestra conflictiva y, aun cuando a nivel de la ley nunca se ha tratado explícitamente

²⁸ *Risoluzione del Parlamento Europeo (A 2 - 327/88) sui problemi etici e giuridici della manipolazione genetica*, publicada en *Medicina e Morale* 1989; 3: 597.

²⁹ *Report of the Commission of Enquiry on "Prospects and Risks of Genetics Engineering"*. Deutscher Bundestag, January 1987. Las citas que hacemos a continuación son traducción nuestra.

el diagnóstico genético en el trabajo, se pueden deducir algunos principios de las demás leyes, aplicables a nuestro propósito³⁰.

En el ámbito de la ley estadounidense sobre la Sanidad y la Seguridad en el Trabajo (1970), el Ministro puede promulgar normas para tutelar a todos los trabajadores contra el efecto de sustancias tóxicas. Pero dicha ley no ordena ni prohíbe en concreto la ejecución de la prueba genética, sino que el Ministro podría requerir la prueba de idoneidad genética si las técnicas resultaran confiables y predictivas de futuras patologías en un porcentaje razonable.

El problema de una posible discriminación y, por tanto, de la necesidad de tutela del trabajador no se contempla en este campo, aun cuando representa un aspecto de gran relieve en el ámbito ético-jurídico. A este propósito existe, no obstante, la posibilidad de remitirse a otras leyes. La ley estadounidense sobre los Derechos Civiles (1964), en especial el artículo VII, prohíbe la discriminación en el trabajo por razón del color, la raza, la religión y el sexo, así como de la nacionalidad.

Pueden violar el artículo VII, además de las investigaciones con una finalidad discriminatoria, también las pruebas genéticas no discriminatorias por naturaleza pero que pueden tener un impacto inesperado sobre algunas franjas de personas ya discriminadas y por tanto con necesidades de tutela específica, como es el caso del rastreo para el diagnóstico del rasgo de la anemia falciforme entre la población negra.

La ley estadounidense sobre la Rehabilitación (1973) prohíbe la discriminación en el trabajo respecto de sujetos portadores de desventajas.

Existe, sin embargo, una cuestión que dificulta la aplicación de esta ley en el ámbito que nos interesa. Hay que establecer, en efecto, si un ordenamiento genético anómalo constituye una situación de desventaja; porque, en caso negativo, los trabajadores no tendrían derecho alguno, según los términos de la ley que estamos considerando; en caso afirmativo, en cambio, seguiría

³⁰ KARNY G.M., *The role of genetic testing* en AA.VV., *Hearing before the Subcommittee on Science and Technology U.S. House of Representatives Ninety-Seventh Congress*. U.S. Government Printing Office. Washington 1983.

planteándose la cuestión de si se puede negar un empleo a los sujetos portadores de desventaja por la probabilidad de que aparezca una enfermedad futura. Igualmente en los Estados Unidos el vacío legislativo en el ámbito específico es colmado de alguna manera por algunas directrices de orden ético-jurídico. En este campo entran los pareceres de la Office of Technology Assessment, así como los de la Comisión Presidencial Estadounidense sobre el rastreo y el *counseling* genético.

Refiriéndose a la situación laboral, el Documento de la Comisión Presidencial Estadounidense³¹ nos permite sacar algunas conclusiones, dependientes del resto de dos principios ético-jurídicos fundamentales: el principio de *beneficialidad* y el de autonomía. Los dos principios serían en una primera aproximación contradictorios, puesto que el principio de *beneficialidad* induciría siempre a la tutela paternalista del trabajador en el caso de situaciones de daño para la salud, prescindiendo del parecer del trabajador mismo; por el contrario, según el principio de autonomía, el trabajador debería hacer autónomamente la opción de someterse a la prueba.

El documento parece sugerir que la información plena y explícita sobre la prueba y sus posibles consecuencias podría representar necesariamente un lugar de encuentro entre los dos principios aparentemente contradictorios.

En esta perspectiva, el hecho de que una persona fuera suficientemente informada de los pros y los contras relacionados con la ejecución de las investigaciones de diagnóstico lograría «compensar» la limitación de la libertad de elección ligada a la necesidad de someterse al rastreo para poder ser aceptada en el trabajo.

La búsqueda del consentimiento informado, así como el respeto del secreto profesional como necesidades éticas y ético-jurídicas, son subrayados también en los dos documentos europeos anteriormente considerados.

En la Resolución n. A 2 - 327/88 del Parlamento Europeo se reconocen como derechos inalienables el derecho del trabajador a

³¹ PRESIDENT COMMISSION..., *Screening and counseling...*

ser informado y consultado antes de los exámenes, así como el de poder rehusarse a los análisis genéticos sin indicación de los motivos y sin que esto pueda comportar consecuencias negativas.

El documento del Parlamento Alemán recomienda garantizar, mediante reglamentaciones legalmente vinculantes, el que se proporcionen todas las informaciones sobre el tipo de investigación y sobre el significado que ésta podría tener para el trabajador, y que el contenido de la conversación y el consentimiento del trabajador se anoten por escrito y sean firmados por el trabajador y por el médico que le informa.

A propósito del respeto del secreto profesional y de la «privacidad» del trabajador, la Resolución del Parlamento Europeo pide que los exámenes genéticos en los trabajadores puedan llevarse a cabo por un médico elegido por el interesado y no sólo por un médico de empresa; y que los resultados sólo se le puedan comunicar al trabajador, de manera que la eventual comunicación de los mismos dependa de su exclusiva discreción; el documento alemán recomienda que en la legislación se especifique de manera precisa en qué condiciones el médico podría sentirse desvinculado del respeto del secreto profesional, y que el prestador de trabajo no pida o reciba confirmación alguna sobre las predisposiciones genéticas.

También a este propósito resultan de gran utilidad las directrices propuestas por la Unión de las Libertades Civiles Americanas, que rezan como sigue:

- «los trabajadores deberían ser informados sobre el uso que se hará de los datos;
- a propósito de la información médica sobre la susceptibilidad, el trabajador tiene el derecho de conocer plenamente las posibles consecuencias de la revelación de los datos;
- como condición para participar en un estudio o una investigación, las informaciones deberán ser proporcionadas por escrito y de forma comprensible con la firma apropiada en presencia de testigos;
- la autorización para el estudio y la revelación de informaciones deberá estar limitada en el tiempo;

– la autorización del trabajador es en cualquier caso revocable y deberá ser posible revocarla periódicamente»³².

La búsqueda del consentimiento y el respeto del secreto profesional están vinculados con el carácter de obligatoriedad de la investigación del diagnóstico. Se trata, en efecto, de establecer si hay que considerar a la investigación genética, supuesto su valor ético positivo, como presupuesto necesario para el empleo o hay que proponerla simplemente al trabajador con su consiguiente posibilidad de rechazo, sin que éste signifique exclusión del puesto de trabajo. En línea de principio, nos parece que la búsqueda del consentimiento debe constituir un principio ético y ético-jurídico de gran importancia y que, por tanto, debe ser tutelado, tal como se indica en los documentos jurídicos que estamos considerando. Pensamos, sin embargo, que muy raramente podría ocurrir que el trabajador, una vez informado sobre la enfermedad profesional a la que puede estar genéticamente predispuesto y que quiere que sea investigada, –suponiendo que la enfermedad fuera de una cierta gravedad y que el valor predictivo de la prueba fuera muy alto– se negara a someterse a la prueba. En otros términos, si la enfermedad por diagnosticar es grave, y si la información es cuidadosa y se ofrece una posibilidad alternativa de trabajo, no deberían surgir conflictos entre la actitud paternalista del médico y el derecho del paciente a la autodeterminación.

De todas maneras, cuando esto se produjera, aun siendo en línea de principio de prioritaria importancia la necesidad de evitar comprometer gravemente la salud respecto de la autodeterminación, surgen serias perplejidades sobre el hecho de que se pueda justificar desde el punto de vista ético-jurídico la obligatoriedad de la investigación de diagnóstico para la aceptación en el trabajo. Más aún: a este propósito, los documentos citados muestran la necesidad jurídica de tutelar plenamente la expresión del consentimiento. Una situación que nos parece excepcional –y que, por tanto, hace obligatoria la investigación– se refiere al caso en que puedan estar comprometidas terceras personas³³.

³² HAEYE A., *Position paper presented to the Conference on the Confidentiality of Health Records*, Key Biscayne, Fla., 1974. La traducción del texto inglés es nuestra.

³³ LAPPÉ, *Ethical issues...*

En esta situación, consideramos que la tutela de la salud de terceros obliga, tanto a nivel ético como a nivel jurídico, a requerir que se efectúe la investigación de diagnóstico como condición necesaria para la aceptación en el trabajo.

En las dos situaciones descritas (para la prevención de una enfermedad grave y para la prevención de daños a terceras personas), una vez efectuada la investigación de diagnóstico con resultado positivo (presencia de enfermedad genética), prescindiendo de la obligatoriedad o no de la investigación de la que hemos hablado, nos parece que es de todos modos obligatoria la sucesiva exclusión del puesto de trabajo. En el caso de la finalidad de prevención de enfermedades graves futuras para el trabajador, que es la más debatida, aun no pudiéndose proponer probablemente la obligatoriedad de la investigación de diagnóstico, sería absurdo permitir al trabajador, una vez conocida la predisposición genética, que optara por ser aceptado en un ambiente que le causaría la enfermedad grave. En esta perspectiva, el sujeto, una vez manifestado su consentimiento y decidido a someterse a la prueba tras una adecuada información, decide *ipso facto* asumir las consecuencias de un eventual resultado positivo.

En términos semejantes se plantea la cuestión del secreto profesional y, sobre todo, la de una eventual transmisión del secreto al prestador de trabajo.

A este propósito la citada Resolución del Parlamento Europeo pide que los exámenes los lleve a cabo un médico escogido por el interesado y no un médico de empresa. Esto nos parece un elemento importante para obtener la confianza del trabajador pero no debería permitir que él, a pesar del resultado positivo de la prueba, pudiera autónomamente elegir una situación laboral gravemente dañina para su estado de salud.

No es necesario, sino que más bien no nos parece éticamente y jurídicamente aceptable, que el prestador de trabajo tenga que conocer el estado genético del trabajador; la cuestión del diagnóstico así como las modalidades para asegurar la exclusión de la situación laboral perjudicial las debe resolver en el ámbito exclusivamente médico un facultativo escogido por el trabajador, ex-

perto en lo posible no sólo en genética, sino competente también en aspectos específicos relacionados con la situación laboral.

Quedan ahora por aclarar dos últimos aspectos, no de menor importancia ética que los anteriormente considerados.

Ante todo, la posibilidad de que el diagnóstico genético acabe por constituir una alternativa económicamente más conveniente para el prestador de trabajo que el saneamiento del ambiente laboral. Los documentos jurídicos considerados expresan una absoluta desaprobación respecto de semejante eventualidad.

La Resolución del Parlamento Europeo pone de relieve que la selección encaminada a excluir a los trabajadores subjetivamente menos resistentes no puede representar en ningún caso una alternativa al saneamiento del ambiente en el lugar de trabajo. El Documento del Parlamento Alemán pide garantizar que el aislamiento de trabajadores con una predisposición individual a contraer una patología laboral y la posible exclusión de éstos del lugar de trabajo sólo sea permisible cuando resulte imposible mejorar lo suficiente las condiciones de trabajo.

Es evidente que en el caso en que la investigación de hipersensibilidad genéticamente determinada sustituyera a una política de saneamiento del ambiente laboral, no se tendría ninguna finalidad ética positiva ni ninguna ventaja respecto del trabajador, sino sólo una penalización discriminatoria.

Otro aspecto de especial relieve es el uso de las pruebas genéticas a pequeña y gran escala con fines de investigación, y, por tanto, no para aportar una ventaja directa a los trabajadores que se someten a la investigación.

La investigación de campo tiene indudablemente que incrementarse, dadas las fecundas perspectivas futuras y las pocas consecuencias científicamente probatorias que se tienen en el momento actual, como indicábamos antes; sin embargo, cuando no se tenga una finalidad terapéutica a corto y verosímelmente a largo plazo respecto del sujeto investigado, se requiere, sin excepciones y posiblemente con mayor urgencia y rigor ético respecto de la otra situación ya descrita, que se busque el consentimiento informado.

Conclusiones

El diagnóstico ético en los trabajadores puede llevarse a cabo esquemáticamente por tres órdenes de razones:

- para establecer la causa de una patología presente;
- para conocer la susceptibilidad individual del trabajador respecto de sustancias presentes en el ambiente laboral o, más genéricamente, su predisposición genética a contraer futuras enfermedades profesionales; o también, el diagnóstico de una anomalía genética que podría revelarse como perjudicial en específicas situaciones laborales;
- para desarrollar la investigación de campo y evaluar desde el punto de vista científico la correlación incluso en términos cuantitativos entre el *status* genético, el ambiente de trabajo y la enfermedad.

Las tres situaciones, esquematizadas de esta manera, son sustancialmente diferentes por los posibles aspectos ético-jurídicos con ellas vinculados³⁴.

En cuanto al diagnóstico de la enfermedad ya presente, no nos parece que existan grandes dificultades desde el punto de vista ético; se trata sólo de respetar las reglas «comunes» de la deontología y de la ética médica.

A propósito de la investigación científica sobre la interacción genes-enfermedades profesionales, consideramos que ésta debe promoverse y fomentarse a la luz de las futuras perspectivas. Desde el punto de vista ético y ético-jurídico la situación entra en el tipo concreto de la investigación con una finalidad no terapéutica en sujetos humanos.

La manifestación de un consentimiento libre, explícito e informado, así como el respeto del secreto profesional, nos parecen principios éticos que hay que tutelar en grado máximo.

Las situaciones expuestas en el segundo punto son sin duda las más problemáticas. El problema se plantea en primer lugar acerca de los conocimientos científicos actuales: el diagnóstico genético puede lícitamente llevarse a cabo sólo si existe una certeza cientí-

³⁴ MURRAY, *Genetic screening in the workplaces...*

ficamente comprobada de la asociación entre la predisposición genética y la enfermedad profesional. Hay que excluir, de todos modos, las investigaciones genéticas destinadas a conocer la personalidad del trabajador u otras patologías futuras no profesionales.

En el caso en que la asociación entre *status* genético y patología profesional se demuestre con certeza, dada la particularidad ética de la situación y la consiguiente exclusión del puesto de trabajo, hay que considerar oportunamente la recurrencia de la enfermedad (en el caso de patologías sumamente raras no es confiable ni siquiera un alto porcentaje de especificidad y sensibilidad de la prueba), la gravedad de la enfermedad y su expresión clínica (enfermedades no graves y controlables en una fase clínica precoz pueden no ser diagnosticadas sin que ello signifique daños importantes para la salud del trabajador).

La única excepción parece ser la posibilidad de daño a terceras personas, y a este propósito hemos citado el caso del diagnóstico genético de retinitis pigmentaria para la aceptación en el trabajo del maquinista de ferrocarril.

Después de manifestar su consentimiento libre, explícito e informado, el trabajador que opta por someterse a la investigación de diagnóstico, una vez que ésta haya dado resultado positivo, no debe, en todo caso, ser aceptado en un ambiente de trabajo de alto riesgo. Por lo demás, antes de excluir al trabajador interesado, hay que asegurarse de que es verdaderamente imposible mejorar las condiciones de trabajo de un modo para él satisfactorio y, una vez comprobada esta imposibilidad, habría que ofrecer al trabajador la oportunidad de un trabajo alternativo que no pusiera en serio peligro su estado de salud. Al igual que la búsqueda del consentimiento informado, hay que tutelar también el respeto del secreto profesional en los términos indicados.

Es necesario que se expresen los pareceres ético-jurídicos con modalidades legalmente vinculantes, y que se prevea un *counseling adecuado* para los trabajadores así como un *follow-up* (seguimiento) para los eventuales falsos positivos.

Todo lo dicho hasta ahora hay que comprenderlo a la luz del valor ético fundamental, según el cual, «identificar las características genéticas de los trabajadores debe constituir para éstos una

modalidad de tutela y no un perjuicio, y que esta situación no debe comprometer su posibilidad de empleo en el mercado de trabajo»³⁵.

³⁵ LAPPÉ, *Ethical issues...*

Aspectos éticos y humanos del trasplante de órganos*

*Lucio Ciccone***

Introducción

Cambia la medicina, sí... Pero no cambia la cultura en algunos de sus componentes que podemos calificar como fundamentales y que, precisamente por esto, han quedado sustancialmente inalterados durante milenios en medio del cambiar, a veces vertiginoso, de la historia. Los trasplantes de órganos son punto de llegada de un difícil camino científico y tecnológico en varios ámbitos de las ciencias biomédicas como, por ejemplo, los de las terapias intensivas, de la inmunología y otros.

Es sabido que la mayoría de los trasplantes se efectúa con órganos obtenidos de cadáveres. Se dibuja así un singular cruce entre muerte y vida, chispas de vida saltan al reino de la muerte; de un cadáver, de quien es ahora muerte, se extrae algo que a otros les permitirá prevalecer sobre la muerte ya inminente y continuar viviendo sanos. La muerte ha cambiado de rostro.

Los trasplantes han cambiado el mundo, no sólo con conocimientos más o menos fundados sobre uno de los puntos centrales de la existencia humana, sino también en relación con el más complejo mundo de significados y simbolismos, de sentimientos, actitudes, prejuicios conscientes e inconscientes relacionados con la muerte propia y ajena, y también en relación con el cadáver humano. Un mundo desde hace milenios inalterado en muchos de sus aspectos. Es éste el aspecto más significativo del impacto de los trasplantes en la cultura de nuestro tiempo.

* Ponencia presentada en el 1er. Congreso Internacional sobre «Humanismo en la Medicina» organizado en la Ciudad de México, del 23 al 25 de mayo de 1990, por la Universidad Anáhuac, la Cruz Roja Mexicana y la Orden de Malta. *Memorias del Congreso*, México D.F., 1990: 57-62.

** Profesor de Teología Moral en el «Colegio Alberoni», Piacenza (Italia).

Pero hay otro aspecto de ese impacto igualmente interesante: los trasplantes han dado nuevos poderes sobre la vida y sobre la muerte de nuestros semejantes. Poderes desde siempre inimaginables, en relación no con la naturaleza física sino con el hombre mismo. Todo poder confiado a la libertad humana es inevitablemente ambivalente en sus resultados; y, así, la llegada de los trasplantes ha abierto el camino, por una parte, a formas novísimas de solidaridad y, por tanto, a un crecimiento auténtico de humanidad y civilización. Pero, por otra parte, ha hecho posible también formas de horrenda explotación cínica de los más débiles al servicio de los más fuertes y una de las más vergonzosas formas de lucro que imaginarse pueda. La transformación de fetos de niños y de adultos pobres en fuente de órganos, incluso los indispensables para la vida, constituye el culmen más repugnante de esta situación.

Pero hay que hacer notar igualmente que, en su conjunto, el mundo médico ha sabido valorar lo mejor posible las posibilidades abiertas por los trasplantes. Gracias a los trasplantes se ha pasado de los tratamientos paliativos como era, por ejemplo, la terapia de valvulopatía cardíaca-digital, o de la simple exploración quirúrgica de un órgano enfermo, a su sustitución por un órgano sano; de una cirugía puramente demoledora a otra reconstructiva. La integridad física funcional se reconstruye hoy, e incluso se mejora, si la patología era congénita. Gracias a los trasplantes, un número ya elevado y en continuo aumento de personas gravemente enfermas han sido arrancadas de una muerte prematura, cuando no incluso devueltas a una vida sana y normal.

Pero el decurso de los trasplantes no ha sido una especie de marcha triunfal en medio de una humanidad que aplaudía.

Aún antes de que fueran posibles los abusos a los que he aludido y, por tanto, no a causa de ellos, los trasplantes suscitaron, además de entusiasmo a menudo emotivo e incontrolado, enfrentamientos y discusiones. No podía ser de otro modo, si se tiene presente todo aquello a lo que antes aludía a propósito de la excepcional importancia clínica y cultural de los trasplantes de órganos.

Dejando a un lado todo lo que es fruto de prejuicios, de ignorancia o incluso de emotividad, me parece útil intentar ofrecer

un panorama de los principales problemas que surgen ante los trasplantes, sin abordar, obviamente, los problemas científicos, médicos, sociales, jurídicos y ontológicos, sino sólo los éticos.

En sus comienzos, fue muy debatido el problema de la mayor o menor licitud, en línea de principio, de los trasplantes de órganos; pero en tiempos más recientes se terminó por lograr un consenso o acuerdo prácticamente unánime en torno a la tesis de su licitud. Las divergencias y discusiones, pues, conciernen más bien a algunas de las condiciones indispensables para que un trasplante sea lícito, esto es, que respete los diversos valores que están en juego.

En la perspectiva de las condiciones para la licitud de un trasplante se puede poner de relieve una primera serie de problemas éticos tomando en consideración a *las personas que se ven afectadas por el trasplante*.

Surgen así tres polos en torno a los cuales se pueden reunir muchos de los problemas éticos. Se trata del llamado donante, del receptor, y de los diversos equipos médicos que entran en operación.

Paso por alto lo relativo a estos tres polos, indicando sólo los que son responsables de la política sanitaria tanto a nivel nacional como internacional. Dado que la mayoría de los trasplantes son de órganos que se obtienen de cadáveres, parecen en especial dos los problemas mayormente discutidos.

El primero es el de *la necesidad o no del consentimiento* para que se extraigan los órganos *por parte del interesado mismo*, consentimiento obviamente manifestado con anterioridad a su fallecimiento. El segundo problema es *el concepto de muerte y los criterios de certeza* de que la persona ha muerto.

Ambos problemas presentan aspectos éticos y jurídicos. Me referiré únicamente a los problemas éticos. Aclarando, en lo referente a la segunda cuestión, que se ha planteado una serie de interrogantes éticos a propósito de la obtención de órganos o tejidos de fetos humanos.

El consentimiento para la obtención de órganos de un cadáver

Significado y valor de la donación de órganos para fines de trasplante

La solución de este complejo problema me parece que puede resultar más clara si se parte de una suficiente percepción del significado y valor ético de la donación de órganos con fines de trasplante. Los términos «donación» y «donador» se utilizan también en nuestro ámbito aun cuando puedan no tener su significado propio. En sentido estricto, se da una donación de órganos *cuando una persona, consciente y libremente, ha manifestado su voluntad de destinar para trasplantes órganos de su propio cuerpo*, una vez que haya muerto y se haya confirmado su muerte. Esto significa disponer el futuro paso de pertenencia a otros no de cosas u objetos, aunque sean valiosos, sino de partes de sí mismo y, más en concreto, de partes del cuerpo que es uno de los constitutivos de la persona humana. El objetivo no es aumentar la riqueza de otros, sino arrancar a otros de una muerte prematura, devolverlos a la alegría de vivir, de sacarlos fuera de la oscuridad y de la soledad de la ceguera, de poner fin a la agotadora esclavitud de unos aparatos médicos y de volver a disfrutar una vida libre y normal.

El valor ya por esta razón éticamente grande de un gesto de este tipo, parece más noble cuando se reflexiona sobre dos características de esta donación.

La primera es que se trata de una donación *gratuita*: el donante no obtiene ventaja alguna. La segunda característica es que se trata de altruismo puro, en cuanto que está destinada a personas para con las cuales el donante no tiene ninguna deuda de afecto, de reconocimiento o de justicia, sino que se está donando a extraños y gente desconocida. Estamos, por consiguiente, ante una forma de solidaridad particularmente rica en valores y novísima, inimaginable hasta ayer mismo. Más que una donación, este acto se sitúa en la línea de la entrega de uno mismo, sobre todo para quien comparte el concepto de persona como estructuralmente orientada por Dios Creador no sólo a vivir con los otros sino también a vivir para los otros y, por tanto, a donarse.

La donación de los órganos propios constituye una modalidad nueva de hacer realidad esta dimensión profunda de la persona. Pero, además, para el cristiano esta concepción encuentra su fundamento más sólido en la afirmación de que el hombre ha sido hecho a imagen de Dios, un Dios que está en continua donación de sí mismo, de amor interpersonal, y es también una participación singular en la caridad de Cristo, del cual el apóstol San Pablo les decía a los Gálatas: «Me amó y se entregó todo por mí» (2, 20). ¡Espléndido testimonio de fe cristiana! De esta manera es como el Papa Juan Pablo II definió la donación de sangre y de órganos que hace quien cree en Cristo. Pero también en un plano simplemente humano el Papa reconoce a la donación de órganos el valor de un acto noble y meritorio, tanto más laudable cuanto que no hay en el modo de realizarlo el deseo de unos intereses u objetivos terrenos, sino el impulso generoso del corazón: la solidaridad humana.

Continuando en este nivel simplemente humano, hay otro aspecto de singular valor que debemos subrayar. Este gesto de donar órganos, en efecto, sobrepasa en cierto sentido las fronteras de la muerte. La decisión de donar los propios órganos se llevará a cabo cuando la persona haya perdido ya definitivamente toda capacidad de actuar y permitirá transformar a la muerte propia, al cadáver propio, en fuente de vida, de salud, de luz, de alegría para otros.

Pasemos ahora a la evaluación ética del rechazo, de la negación a donar los órganos propios.

Ante todo, en el plano de la moralidad objetiva, esto es, el acto en sí mismo, sin enjuiciar a la persona que realiza este acto. La percepción del significado y del valor ético de la donación permite hacer una evaluación fundamentada del acto opuesto, esto es, de la opción consciente y libre de rehusarse a donar después de la muerte los órganos propios a fin de que sean trasplantados. Al hacer esta opción, se prefiere dejar que se corrompa inútilmente en la tumba el cadáver propio con todos sus órganos, en lugar de hacer que sirvan para salvar a otros de una muerte prematura. Ya por esto, es una elección irracional, absurda y, por consiguiente, éticamente inadmisibles.

Hay que añadir que también inicua. Puesto que si, de hecho, se puede calificar de criminal el rehusar a quien está muriendo de hambre los medios para sobrevivir por parte de quien podría proporcionárselos, igualmente inadmisibile es negar a un enfermo grave lo que podría arrancarlo de una muerte prematura. Un rechazo, una negativa que parece más injustificable todavía cuando se reflexiona sobre el hecho de que para donar esos órganos el sujeto no tiene que «quitarse» nada de sí mismo, no tiene que renunciar a nada. En una palabra, a él no le cuesta absolutamente nada. Evidentemente, existe, pues, un auténtico y grave deber de donar los órganos; naturalmente, si son idóneos para poder ser trasplantados.

Ahora bien, ante una precisa obligación moral, es legítimo dar por descontada la presunción de que todos tienen normalmente la voluntad de donarlos. De tal manera que no se requiere ni siquiera que se declare esa voluntad. Pues, por ejemplo, quizás a alguien se le podría ocurrir que es obligatorio declarar la voluntad de cumplir los deberes que tiene para con sus propios padres, y ni siquiera es imaginable que pudiera autorizar lo contrario. De esto se concluye que, desde el punto de vista ético y en línea de principio, no habría nada que objetar respecto de un Estado que estableciera por ley la obtención de órganos idóneos de cadáveres para ser trasplantados, sin necesidad de tener que pedir el consentimiento previo, siempre y cuando el mismo Estado garantizara mediante una serie de normas precisas el cumplimiento efectivo de ciertas condiciones:

a) para el potencial donante de órganos: en primer lugar, la certeza de que no se haría ningún intento de arrancarlo de la muerte, es decir, de salvarlo. En segundo lugar, que su muerte sería rigurosamente verificada hasta borrar toda sombra de duda. En tercer lugar, que el donante y sus familiares tendrían plenas garantías de que en toda la intervención de extracción del o de los órganos, el cadáver recibiría todo el respeto que se le debe.

Todo esto lo he dicho en línea de principio o, con otra terminología, en el plano del «deber ser» o de la moralidad llamada «objetiva».

Pero cuando de los conceptos o principios éticos se baja al plano concreto de las personas, es la misma ética la que requiere que se tenga en cuenta la realidad concreta de las personas en el contexto de su efectiva situación real. Y esto, no para cambiar y redimensionar los principios y adaptarlos, por así decir, a los gustos personales, sino para pormenorizar qué condiciones faltarían eventualmente para que las personas pudieran comprender y vivir las exigencias éticas afirmadas por esos principios.

Para ello, debemos seguir teniendo presente lo que hemos dicho acerca del impacto que la aparición de los trasplantes ha tenido en la cultura contemporánea.

Los trasplantes, en efecto, tienen una historia brevísima, de apenas unas pocas décadas. Conceptos, actitudes y todo un complejo mundo incluso inconsciente, simbólico, emotivo e imaginativo sobre la muerte, son en gran parte patrimonio milenario de la humanidad. No habría de sorprender, por tanto, el que tal estado pueda modificarse rápidamente. Sorprendería más bien lo contrario. Pero su persistencia hace que muchas personas sean incapaces (sin que por eso sean culpables) de percibir el valor y la obligación moral de donar los órganos propios una vez que sobreviene la muerte.

Además, conocimientos inadecuados y erróneos sobre la llamada «muerte cerebral», o sobre la extracción de órganos cuando el corazón «está latiendo todavía», refuerzan a menudo una actitud de rechazo que brota de una sensibilidad personal que es objetivamente errónea, pero que debe ser igualmente respetada en sus ritmos de maduración.

El sujeto, pues, decide donar o no sus órganos después de su muerte. Esto se aplica también al consentimiento de los familiares del fallecido para la extracción de órganos cuando el sujeto en cuestión no manifestó ninguna voluntad al respecto. En aras de la brevedad, sintetizaré este punto.

Un pariente es sentido como parte integrante de la familia especialmente después de su muerte. Hay, por tanto, también en sentido análogo, por parte de los familiares, una donación: aunque no en sentido estricto, es un gesto de luminosa solidaridad; y el que un familiar del fallecido se rehuse a esta donación de órganos no

necesariamente implica egoísmo, sino que esa actitud puede deberse a sentimientos de angustia que hay que respetar.

Esta elección es subjetivamente no sólo no culpable, sino que hay que considerarla justa y debida por quien la toma. El respeto a la conciencia de las personas que obran de buena fe y a su sufrimiento puede justificar también el respeto a su negativa. Se trata, sin embargo, de una solución provisional del problema a la espera de que madure una nueva conciencia social, de manera que sea más fácil la petición del consentimiento con el paso del tiempo.

Por eso se vuelve urgente emprender una acción inteligente y paciente de información y formación acerca de todos los aspectos de la obtención de órganos para trasplantes, así como de los aspectos médicos, jurídicos y éticos.

He dicho también «formación», porque, en definitiva, se trata principalmente de ayudar a las personas a recorrer un camino de descubrimiento convencido de los valores y de crecimiento en la solidaridad y, por tanto, dentro de una educación más amplia. Sólo dentro de esa formación se debe plantear el problema de los trasplantes de órganos. Más que una cultura del trasplante, es una cultura de la solidaridad la que debe desarrollarse.

Sobre el tema de la solidaridad resonó aquí, en México, con insistencia apasionada la voz autorizada del papa Juan Pablo II. Desde su primer discurso pronunciado en el aeropuerto el 6 de mayo, hasta el día 14 del mismo mes, no hubo día en que no hiciera un urgente llamado al compromiso de todos para crear una civilización de la solidaridad real y eficiente entre las personas y entre las familias, entre los pueblos; y, como acabo de decir, los trasplantes de órganos han abierto a la solidaridad formas novísimas de gran valor ético. Unos días antes, el día 14 de abril, al reunirse en Roma con los participantes en el Congreso Internacional sobre Enfermedades Renales y Trasplantes, el Pontífice se había referido al dramático problema de tantos enfermos que esperan un trasplante que no llega a tiempo por insuficiente disponibilidad de órganos; y dijo: «No hay solución posible sin un renovado sentido de solidaridad humana». Se ve, así, cuál es el elemento realmente resolutivo en el complejo problema de la obtención de órganos para trasplantes extraídos de cadáveres.

Con la convicción de la mayoría de las personas del alto valor que tiene la donación de órganos, y en ese contexto, quien rechazara donar órganos se sentiría como etiquetado, marcado como un evasor fiscal, en un Estado en el que se habría difundido la conciencia de los deberes sociales. El proceder entonces a extraer órganos de cadáveres sin pedir previamente el consentimiento, se entendería como lo que realmente es: como el deber del Estado de tutelar por todos los medios lícitos la vida y la salud de los ciudadanos. Tampoco una ley que autorizara la obtención de órganos, a pesar de la voluntad en contrario expresada en vida por la persona concreta, parecería ya una indebida prevaricación sino una legítima intervención para impedir las consecuencias gravemente perjudiciales para la vida de los demás que se derivarían de prejuicios y errores de algunos.

La muerte y los criterios para su confirmación

Es obvio que una de las exigencias éticas absolutamente irrenunciables para proceder a la extracción de órganos es la certeza absoluta de que la muerte ha sobrevenido realmente. Proceder a obtener órganos cuando subsistiera alguna duda, aunque fuera débil, de que el sujeto está todavía vivo, es un comportamiento que implica una voluntad homicida. Ya Juan Pablo II resaltó su inadmisibilidad moral en diciembre de 1989 hablando a un grupo de trabajo de la Pontificia Academia de las Ciencias dedicado a estudiar el problema de la determinación del momento de la muerte, concretamente en la perspectiva de los trasplantes. Fueron cuatro jornadas de estudio en las que tuve el honor de participar.

En su discurso, el Pontífice dijo, entre otras cosas: «El respeto debido a la vida humana prohíbe absolutamente sacrificarla directamente y positivamente, aun cuando eso produjera algún beneficio para otro ser humano al que se considerara que hay que beneficiar». Mientras que, una vez que ya no cabe la menor duda y se ha verificado la muerte, lo que ciertamente estaba prohibido

hasta ahora (la obtención de un órgano para trasplantarlo), cuando ya no cabe la menor duda de que la muerte ocurrió, se convierte en algo perfectamente lícito.

Pero, ¿qué es la muerte? Cuando se pretende responder a esta pregunta, es necesario preparar la conciencia acerca de la complejidad de la realidad de la muerte y, por tanto, de la multiplicidad de formas que tiene el conocimiento humano para afrontarla.

Podemos abordar el problema de la muerte de un modo filosófico, teológico, biológico, médico, legal, etcétera... Pero, de todas maneras, cualquiera que sea el enfoque, se requiere en el estudioso la conciencia de que la muerte del hombre implica una dimensión profunda e inaccesible, esto es, una dimensión misteriosa.

Desde el punto de vista filosófico, en la perspectiva de una antropología no materialista, el hombre vivo es una unidad sustancial de espíritu y cuerpo, es espíritu encarnado. La muerte es la disolución de esa unidad. Pero se trata de un hecho que escapa a toda posibilidad de observación directa.

Desde el punto de vista de las ciencias biológicas y médicas, que deben actuar exclusivamente en el terreno de los fenómenos es decir, de las realidades directamente observables, el hombre está vivo cuando el conjunto de elementos que componen la dimensión corpórea (células, tejidos, órganos) constituye un todo unitario, orgánicamente funcionando en razón de dinamisismos reguladores propios y autónomos. La muerte, por consiguiente, es la disolución sustancial e irreversible de esta unidad orgánica. El hombre está muerto cuando ha cesado irreparable y totalmente la capacidad global de integrar y coordinar en una unidad las diversas funciones.

En otras palabras, muerte es el cese permanente del funcionamiento del organismo como un todo.

Desde un punto de vista filosófico, o también simplemente en una perspectiva que considere toda la realidad del hombre sin reducirlo a sólo lo que es experimentalmente observable, la muerte del organismo es también la muerte de la persona humana, esto es, la disolución de la unidad sustancial de cuerpo y espíritu. La relación entre las dos perspectivas, la biológica y la filosófica, me

parece acertadamente expresada en forma concisa con estas palabras del Papa Juan Pablo II en el discurso citado dirigido al grupo de trabajo de la Pontificia Academia de las Ciencias: «La muerte, dijo el Papa, puede significar descomposición, disolución». Esto ocurre cuando el principio espiritual que preside la unidad del individuo no puede ejercer ya sus funciones sobre el organismo, cuyos elementos, abandonados a sí mismos, se disocian. Por consiguiente, la separación del principio espiritual del organismo, en modo alguno comprobable directamente, puede ser captada indirectamente por la disociación, por la disolución de la unidad del organismo.

Pero hay que precisar cuáles son los signos reveladores de esta disolución en sujetos en estado de inconsciencia y sometidos a técnicas de reanimación. Su muerte puede ser definida por la ética, la filosofía o la biología, y no sólo por las ciencias biomédicas. Es lo que ya Pío XII afirmaba claramente en 1957, en un célebre discurso a los anestésistas y encargados de la reanimación. He aquí sus palabras: «Por lo que se refiere a la comprobación de la muerte en casos particulares, la respuesta no puede deducirse de ningún principio religioso o moral y, en ese sentido, no es competencia de la Iglesia». Y poco antes el Papa había dicho: «Toca al médico, y especialmente al anestésista, dar una definición clara y precisa de la muerte y del momento de la muerte de un paciente que expira en estado de inconsciencia». Nótese bien el ámbito delimitado en el cual la competencia en casos de muerte se reserva a la medicina.

Los criterios tradicionales para la comprobación de la muerte, esto es, la cesación de la respiración y de la circulación de la sangre por paro cardíaco, siguen siendo válidos todavía en más del noventa y nueve por ciento de los casos de muerte. Ha sido, primero, la aparición de las técnicas de reanimación, y luego de la ciencia de los trasplantes, lo que requirió buscar otros criterios para establecer con certeza la muerte de un paciente en el cual la respiración y la actividad cardíaca se mantienen artificialmente.

Los acelerados avances en los conocimientos del sistema nervioso central, de su funcionamiento y de su papel en relación con todo el mecanismo humano, llevaron a la certeza científica de que él es el verdadero centro regulador que asegura el funcionamiento

unitario y coordinado de las múltiples partes y funciones físicas y mentales del organismo humano. La muerte, por tanto, ocurre cuando se tiene consiguientemente la cesación total e irreversible de toda actividad del sistema nervioso central. Así, se ha podido establecer la ecuación: «muerte cerebral = muerte del organismo humano = muerte de la persona». Pero ¿cómo identificar con seguridad y prontitud la cesación de toda actividad del sistema nervioso central y de su irreversibilidad?

A la búsqueda de una solución científicamente válida de este problema se han dedicado seriamente científicos y médicos y también algunos gobiernos, instituyendo comisiones de expertos.

Sigue siendo todavía válido como punto de referencia, el famoso informe de la Comisión de la Escuela de Medicina de Harvard de 1968, juntamente con las confirmaciones, correcciones y desarrollos de los llamados «Criterios de Harvard». En los años siguientes se siguió discutiendo no sólo sobre los criterios, sino sobre el concepto mismo de muerte de la persona como «muerte cerebral».

De cualquier forma, se ha ido constituyendo un creciente y ya extensísimo conocimiento científico e incluso ético, en torno a una serie de signos claramente comprobables, y en parte instrumentalmente verificables, cuya presencia simultánea indica la cesación total de cualquier actividad de todo el sistema nervioso central y, por tanto, la muerte del sujeto. En esta situación por muy intensivos que hayan sido los cuidados nunca nadie ha vuelto a dar señales de vida. No obstante lo cual, y para disipar toda sombra de duda de que estamos ante un cadáver y ya no ante un paciente, algunos documentos científicos y otros textos legislativos prescriben la comprobación continuada de la persistencia de esas condiciones, por lo menos durante las siguientes seis a doce horas.

Pero, además, se han venido estableciendo ulteriores garantías para defender la vida del paciente y prevenir cualquier abuso contra él en caso de que se tuviera en perspectiva el obtener órganos con fines de trasplante. Se trata de normas según las cuales se puede comprobar la muerte, por parte de un equipo médico diferente del que está interesado en efectuar el trasplante. En algunos países, entre ellos Italia, se está afirmando la tendencia a hacer de la comprobación de la muerte un procedimiento

regulado por una ley expresamente dedicada al efecto, independientemente de la perspectiva de una posible donación de órganos. De esta manera puede ser ampliamente satisfecha la exigencia ética de la certeza de la muerte, como condición absolutamente indispensable para proceder lícitamente a la obtención de órganos.

El hecho de que la práctica de los trasplantes se haya difundido hasta entrar ya en la categoría de las intervenciones rutinarias de cirugía, ha motivado el enorme aumento de requerimiento de órganos disponibles. Para enfrentar esta necesidad, mientras algunos se han orientado a intensificar las investigaciones para poner a punto órganos artificiales, otros han propuesto concepciones diferentes de la muerte cerebral.

Un denominador común de esa nueva concepción es el abandono del concepto de muerte cerebral como cesación de toda actividad de todo el sistema, para sustituirla por el de la cesación del funcionamiento de una parte del mismo: así, bastaría, por ejemplo, que dejara de funcionar la corteza cerebral, con la consiguiente pérdida de conciencia de las actividades superiores específicamente propias del hombre. Pero es demasiado evidente la arbitrariedad de esta reducción de la vida humana a alguna de sus actividades y la implícita reducción de la persona humana a la capacidad de conciencia en acto. Como igualmente arbitraria es la suposición inevitablemente contenida en este concepto de que en el hombre la vida vegetativo-sensitiva (respiración, circulación, recambio) tendría un principio de animación diferente del principio que regula las facultades mentales. En otras palabras, la vida vegetativa estaría separada de la vida del yo.

De todas formas, para una evaluación ética en el plano de las elecciones operativas, el fundamento fuerte y motivado de esta tesis, que se da incluso en este mismo mundo científico, impide reconocer la cualificación de certezas. La llamada muerte es, por lo menos, dudosa; y eso basta para que sea gravemente ilícito proceder a la obtención de órganos en tal situación.

En este momento, queda igualmente claro que la expresión «muerte cerebral» ya de salida viciada por impresiones (dado que se utiliza con significados sustancialmente diferentes) se ha vuelto

equivoca. Por consiguiente, parece necesario abandonar su empleo. Particularmente afortunada, en cambio, parece ser la terminología y el concepto adoptados por una comisión gubernamental sueca de 1984: «Infarto cerebral total», precisando explícitamente que nos estamos refiriendo a todo el encéfalo (esto es, el cerebro, el cerebelo y el tronco encefálico), con la consiguiente pérdida de toda coordinación de cada una de las funciones propias de la vida humana hasta su cesión.

El otro problema es la obtención de órganos y tejidos de fetos humanos ya sea de fetos casi a término voluntariamente abortados; de anencéfalos, incluso después del nacimiento, trasplantados a recién nacidos; o también de fetos abortados voluntariamente entre la novena y la duodécima semana para obtener tejidos cerebrales a fin de implantarlos en afectados por la enfermedad de Parkinson.

El hecho de que el cadáver sea un feto no presenta problema alguno desde el punto de vista ético con miras a obtener tejidos. Los problemas se suscitan por otros motivos.

Punto central y determinante para una evaluación ética decididamente negativa es el minusvalorar la condición irrenunciable de que toda extracción de órganos se efectúe ante la total certeza de la muerte del feto. Hay una conexión inevitable con el aborto voluntario y su ulterior motivación.

En cuanto a la obtención de tejidos cerebrales, la ilicitud es aún más evidente porque se efectúa sólo en fetos vivos todavía, dado que esos tejidos pueden ser trasplantados únicamente si están vivos y son potencialmente funcionantes.

Estas afirmaciones las he escuchado directamente del grupo de trabajo de la Pontificia Academia de las Ciencias; en concreto, del profesor White, que es una de las mayores autoridades mundiales en la materia.

Me limito a establecer algunos puntos, aunque la omisión de todos los pasajes corre el riesgo de hacer que aparezcan como no sólidamente fundamentados:

a) la dignidad de la persona humana se le debe reconocer a todo ser que se desarrolle después de una fecundación, sean cuales fueren sus eventuales malformaciones, incluida una anencefalia.

b) hay que reconocer, como consecuencia de lo anterior, todos los derechos del hombre, comenzando por el primero, que es el derecho a la vida.

c) la certeza de que ha sobrevenido la muerte es siempre condición absolutamente indispensable para proceder a la obtención de órganos o tejidos; incluso cuando se trate de fetos abortivos.

d) por consiguiente, la obtención de tejidos cerebrales con fines de trasplante de fetos abortivos es éticamente inadmisibile.

e) motivos éticos válidos llevan también a excluir toda obtención de órganos con fines de trasplante extraídos de fetos voluntariamente abortados. Son éstas afirmaciones que a muchos pueden parecer duras, incluso oscurantistas, y fruto de prejuicios científicos. Se contraponen, ciertamente, a una cultura que después de haberse deshumanizado en muchos de los ámbitos de la vida social, está deshumanizándose ahora también terriblemente en el ámbito en el cual siempre se alzó la bandera del respeto al hombre, del servicio de su vida y su salud en el campo de la medicina.

Desde el juramento de Hipócrates hasta los que se hacen hoy día, este orgullo tan merecido de la clase médica se ha visto enormemente afectado cuando muchos médicos quisieron convertirse en personas que procuran la muerte a muchas otras personas que están por asomarse a la vida. Otro factor negativo procede de muchos médicos que piensan de igual manera en relación con otros seres que están cerca de la muerte, con la eutanasia.

Se produce una situación trágica y grotesca cuando, después de ese mejoramiento que significa la perspectiva de la posibilidad de los trasplantes, el médico puede mejorar a un ser matando a otros seres, sirviéndose para ello de órganos de fetos vivos. Cuando el mundo se enteró finalmente de lo ocurrido en la Alemania nazi (esto es, cuando muchos médicos consintieron en que se efectuaran acciones funestas en muchos niños y adultos en nombre del progreso científico y clínico), se sustituyó una reacción espontánea que lo calificó como un horror inconcebible.

Uno de los textos clásicos de la deontología surgió con la Declaración de Ginebra de 1940, donde se estableció que médicos e investigadores, no impulsados por una dictadura como era el

nazismo, sino inspirados en una cultura de libre elección, habían repetido horrores no muy diferentes, y además con el aplauso de la opinión pública. Entonces se llegó a la exaltación de la raza como mito supremo; a los horrores de hoy se llega con una exaltación parecida del progreso científico y tecnológico. Los ídolos siempre han exigido sacrificios humanos, y esta tragedia constante no es tampoco desmentida en nuestro mundo contemporáneo que, sin embargo, está convencido de que se encuentran a distancias siderales de las llamadas atrocidades primitivas.

No quiero concluir mi exposición con esta nota negativa y molesta. Dado que me estoy dirigiendo sobre todo a médicos y estudiantes de Medicina, quisiera concluir con una reflexión que aclara el significado del valor de los trasplantes por parte de quienes los efectúan: de los médicos. Terminaremos, así, con la reflexión que hacíamos al principio sobre el significado de los trasplantes por parte de quien dona algún órgano. Para ello, hago mías las palabras que, al concluir una reunión de estudio sobre los trasplantes llevada a cabo en Roma, en 1982, pronunció un obispo del Tercer Mundo, el cardenal Pablo Zoungrana, arzobispo de Ougadogo, en Alto Volta: «El tema abordado es al mismo tiempo exaltante para la ciencia y capaz de suscitar la hermandad entre los hombres. No se puede dejar de admirar el progreso de la ciencia humana; y admirando los progresos del hombre, pasar a celebrar al Creador que dio al hombre la capacidad de prolongar la vida y, de alguna manera, ponerse junto a la acción creadora de Dios». He aquí por qué, en un momento en que la ciencia busca trasplantar el corazón, el hígado u otros órganos, esta intención, más que llevar al hombre a desafiar al hombre, manifiesta un ímpetu de esperanza que lleva al hombre a cooperar con Dios a pesar de todas las dificultades, para servir mejor a la vida en otros hombres, sus hermanos. Con la audacia del amor, en una difícil búsqueda quiere vencer a la muerte, poner las fuerzas de su espíritu y los recursos de su amor al servicio de la vida, en obsequio a la vida del Creador que es Trinidad en el único Dios: Padre, Hijo y Espíritu Santo.

Donación, comercio, expropiación de órganos*

Daniele Rodriguez**

Introducción

El tema que se me ha encomendado en el ámbito de esta mesa redonda sobre «Los problemas del trasplante» comporta el tratamiento de tres materias tan sabidas de todos que el desarrollarlo tal como está propuesto equivaldría a un vano ejercicio de retórica. En concreto: no se puede dejar de estar de acuerdo sobre el indudable significado de *don* que tiene el órgano que se va a trasplantar en función de valores ampliamente compartidos como el del altruismo y la solidaridad; así como sobre la negación de toda forma de *comercio* en relación con los órganos por trasplantar.

De esto se deduce que hay que ver el trasplante de órganos necesariamente en conexión con un acto de donación de un bien no comercializable. Se trata de una afirmación tan obvia¹ que considero superfluo ilustrarlo, prefiriendo dedicarme al análisis del tercer punto, el relativo a la *expropiación*, el cual (al presentar un componente de provocación, o quizá sólo de polémica, y estimular, por tanto, el desarrollo del razonamiento en términos por lo menos parcialmente tan desacostumbrados) permite ofrecer algunas indicaciones sobre la donación y el comercio de órganos.

Por ahora se trata sólo de proporcionar una información de carácter técnico, esto es, basándonos en la ley italiana del 2 de diciembre de 1975, n. 644, que sanciona la disciplina de las extracciones de partes de cadáveres con una finalidad de trasplan-

* Ponencia presentada durante la Mesa Redonda «Los problemas del trasplante», 3 de febrero de 1989, en el ámbito del Curso de Ética Profesional «Tecnologías avanzadas y asistencia sanitaria», organizado por A.C.O.S., E.I.R.O.S., A.M.C.I., Pastoral Sanitaria.

** Instituto de Medicina Legal y de los Seguros de la Universidad de Padua (Director: Prof. Francesco Introna).

¹ Véase, entre las intervenciones médico-legales más recientes sobre el desarrollo de la temática del cuerpo humano después de la muerte entendido como *res extracommercium*, la exposición hecha por G. VIDONI en la Reunión «Actualidad de los trasplantes». XXX Seminario clínico de Colorno y Parma. Parma, 6 de junio de 1987 (VIDONI G., *Attualità sui trapianti. Questioni medico legali*. Riv. It. Med. Leg. 1988; 10: 519-527).

te terapéutico, y que, previendo el castigo en caso de comercio de órganos, prohíbe de hecho semejante práctica. He aquí, a continuación, el texto de los artículos de la ley 644/75 que nos interesan ahora.

«Art. 19. Todo aquel que reciba dinero u otras utilidades, o bien acepte la promesa para acceder a la extracción después de su muerte de partes de su propio cuerpo o del de otra persona para las finalidades previstas por la presente ley, será castigado con la reclusión desde seis meses a tres años y multa de 400,000 a 2 millones de liras.

Art. 20. Quienquiera que proporcione por lucro una parte de cadáver para usar con las finalidades previstas por la presente ley, o bien comercie de cualquier modo con ella, será castigado con reclusión desde dos a cinco años y multa de 300 mil a 3 millones de liras.

Si el culpable es persona que ejerce la profesión sanitaria, a la condena seguirá la prohibición de ejercer la profesión por un periodo de dos a cinco años».

Pasando ahora al punto de la *expropiación*, que acabamos de indicar como merecedora de una particular reflexión, salta a la vista el *equivoco* mismo del término *expropiación*. A primera vista, en efecto, parece inconcebible que puedan existir problemas de *expropiación* en un ámbito en que habría que considerar como generalizada la disponibilidad de todos a la donación. De hecho, sin embargo, todos sabemos que algunas personas tienen la sensación —bien como simples ciudadanos bombardeados ambigualmente por los medios de comunicación, bien cuando participan directamente, por ejemplo como parientes del donante, en las operaciones preliminares al trasplante— de que cuando se extrae un órgano se está procediendo a una *expropiación*. No es por casualidad el que se haya fundado una *Liga Nacional contra la Depredación de Organos*: la existencia misma de una asociación semejante —prescindiendo de sus precisos fines institucionales— habla ya de la existencia de un problema.

Se trata, por lo demás, de un problema de contornos fluidos y mal precisados en su esencia, al ser vivido diferentemente a nivel individual. La principal aportación que intento hacer con esta

exposición es precisamente la de definir con claridad los términos de la cuestión.

Un primer punto en el que hay que detenerse se refiere al acto de la donación del órgano, que es incuestionable en línea de principio, pero que crea desorientación cuando de la teoría se pasa a la realidad, es decir, cuando hay que optar por la donación de una parte del cuerpo de otro. En otras palabras, creo que cuando se trata de pensar en términos de donación de una parte del *propio cadáver futuro*, cualquier sujeto suficientemente formado desde el punto de vista moral, no puede dejar de manifestar su propia solidaridad. Cuando se trata, en cambio, de decidir sobre la donación de una parte del cadáver *actual de otro* es cuando surge la perplejidad que adopta la forma –repito– ambigua de una sensación de estar ante una expropiación.

La experiencia enseña que lo que se siente es a menudo que el órgano del pariente podría ser extraído *arbitrariamente*: no se olvide que la muerte de un pariente tiene, como respuesta *inmediata*, la incredulidad, la incapacidad mental para aceptar a corto plazo esa noticia. Esta incapacidad se hace luego más consistente aún, si se piensa en las dos posibles circunstancias en las que, alternativamente, se da la noticia de la muerte (me refiero al caso, más resaltante, de la muerte por lesiones cerebrales primitivas): cuando se es informado o sin ver al pariente o viéndolo. Esta observación, a primera vista de desconcertante trivialidad, corrobora en cambio cuanto acabamos de decir: por un lado, el hecho de no ver (a veces, de no poder ver) al pariente, puede crear ulterior desconfianza respecto de la realidad de la noticia de la muerte; por otro lado, ver al pariente equivale a darse cuenta de que *el corazón late*.

Ya por estas primeras consideraciones resulta evidente el papel decisivo que, para aclarar las cosas, juega una información correctamente proporcionada a los deudos. No me refiero tanto a la información *debida* por parte del sanitario responsable de las operaciones de extracción (o de un delegado suyo) en los términos del segundo párrafo del art. 9 del D.P.R. del 16 de junio de 1977, n. 409, que regula la ejecución de la ley 644/75 citada: el objeto de esa información es más bien ambiguo, refiriéndose a los temas de

la «necesidad y utilidad de la extracción»². Me refiero más bien a la información que no puede dar nadie más que el médico tratante, y que consiste en los siguientes puntos sintéticos: el sujeto ha fallecido y a su respecto se procederá a las verificaciones previstas por la ley para confirmar el diagnóstico de muerte. Ciertamente, si el médico tratante da noticias equívocas indicando que se trata de una «categoría» particular de muerte, la «cerebral», sin proporcionar ulteriores determinaciones –¿y cómo, dadas las circunstancias, podría hacerlo?– en cuanto al tronco y la corteza y sin aclarar el aspecto fundamental, esto es, que «la muerte cerebral ha sido siempre implícitamente un concepto de muerte del ser humano, aunque nunca se haya formulado»³, entonces, una vez más, lo experimentado por quien está llamado a la donación del órgano de otro no puede dejar de estar condicionado por el hecho de que *el corazón late*.

En definitiva, no se puede dejar de estar de acuerdo acerca del hecho de que cuando no es congruente la información a los familiares por parte del médico tratante, la situación puede parecerles oscura a los mismos. Y entonces el médico encargado de la extracción que interviene a continuación informando sobre la «utilidad y necesidad del trasplante», como decíamos antes, podría ser visto como *rapaz* expropiador de órganos; *rapaz* como el águila que diariamente le arrancaba el hígado a Prometeo firmemente encadenado a la cima del Cáucaso⁴. Y entonces lo que hay de horripilante en la pena de Prometeo –que el ave rapaz le devore el hígado mientras está vivo pero imposibilitado de reaccionar– puede ser vivido como relacionado con el pariente, también él imposibilitado para reaccionar y cuya muerte no se acepta o se considera que todavía no se ha producido. Pero si es cierto que ambos están imposibilitados para reaccionar, hay que considerar

² Véase al respecto las críticas que hace MERLI S., *A proposito del nuovo Regolamento sulla disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico*. Zacchia 1977; 52: 362-371.

³ La cita está tomada de LAMB D., *Death, Brain Death and Ethics*. Crooms Ltd., 1985; trad. ital., *Il confine della vita. Morte cerebrale ed etica dei trapianti*. Bologna: Il Mulino, 1987: 140.

⁴ Es de todos conocido el mito de Prometeo que se refiere al suceso que presenta Esquilo en el *Prometeo encadenado*. Recuerdo, de todas maneras, que el Titán benéfico fue castigado por Zeus por haberse robado el fuego. Ésta es en síntesis la dinámica del castigo: Prometeo, atado en la cima del Cáucaso con cadenas especiales y firmemente mantenido con una columna clavada en el cuerpo, era asaltado cada día por un águila que le comía el hígado, el cual volvía a crecer a la noche siguiente.

que esto les ocurre —y con esta observación desaparece el segundo aparente punto de analogía entre mito y vicisitud humana concreta— al uno porque está encadenado, y al otro porque está muerto.

Pero no es tan fácil disipar la sospecha: si es evidente que Prometeo está *inmovilizado*, ¿qué garantías hay de que esto no le está ocurriendo también al pariente cuyo órgano se solicita? ¿Está realmente muerto, o es que se ve de alguna manera obligado a parecerlo? ¿Se ha recurrido a todas las intervenciones médicas adecuadas para favorecer su *movilización*?

Cierto que si es verdad, como lo es, que una definición común de muerte⁵, indica pragmáticamente que la misma corresponde a la situación en que es imposible devolver a un sujeto a una vida autónoma con los medios de que la medicina dispone, sólo entonces y si, y en cada caso particular, se han utilizado todos los medios de que hablábamos, esto es, sólo si se han llevado a cabo todos los actos adecuados para inducir la movilización hay que admitir que ese sujeto está inmóvil *porque está muerto*. Es de esto de lo que exigen una *garantía* los familiares a los que se les solicita tomar una decisión. Si esa garantía no resulta inequívoca (o incluso si, aun resultando inequívoca, persiste en lo vivido inconscientemente por cada uno de los llamados a manifestarse acerca de la donación del órgano de otro, la imagen del mítico Prometeo inmovilizado y rapazmente privado del hígado), no se podrá disipar la duda de que en esta circunstancia, como en otras, inmóvil significa necesariamente muerto, tanto más cuanto que el sujeto no parece precisamente inanimado.

Todo esto me parece que podría reforzar la tesis propuesta: que —utilizado en el contexto de los trasplantes de órganos— el término *expropiación* es *equivoco*, enmascarando bien el miedo a la muerte, bien el miedo al enterramiento prematuro; temores que desde siempre han caracterizado a la historia del hombre⁶. No

⁵ Acerca del hecho de que «está muerto quien no puede ser reanimado», véase el análisis que aparece en INTRONA F., *Problematica medico-legale dellâ diagnosi di morte*. Acta Anaesth. 1968; 19: 1-20.

⁶ Véase, en especial, sobre los dos puntos respectivamente: VOVELLE M., *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours*. París: Gallimard 1983; trad. ital., *La morte e l'Occidente dal 1300 ai giorni nostri*. Bari: Laterza, 1986, *passim*, y PERON-AUTRET J.Y., *Les enterres-vivants*. París: Gallimard, 1979; trad. ital., *I sepolti vivi*. Milán: Mondadori, 1980, pp. 85-94.

pretendo extenderme aquí acerca del miedo a la muerte, saliéndose el tema, de todos modos demasiado amplio, de mi competencia específica. Prefiero limitarme a desarrollar el segundo de los aspectos que acabo de citar, el cual, menos amplio y mejor delineable, permite tal vez análisis más precisos y respuestas más concretas. Me refiero –claro está– a la expropiación de órganos entendida como equivalente moderno y racional del temor al enterramiento prematuro. La solución del problema puede ahora estribar en dos simples preguntas, cuyo valor supera el significado contingente, que reviste no obstante, referidas como están a un caso aislado:

– ¿se han utilizado realmente todos los recursos de la medicina para devolver al individuo a la vida autónoma?

– ¿están realmente presentes todos los signos que permiten la verificación de la muerte?

Daré a continuación una respuesta sintética a estas preguntas agregando algunas consideraciones –aunque sólo sea para justificar el hecho de que el tema se me ha encomendado precisamente a mí– sobre el papel *degarante* que el médico forense no sólo juega sino que –y esto es lo que cuenta– desempeña activamente al respecto.

Temor al enterramiento prematuro y reglamentos italianos de policía forense

Los diversos reglamentos de policía forense han venido abordando en Italia desde 1892 hasta nuestros días, aunque sea implícitamente, el problema de los «enterramientos prematuros», indicando las modalidades apropiadas para conjurar ese riesgo. Pero siempre se ha tratado –y esto lo quiero subrayar de inmediato– de modalidades más bien generales y que consisten, en síntesis, en asegurar a todo *cadáver* un *periodo de observación* congruente.

Es evidente que el enfoque global, en el decurso casi ya de un siglo, no ha cambiado mucho. Los artículos referidos parecen proponer una conducta pasiva, no hay en ellos una disposición que

requiera un comportamiento activo: la observación se parece —y mucho— a la simple espera de lo inevitable. Ni siquiera el llamado que en el reglamento vigente (artículos 8 y 9) figura acerca de la utilización de «aparatos o instrumentos»⁷ puede considerarse como indicación de un cambio de tendencia: el médico forense recurre, en efecto, a la «ayuda» de tales medios no para dirimir una eventual duda sobre la realidad de la muerte, sino para tener la posibilidad de reducir el tiempo de observación. (Hay que decir incidentalmente que si ésta es la previsión normativa textual, es de desear que en la realidad el médico utilice *de todos modos* todo el instrumental y los aparatos que la ciencia y la conciencia sugieren a fin de verificar la muerte efectiva de un sujeto determinado.)

Más bien hay que señalar que con el paso del tiempo se ha verificado una cierta *deflexión* de atención acerca de la vigilancia en orden al riesgo de un «enterramiento prematuro». El reglamento de 1892 preveía que el fallecimiento se comprobara médicamente *sin dilación ni titubeo*. A partir del reglamento de 1942 no se prevé ya ninguna tempestiva intervención médica: más aún, la visita necroscópica (encaminada, precisamente, a verificar la realidad de la muerte) está indicada como para ser efectuada no antes de pasadas quince horas desde el fallecimiento. El reglamento de 1975 confirma esa indicación cronológica, haciéndola aún más perentoria con la introducción del adverbio «siempre». Si la finalidad del reglamento de 1942 era la de planificar la intervención médica de tal manera que no fueran aleatorios los eventuales actos de reanimación (obviamente en cuanto esto era posible, dados los conocimientos de la época), los dos últimos reglamentos parecen querer inspirarse en una lógica totalmente diferente, la de promover la intervención médica de control en un tiempo tan tardío como para hacer inútil cualquier intento de reanimación. Efectivamente, parece poderse afirmar tranquilamente que las citadas 15 horas representan un lapso de tiempo más allá del cual son francamente impensables eventuales posibilidades de reviviscencia. Y aunque

⁷ Para interpretar lo que se debe entender por «aparatos o instrumentos», cfr. la Circular del Ministerio de Sanidad [italiano] del 24 de julio de 1978, n. 66, donde se precisa que por la expresión se tiene que entender el electrocardiógrafo y que el registro hay que hacerlo no antes de los primeros veinte minutos.

se admitieran tales posibilidades, se mantiene la fundada sospecha de que los médicos forenses no siempre efectúen la inspección del *cuero inanimado* a fin de verificar la realidad de la muerte. Prueba indirecta de esta afirmación son las noticias que a veces aparecen en la prensa diaria acerca del no infrecuente «despertar» de sujetos inanimados y sumariamente etiquetados como cadáveres⁸. Lo menos que puede decirse, entonces, es que el panorama resulta desconcertante: y que no se trata de una reconstrucción aventurada de la situación, lo confirma ulteriormente otra disposición legislativa, que en la formulación actual difiere bastante de la anteriormente vigente. Se trata de las disposiciones inherentes a la *denuncia* (así llamada en el reglamento de policía forense de 1892)/ *declaración* de muerte (así indicada textualmente en la ordenanza de 1939, repetida en los sucesivos reglamentos de policía forense) que deben hacer, respectivamente, los jefes de familia o parientes, y que hay que dirigir al oficial del estado civil.

La *denuncia* (1892) debía hacerse *lo antes posible* y no después de 24 horas respecto del tiempo presunto de muerte; a partir de 1939 no hay que apresurarse para permitir una información oportuna, siendo suficiente con respetar el término de 24 horas.

Recopilando ahora, para permitir una visión de conjunto, las indicaciones hasta aquí propuestas, se deduce lo siguiente.

La práctica que emanaba del más antiguo de los reglamentos de policía forense comenzaba con la denuncia oportuna de la muerte por parte del jefe de familia al síndico-oficial de estado civil, el cual, sin demora, mandaba a un médico para que comprobara la realidad del deceso; era entonces cuando el cadáver era «abandonado» a una observación meramente pasiva.

A partir de 1942 la situación cambia radicalmente: no debe apresurarse particularmente la declaración de muerte al oficial de estado civil (quedan de todos modos las 24 horas como tiempo máximo) ni el médico forense debe apresurarse tampoco a comprobarla: parece más bien –por el hecho de que se requiere que pasen 15 horas desde la muerte antes de su intervención– que se

* Para limitarnos a los periódicos de difusión local de reciente publicación, véase el artículo en primera página de «Il Gazzettino» del 15 de octubre de 1987: *Estaba ya en el depósito. Descubren que vivía.*

deba conformar con la lógica «de espera» que inspira el periodo de observación, en parte contemporáneo y en parte sucesivo⁹.

En definitiva: aun cuando el actual reglamento de policía forense no menosprecie el riesgo del «enterramiento prematuro», le dedica muy poca atención y en la práctica sanciona una disciplina más bien sumaria que no es ciertamente adecuada por sí misma para conjurar el peligro de apresurados y/o aproximativos diagnósticos de muerte.

Pocos son los que se dan cuenta de todo esto; y de estos pocos, aún menor es el número de los que consideran que subsiste el problema; porque parece *impensable* que en pleno siglo XX pueda haber alguien que delante de un *cuerpo inanimado* no se apresure a buscar un médico que intente los actos de reanimación del caso, y/o para que, cuando los mismos resulten inútiles o infructuosos, compruebe la muerte.

El problema «por lo demás» —y lo he demostrado— existe. Hay sólo una porción de ciudadanos para los cuales vigen plenas garantías de una tempestiva y adecuada intervención médica (incluso colegiada) encaminada a comprobar la muerte: se trata de los sujetos fallecidos por lesiones cerebrales primitivas, sometidos a reanimación y, al mismo tiempo, probables donantes de órganos. Semejantes garantías existen también para los que han sufrido un paro cardíaco y que, no pudiéndose reanimarlos, están no obstante indicados como potenciales donantes.

⁹ Es del caso precisar, sin por lo demás dispersarse en agudas disquisiciones, que el artículo 138 de la ordenanza del estado civil prevé una práctica diferente en la hipótesis de que la muerte sobrevenga en algún «establecimiento» (y cita como ejemplos el hospital, el colegio, etc.). En estos casos la «denuncia» al oficial del estado civil denominada formalmente *aviso* compete al *director* de la institución. Ahora bien, aquí quiero precisar que en la hipótesis de la muerte dentro del hospital, el *aviso* hecho por el *director* (sanitario) del nosocomio tiene un valor probatorio y una confiabilidad mucho muy superior a la *declaración* del familiar relativa a los muertos, por así decir, extrainstitucionales: el director sanitario reúne en sí, efectivamente, la figura del sanitario, que atestigua su capacidad de hacer un diagnóstico de la muerte, y la calificación de director que comporta en ese caso la obligación de avisar. En definitiva, las consideraciones que en el texto se hacen hay que entenderlas como referidas sobre todo a los decesos «declarados» por un familiar y no avalados por una comprobación médica de la muerte.

Las garantías acerca de la comprobación de la realidad de la muerte del probable donante

La primera parte de esta exposición se cerraba con dos interrogantes. En relación con ellas, pero con referencia a la oportunidad de las atenciones médicas y a la metodología de comprobación de la muerte, se analizaron las previsiones de los diversos reglamentos de policía forense que se han venido sucediendo a lo largo del último siglo en Italia, relativas a los que, fallecidos (o tal vez sólo inanimados) no son candidatos a la extracción de órganos. Ahora intento concluir mi exposición refiriéndome a la comprobación de la muerte de los *probables donantes de órganos*, no sin antes recordar que, de conformidad con el párrafo segundo del artículo 1 de la ley 644/75, la extracción puede ser efectuada en derogación de las disposiciones del reglamento de policía forense que se refieren a la observación sólo si, *precisamente* para comprobar la muerte, se respetan las modalidades de las que habla la citada ley; y la situación que, paradójicamente, se da es que estas modalidades, científicamente válidas y analíticamente precisadas como son, permiten no sólo excluir en términos de certeza que la muerte es realmente tal, sino también —diría yo, sobre todo— afirmar que se ha llevado a efecto todo intento por reanimar al sujeto.

Reanudando el enfoque lógico sobreentendido por el contenido y por la secuencia de los dos interrogantes arriba recordados, es oportuno volver sobre el punto de los *actos terapéuticos* debidos, obviamente —si es el caso— antes de cualquier comprobación de muerte, pero que hay que considerar ahora en cuanto *modalidades* impuestas para hacer admisible la citada derogación. La ley 644/75 es en este punto perentoria:

— en caso de que el corazón cese de latir, el artículo 3 *confirma* la obligación que incumbe a los médicos tratante «de llevar a cabo todas las intervenciones sugeridas por la ciencia y por la técnica para salvaguardar la vida del paciente»;

— los sujetos afectados de lesiones cerebrales primitivas son considerados por el artículo 4 como susceptibles de extracción siempre y cuando sean «sometidos a reanimación en entidades hospitalarias o instituciones universitarias».

La plena garantía normativa acerca de una tempestiva ejecución de los actos de reanimación oportunos a veces, depende de una figura de médico, la del que *está al cuidado del sujeto difunto*, en relación al cual no es previsible connivencia alguna con otros médicos, esto es, con los cirujanos que procederán a la extracción, sobre los cuales solamente pueden eventualmente recaer sospechas de rapacidad, *al estar al cuidado de otro individuo*.

En definitiva: bajo el perfil tanto teórico (es decir, el que emana de las indicaciones normativas) como práctico (gracias al papel que concretamente reviste el médico tratante) están ampliamente garantizados los actos terapéuticos y/o de reanimación necesariamente previos a cualquier comprobación de muerte.

Respecto de la segunda pregunta, la de la *correcta* verificación de la muerte, hay que convenir en el hecho de que la legislación italiana da indicaciones acerca de los parámetros que hay que verificar al respecto, hasta tal punto precisas, que permiten juzgar con toda seguridad como irreversible la situación cuando se trata, aun cuando esté muerto, de un sujeto con el corazón aún palpitante. La explicación se basa en nociones científicamente irrefutables sobre las que no pretendo detenerme ahora¹⁰, ni tampoco detallar señales y síntomas indicados por la ley 644/75 (artículos 3 y 4), que en repetidas ocasiones han sido autorizadamente comentados¹¹. Esto también, análogamente al enfoque que he dado a los tratamientos terapéuticos de reanimación «previos» que, igualmente, no he expuesto en detalle.

¹⁰ A este propósito, tendría que citar una amplísima bibliografía. Prefiero limitarme a sugerir la lectura de un artículo muy elocuente y claro por lo que se refiere al aspecto fisiopatológico; se trata de: JORGENSEN E.O., *Spinal man after brain death*. Acta Neurochir. 1973; 28: 259-273. Pero véase también *Guidelines for the Determination of Death*. Report of Medical Consultants on the Diagnosis of Death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. JAMA 1981; 246: 2184-6. Más específicamente relacionados con el razonamiento que venimos desarrollando en el texto están: MOLINARI G.F., *Brain death, irreversible coma and words doctors use*. Neurology 1982, 32: 400-2; ZANGANI P., *La confusione terminologica e semantica sulla "morte" ed il prelievo di cuore a scopo di trapianto terapeutico: osservazioni medico legali*. Jornadas médico-legales-criminológicas, Ascoli Piceno, 2-5 de abril de 1987, *Actas* publicadas en Med. Leg. Quad. Cam. 1988, 10 (supl., f.n., vol. 2): 43-45.

¹¹ Recuerdo, entre las diversas aportaciones, las siguientes: MERLI S., *La nuova legge sul prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto*. *Zacchia* 1975, 50: 499-506; ZANGANI P., *I prelievi d'organo a scopo di trapianto terapeutico nella legge 2 dicembre 1975, n. 644*. *Sicur. Soc.* 1976, 30: 412-423; DE PALMA T., *Considerazioni medico-legali sulla nuova disciplina dell'accertamento della morte*. *Giust. pen.* 1976, 81: 219-223; D'AQUINO B., BUZZI F., *Aspetti medico legali della nuova norma di legge in tema di trapianti terapeutici*. *Min. Leg.* 1977, 97: 1-7; RICCI P.L., *Libertà metodologiche sull'accertamento della morte*. *Zacchia* 1978, 53: 331-345.

Respetando precisamente el enfoque dado respecto de la motivación de la respuesta a la primera pregunta, considero más bien oportuno recordar los «actos» que la ley 644/75 indica que deben efectuarse como garantía de la real comprobación del hecho de que el donante potencial ha fallecido. Se trata de «actos» independientes entre sí, sobre los cuales —tal vez— la ley no pone mucho énfasis y que, por tanto, se enfocan enucleándolos del contexto normativo en el que están insertos. Considerados en su conjunto, constituyen una especie de *trípode de garantía* en el que la *comprobación* es el momento prioritario, siendo los momentos sucesivos la *certificación* y la *información*. Lo que importa subrayar, para reiterar el significado de este trípode, es que los tres actos son estrechamente interdependientes entre sí siendo uno presupuesto del otro y permitiendo al último (la información) una particular forma de «control» sobre el primero (la comprobación).

El *acto de la verificación* en general¹² incumbe en una primera fase al «médico tratante»: es evidente que debe ser éste el primero que compruebe «la cesación del latido cardíaco» que abre el camino a los procedimientos de los que habla el artículo 3 de la citada ley; y es igualmente evidente que no puede ser él el que compruebe la muerte del afectado por lesiones cerebrales primitivas sometido a reanimación del que habla el artículo 4 de la misma ley. Pero si subsistieran dudas al respecto, el artículo 3 del reglamento (del que habla el ya citado D.P.R. 409/77) parece escrito para disiparlas, dado que señala al responsable de la división o departamento en que se ha practicado la reanimación del portador de lesiones cerebrales primitivas como el sujeto que «está obligado a verificar la existencia de las condiciones»; la verificación, permitiendo que se convoque al colegio médico encargado de la comprobación de la realidad de la muerte misma, constituye de

¹² No quiero dispersarme aquí en detalles sobre los términos de *verificación* y *comprobación/diagnóstico* referidos a la muerte de un sujeto determinado. Baste recordar cuanto otros, sintéticamente, han dicho: «No hay que confundir el diagnóstico de la muerte con la comprobación de la muerte que necesariamente le sigue y presupone» (cfr. MARZONA C., VIDONI G., *Regolamento di Polizia mortuaria: arts. 1-13*. Medicina Legal Emilina-Romaña, s.v., 7-35, 1976-78. Basándome en estas distinciones he utilizado a menudo las palabras «diagnóstico» o «comprobación». Para no hacer más denso el texto he recurrido al término comprobación, al que le he dado, ciertamente, su sentido propio, y también un sentido más bien general como en el contexto presente.

hecho la comprobación de la muerte¹³. Pero a esa primera comprobación que debe hacer el médico tratante, debe seguir, según indica la ley 644/75, una verificación en sentido estricto. Esta comprobación comporta la verificación de las señales y síntomas detalladamente indicados y se recurre a un colegio médico, precisamente calificado para ello por los títulos de especialización y/o experiencia y/o actividad laboral de cada uno de sus componentes¹⁴. El artículo 9 de la ley citada indica taxativamente que «los médicos que efectúen la extracción de las partes del cadáver y el sucesivo trasplante deben ser diversos de los que comprueban la muerte».

En la práctica todo esto significa que comprobación, primero, y verificación, después, de la muerte incumben a médicos tan específicos (el que está al cuidado y, respectivamente, los reunidos en colegio, expertos y ajenos a la vicisitud) que se garantice la plena corrección de la comprobación.

Una especie de sistema de control —que se fundamenta en los otros dos elementos constitutivos del trípode de garantía— permite la vigilancia de las comprobaciones.

En cuanto a la *certificación*, hay que considerar que de la comprobación de la muerte no puede dejar de quedar huella en el

¹³ De todos modos, nada obsta al hecho de que la muerte haya sido comprobada por otras diversas observaciones aún antes de que se den las «condiciones» que enumera la ley: los medios técnicos, en efecto, se han perfeccionado mucho respecto de 1975. de manera que es muy posible hacer un diagnóstico de la muerte antes de que coexistan las «condiciones» de que hablamos, recurriendo a particulares investigaciones semiológicas (por ejemplo: flujo cerebral, potenciales cerebrales evocados).

¹⁴ El detalle lo aporta el reglamento de ejecución de la ley que aparece en el D.P.R. 409/77. El artículo 2 prevé que el colegio, en la hipótesis de muerte con paro cardíaco, esté compuesto por: «1) un médico cirujano designado por la dirección sanitaria; 2) un experto en cardiología elegido por la misma dirección entre los sanitarios con especialización en cardiología o bien entre sanitarios de planta, hospitalarios o universitarios, pertenecientes a la división o servicio de cardiología; 3) un experto en electroencefalografía elegido por la misma dirección entre los sanitarios con especialización en neurología o entre los sanitarios de planta, hospitalarios o universitarios, pertenecientes a la división o servicio de neurología». El mismo artículo contempla que del colegio, cuando se trate de muerte vinculada con lesiones cerebrales primitivas del sujeto sometido a reanimación, formen parte los siguientes sanitarios: «a) en calidad de médico forense los sanitarios de planta, hospitalarios o universitarios, pertenecientes a las instituciones o servicios de medicina legal o, en sustitución suya, los sanitarios con la adecuada especialización dependientes de las citadas instituciones o entidades; b) en calidad de anestésista-reanimador, los sanitarios anestésistas de planta, hospitalarios o universitarios, pertenecientes a la división o servicio de anestesia y reanimación provistas de la requerida especialización; c) en calidad de neurólogos, los sanitarios de planta, hospitalarios o universitarios, pertenecientes a la división, servicio o instituto de neurología, con experiencia demostrable en electroencefalografía de por lo menos tres años».

expediente hospitalario que debe ser actualizado regularmente (art. 7, D.P.R. del 27 de marzo de 1969, n. 128): esto se hace por una vetusta e irrenunciable tradición en relación con el «paro cardíaco irreversible» (tal es, en efecto, la acostumbrada cláusula en que se sintetiza, en el *diario clínico* del expediente, la comprobación de la muerte); y, si no por tradición, por lo menos por oportunidad en relación con la verificación de la existencia de las condiciones que permiten la reunión del colegio y que —como decíamos— corresponde a un diagnóstico de muerte.

Pero no sólo de la comprobación de la muerte queda una certificación escrita; porque —de conformidad con el artículo 8 de la ley— de la «comprobación de la muerte y de las operaciones de extracción se redactan y suscriben analíticas relaciones verbales apropiadas». La previsión de una verbalización *analítica* comporta el hecho de que el documento que es firmado por los miembros del Colegio es sustancial y exhaustivamente descriptivo o, de todos modos, se limita a los datos interpretativos: esto hace que la relación verbal no pueda prestarse a equívocos, debiendo *reflejar de una forma absolutamente fiel* las comprobaciones hechas por el colegio médico.

Para disipar cualquier duda respecto de eventuales falsificaciones o retrasos en la verbalización, está el tercer elemento del *trípode de garantía*, el de la *información*. Y cuando utilizo —en este contexto— este término, pretendo limitar el llamado a la información debida respecto de la «autoridad»¹⁵. Lo que prevé la norma figura en el segundo párrafo del citado artículo 8 que prescribe, entre otras cosas, que debe transmitirse copia de la relación verbal de la comprobación de la muerte «dentro de las cuarenta y ocho horas sucesivas al procurador de la República y al médico provincial competente para el territorio». La obligación de informar a las dos autoridades, la judicial y la —por así decir, dado que en sentido

¹⁵ Entre los destinatarios de la información en general, por lo que se refiere a los procedimientos relativos a los trasplantes de órganos, están también los familiares. No pretendo detenerme aquí sobre la cuestión y remito a: RODRIGUEZ D., APRILI A., *I trapianti di cuore: spunti di riflessione sugli obblighi giuridici che incombono ai medici nei casi d'esplanto d'organo*. Jornadas médico-legales-criminológicas, Ascoli Piceno, 2-5 de abril de 1987, *Actas en Med. Leg. Quad. Cam.* 1988, 10 (supl. f.n., vol 2°): 193-212; MARCHIORI A., PAGLIEI A.M., *Trapianti cardiaci e consenso del donatore*. Jornadas cit., *Actas en Med. Leg. Quad. Cam.* 1988, 10 (supl. f.n., vol 2°); así como la bibliografía que citan estos autores.

propio no lo es— sanitaria, se basa en una exigencia que, a mi juicio, es de control. La autoridad judicial, en efecto, está ya informada por otro lado (con el instrumento de la relación, según lo dispuesto en los artículos 361, 362, 365) de la muerte cuando ésta se haya dado o subsista la sospecha de que está vinculada a un delito, de tal manera que no es imaginable que la transmisión de la copia haya que entenderla como información de delito. Ni parece admisible tampoco la utilización de la información por parte de la USL en términos de mera estadística, que en esa hipótesis diferente habría debido ser el *contenido* de la indicación.

Considero, llegados a este punto, haber demostrado lo que quería demostrar, esto es, que es amplia la garantía que la ley 644/75 y el relativo reglamento de ejecución ofrecen acerca de la correcta comprobación de la muerte para los cadáveres candidatos a la extracción de órganos; y que esta garantía sobrepasa con mucho las sumarias previsiones del reglamento de policía forense relativas a la comprobación de la muerte de aquellos a los que no les será extraído ningún órgano.

Permítaseme una anotación conclusiva y que se refiere precisamente al papel del médico legal en el desarrollo práctico de las vicisitudes que se producen en relación al trasplante. La experiencia enseña que este papel es doble, adoptando a veces las características de un aspecto de la *consultoría* y concretándose, por otra, en el ámbito de la actividad de *comprobación/certificación/información*.

Por lo que toca a la temática de la *consultoría*¹⁶, hay que decir que esa prestación, en general requerida al médico legal por el correspondiente servicio o sector de la unidad sanitaria local cuando subsista algún problema, sea formal o sustancial, en orden a los conocidos procedimientos, comporta la puesta en práctica de todos los razonamientos teóricos hechos hasta ahora (y de otros más, sobre los que no es el caso detenerse ahora). Consiguientemente, no debería quedar la menor duda, ni en el ciudadano común en general ni en quien, familiar del difunto, está llamado

¹⁶ Para enmarcar en general el tema, véase: BENCIOLINI P. APRILE A., RODRIGUEZ D., *La consulenza medico legale nelle unità sanitarie locali: ipotesi di coordinamento a livello regionale*. Jornadas de estudio «La medicina legal en la unidad sanitaria local: actualidad y perspectivas futuras». Trento, 19 de febrero de 1988, *Actas*, vol. 1^o, pp. 1-5.

a manifestarse acerca de la extracción, acerca del hecho de que existe una especie de actividad de vigilancia «no escrita» sobre la plena intrínseca regularidad de los procedimientos. Pero no sólo se da esta vigilancia; existe otra (ésta, espero, más claramente individualizable incluso para el profano), que es la que lleva a cabo el médico legal componente del colegio¹⁷. Éste necesariamente diverso, como persona, del que normalmente actúa como consultor para cuestiones vinculadas con la comprobación de la muerte participando desde dentro en el asunto aporta su peculiarísima *forma mentis* que garantiza, precisamente por enfoque cultural y educación, la rigurosa aplicación de lo que las normas disponen y que, como se ha dicho, es ampliamente tranquilizador acerca de la realidad de la muerte.

¹⁷ En el mismo sentido, véase, recientemente, ANTONIOTTI F., *Relazione*. Encuentro de estudio sobre «Los trasplantes de órgano en Italia: actualidad y perspectivas», Roma, 24 de abril de 1986. *Actas* publicadas en I Quaderni degli Incontri, Istituto Italiano di Medicina Sociale Edit., Roma, 1986, pp. 45-52; en la bibliografía aparece un sólo parecer abiertamente contrario: PANNAIN B., DE ROBERTIS M., DE SANCTIS S., *Osservazioni sulla nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere*. Difesa Soc. 1986; 55: 67-76.

Ética y Medicina en México*

José Kuthy Porter** y Gabriel de la Escosura***

Introducción

Nuestro contacto inicial con la ética suele estar circunscrito a una experiencia normativa concreta («haz esto; evita lo otro»). Desgraciadamente, pocas personas suelen madurar este contacto inicial; pese a que resulta obvio no poder limitar la ética solamente al campo de una normatividad concreta. Es cierto que la norma concreta es un intento de coagular ciertos valores que aparecen como dignos, razonables y convenientes para el ser humano, por ser humano y para ser humano. Pero es cierto también que esta concretización no siempre responde o abarca todas las situaciones concretas posibles, o bien, cuando hay un desarrollo en la comprensión o en la aplicación de esos valores que corresponden a lo humano del hombre, debe haber también una variación en su concreticidad práctica.

De ello nos resultan varias consecuencias. Solamente nos referiremos a tres, que tienen una especial relevancia para nuestro estudio: *La ética es única e invariable en cuanto a su referencialidad de todo ser humano a aquellos valores que aparecen razonablemente como más convenientes para un ser humano, por ser humano y para ser dignamente humano; y también es única e invariable en cuanto a la necesidad de concretar prácticamente estos valores. Pero la ética es variable en cuanto al desarrollo comprensivo de tales valores y, obviamente, en cuanto a los distintos modos de implantar en concreto tales valores y su comprensión.*

Resulta claro, pues, la necesidad de conocer y cumplir las normas concretas; pero por lo mismo resulta también necesario trascender estas normas concretas, buscando que reflejen cada vez más y mejor los valores éticos, su comprensión y su adaptación a las diversas y variables circuns-

** Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac. Ex-Director del Hospital General de México de la S.S.A.

*** Médico Adjunto de la Unidad de Neumología del Hospital General de México, de la S.S.A. Profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac.

tancias particulares. La consecuencia más importante de ello es la necesidad de no reducir el ámbito ético a su mera normatividad concreta. En esta línea, permítasenos insistir en la constante necesidad de una actitud que sepa integrar el campo normativo en concreto como un elemento parcial, muy variable por cierto, del campo propiamente ético, y la constante necesidad de desbordar este último campo para ampliarlo a la integridad del ser humano, en todas sus complejas dimensiones, como un servicio integrante o promotor de lo verdaderamente humano.

En una palabra, surge aquí la necesidad de no parcializar la ética y de ampliarla a una actitud de todo hombre, para responder lo más íntegramente posible a su condición humana y promover lo dignamente humano, razonablemente entendido y lo más conveniente posible, concretado en las distintas circunstancias de la vida humana. O, dicho de otra manera, entendemos por persona ética el continuo esfuerzo de ir plasmando, en toda circunstancia posible, la propia referencia a valores humanos y, con ello, ir autodefiniéndose progresivamente en lo más humano de su propia persona, incluso entendiéndose así como un servidor o propiciador de lo humano en toda persona¹.

Aun cuando los principios éticos en la práctica de la medicina clínica en general, y de acuerdo con lo antes señalado, han sido sustancialmente respetados en virtud a los principios cristianos de la formación familiar y social que impera en México, la enseñanza curricular de la bioética en el alumno de pregrado de la carrera de Medicina solamente se ejerce en algunas de las escuelas del país, mientras que en otras es materia optativa y en la mayoría está ausente.

Como materia exclusiva la bioética puede constituir un entorno difícil, seguramente «pesado» para el alumno si no se le asocia con vivencias estrechas en el mundo de la medicina. La exclusiva teoría filosófica, sobre todo en nuestro «mundo de la tecnología», resulta «pesada» al estudiante, mientras que aunada a la cátedra de la Historia de la Medicina o bien como materia a discutir por el profesor de cada asignatura en el curso de la preparación de pregrado resultará más atractiva porque es más vivencial y tiene aplicación práctica.

¹ GAONA VELASCO J. F., *Ética y Medicina*. Rev. Fac. Med. 1986; 29 (3): 123-125.

El director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México ha expresado: «La enseñanza de la ética se relaciona con el respeto a la dignidad humana, por lo que debe impartirse con el ejemplo ético de cada uno de los profesores; se sustenta en la protección de los derechos humanos, por lo que debe exponerse en forma estructurada con absoluta independencia y con la garantía de los hombres morales que aclaren las preguntas propias de la juventud; y compromete, ya que no asumir la responsabilidad de atacar problemas morales, por lo tanto éticos, es incurrir en el descrédito, uno de los problemas éticos más difíciles de nuestros tiempos»².

Investigación en seres humanos

Por lo que se refiere a la investigación que utiliza al ser humano, conviene recordar que la ética ha sido parte fundamental del ejercicio de la medicina, sobre todo en torno a la principal de las preocupaciones que deben motivar el quehacer del médico: el bienestar de su paciente. Sin embargo, el verdadero interés acerca de los aspectos éticos de la investigación médica que utiliza al hombre se inicia apenas después de la segunda guerra mundial a través de los juicios que en 1947 se celebraron contra criminales de guerra por haber realizado investigaciones sádicas en prisioneros de campos de concentración. Al ser juzgados culpables por transgredir la conducta contraria a los valores reconocidos universalmente, se sentaron las bases de una nueva fase de la ética médica en la que la autonomía del paciente y el respeto por la dignidad del hombre constituye el aspecto fundamental.

Conviene recordar también la «Declaración de Helsinki» que en la XXIX Asamblea Mundial celebrada en 1975 reafirmó los códigos de ética y propuso por primera vez la creación de comités de ética en todos los hospitales en los que se llevan a cabo investigaciones en seres humanos.

México ha promovido muchos de los aspectos éticos en la investigación biomédica vigentes hasta el momento actual. En 1980, la Ciudad de

² CANO VALLE F., *Ética en la enseñanza de la medicina*. Rev. Fac. Med. 1986; 29 (3): 112-114.

México fue sede de la Conferencia Internacional del Consejo Internacional de Organizaciones Médicas (CIOMS), en la que la Academia Nacional de Medicina se ocupó de elaborar y revisar los trabajos realizados en torno a las «Guías éticas para la regulación de la experimentación en seres humanos» y proporcionó soluciones a los problemas planteados durante las mesas de trabajo. Con este mismo tema, la Academia participó en un evento similar organizado un año después en Manila, Filipinas. Al término de esta reunión se sentaron las bases para redactar la versión original de aquellas «Guías».

La Ley General de Salud específica en su título 5º: «En las instituciones de salud bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación, una comisión de ética y una comisión de bioseguridad»³.

El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, que se publicó en 1987, determinó con precisión y amplitud todos los aspectos éticos que deben tenerse en cuenta al realizar investigación en seres humanos. Dentro de éstos, el capítulo I en sus artículos 13 y 14 refiere que: «En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar»⁴.

«La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- 1.- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- 2.- Se fundamentará en la experiencia previa realizada en animales de laboratorio o en otros hechos científicos;
- 3.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- 4.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles;
- 5.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- 6.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud, a que se

³ KUTHY PORTER J., *Ética en la investigación clínica. Simposium*. Gac. Med. Mex. 1988; 119 (3): 97-101.

⁴ SECRETARÍA DE SALUD. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México, D.F., 1987.

refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación; y

7.- Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento».

Vale la pena señalar que *la Comisión de Ética del Hospital General de México ha sido un factor importante en el establecimiento de otras comisiones de ética en otros hospitales del país y que, además, a través del Consejo de Salubridad General ha participado en la traducción al español de las «Guías éticas para la experimentación biomédica» distribuidas a su vez a otros países de habla hispana.*

Como antecedente importante a la investigación biomédica que utiliza a seres humanos, nos parece importante señalar la conveniencia de tomar en consideración el binomio costo-beneficio, sobre todo en nuestro medio y ante la crisis económica que enfrenta. En este sentido, antes de iniciar cualquier investigación proponemos que se respondan las siguientes preguntas: ¿Cuán válido es, desde el punto de vista científico, el proyecto de investigación y, por lo tanto, cuáles son sus beneficios potenciales? ¿Está justificado que se realice ahora este protocolo de investigación? ¿Se considera adecuado y apropiado el grupo en que se realizará la investigación? ¿Cuáles son los riesgos potenciales y los riesgos identificables? Y ¿es completamente aceptable, desde el punto de vista ético, la investigación que se intenta llevar a cabo?»⁵.

Regulación de la reproducción

Con respecto a la regulación de la reproducción, México es respetuoso de la libertad de decisión de la pareja sobre el número de hijos que quiera

⁵ KUTHY PORTER J., *Ética en la toma de decisiones en la investigación biomédica*. En: Reunión sobre Investigación en Medicina. Hospital General de México, México, D.F. 1988.

tener y promueve la idea de la «paternidad responsable». Al mismo tiempo fomenta los métodos de planificación familiar, aun en campañas masivas de comunicación social que no pueden estar de acuerdo con todos los criterios que existen al respecto en los distintos grupos familiares y sociales que caracterizan a la población mexicana. Por otro lado, en México la práctica del aborto es ilegal.

La ingeniería genética tiene un futuro promisorio. Sin embargo, consideramos que se están rebasando las barreras de lo que es normal en el campo de la gestación y es indispensable que se legisle al respecto, sobre todo en lo referente a la fertilización in vitro, la transferencia intratubaria de gametos y todos los métodos relacionados con las intervenciones sobre la procreación humana. A este respecto, somos partidarios de los criterios morales acerca de la intervención del médico en la procreación humana contenidos en el documento «Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación»⁶ del cual citamos los siguientes párrafos:

«El acto médico no se debe valorar únicamente por su dimensión técnica, sino también y sobre todo por su finalidad, que es el bien de las personas y su salud corporal y psíquica. Los criterios morales que regulan la intervención médica en la procreación se desprenden de la dignidad de la persona humana, de su sexualidad y de su origen.

La medicina que desee ordenarse al bien integral de la persona debe respetar los valores específicamente humanos de la sexualidad. El médico está al servicio de la persona y de la procreación humana: no le corresponde la facultad de disponer o decidir sobre ellas. El acto médico es respetuoso de la dignidad de las personas cuando se dirige a ayudar el acto conyugal, sea para facilitar su realización, sea para que el acto normalmente realizado consiga su fin.

Por cuanto se refiere a las intervenciones sobre el embrión humano, éstas serán lícitas siempre y cuando respeten la vida y la integridad del embrión, y no lo expongan a riesgos fuera de control que tengan como fin su tratamiento o su supervivencia individual; en cualquier caso, se requiere el consentimiento informado de los padres. La experimentación no direc-

⁶ SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*. Respuesta a algunas cuestiones de actualidad. Edic. Paulinas, México 1987.

tamente terapéutica sobre embriones no es ética, ya que utilizar al embrión o al feto humano como objeto de experimentación constituye un delito contra su dignidad como ser humano.

Las técnicas de fecundación in vitro pueden hacer posible otras formas de manipulación biológica o genética de embriones humanos como son: los intentos y proyectos de fecundación entre gametos humanos y animales y la gestación de embriones humanos en úteros artificiales para el embrión humano. Estos procedimientos son contrarios a la dignidad del ser humano propia del embrión y, al mismo tiempo, lesionan el derecho de la persona a ser concebida y a nacer en el matrimonio y del matrimonio. También los intentos y las hipótesis de obtener un ser humano sin conexión alguna con la sexualidad mediante «fisión gemelar», clonación o partenogénesis deben ser considerados contrarios a la moral ya que están en contra de la dignidad tanto de la procreación humana como de la unión conyugal.

La misma congelación de embriones, aunque se realice para mantener en vida al embrión, constituye una ofensa al respeto debido a los seres humanos, por cuanto les expone a graves riesgos de muerte o daño a la integridad física, les priva al menos temporalmente de la acogida y de la gestación materna y les pone en una situación susceptible de nuevas lesiones y manipulaciones».

Algunos intentos de intervenir sobre el patrimonio cromosómico y genético no son terapéuticos, sino que miran a la producción de seres humanos seleccionados en cuanto al sexo o a otras cualidades prefijadas. Estas manipulaciones son contrarias a la dignidad personal del ser humano, a su integridad y a su identidad. No pueden justificarse de modo alguno a causa de posibles consecuencias beneficiosas para la humanidad futura. Cada persona merece respeto por sí misma; en esto consiste la dignidad y el derecho del ser humano desde su inicio.

Es importante señalar como conclusión que cualquier intervención sobre el cuerpo humano no alcanza únicamente a tejidos, órganos y funciones, sino que afecta también, y a diversos niveles, a la persona misma. Encierra, por tanto, un significado y una responsabilidad morales, de modo quizá implícito, pero real. Juan Pablo II recordaba a la Asociación Médica Mundial: «Cada persona humana, en su irrepetible singularidad, no está constituida solamente por el espíritu, sino también por el cuerpo, y por eso en el cuerpo y a través del cuerpo se

alcanza a la persona misma en su realidad concreta. Respetar la dignidad del hombre comporta, por consiguiente, salvaguardar esa identidad del hombre como afirma el Concilio Vaticano II. Desde esta visión antropológica se deben encontrar los criterios fundamentales de decisión cuando se trata de procedimientos no estrictamente terapéuticos, como son, por ejemplo, los que miran a la mejora de la condición biológica humana»⁷.

La muerte y el morir

La palabra muerte del latín *mors*, *mortis* significa cesación o término de vida. Desde el punto de vista biológico es el cese de las funciones orgánicas de un ser vivo, más allá de las cuales no es posible la revivificación. En derecho, la muerte natural extingue la personalidad civil de las personas en todas las relaciones jurídicas personales, tanto civiles como penales, mientras que se mantienen transferidas las patrimoniales, incluso las penas pecuniarias, en la persona del sucesor. En medicina legal, el diagnóstico clínico de la muerte está basado en el cese de la respiración y de la circulación (muerte funcional). En el muerto reciente persisten otras funciones fácilmente demostrables, tales como la excitabilidad eléctrica de los músculos, la función digestiva, etcétera; el cese de estas funciones recibe el nombre de muerte tisular.

Una de las razones más evidentes para explicar tan acelerado desarrollo en la ética médica es que los notables avances en la medicina han hecho surgir dilemas de difícil solución en muchos casos. Entre tales avances figuran el trasplante de órganos, la implantación de órganos artificiales y los medios para la prolongación artificial de la vida, así como la selección genética, que incluye la amniocentesis y el aborto selectivo, para mencionar algunos de los más destacados de estos avances.

La magnitud y la complejidad de los problemas involucrados hace necesaria la contribución de disciplinas ajenas a la medicina.

⁷ SEPULVEDA V., *Derechos, deberes y decisiones en el ejercicio médico actual*. Gac. Med. Mex. 1984 (5): 269-271.

Por otra parte, tiene que aceptarse como principio ético que es un deber del médico decir la verdad sobre su estado al paciente y a los familiares, aun en el caso de no ser interrogado expresamente⁸.

Debemos mencionar también el abuso de los recursos tecnológicos en el estudio de los enfermos, que tienden a mecanizar la atención médica, así como la intervención de varios profesionales en el cuidado de un mismo paciente, lo que diluye la relación personal.

Los logros obtenidos en el campo de la tecnología, el extraordinario mejoramiento de la atención hospitalaria que se deriva de estas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los procesos súbitos, que hasta hace poco conducían a la muerte, han generado situaciones que obligan a un nuevo enfoque acerca de la forma de tratar a los pacientes víctimas principales de estas circunstancias, así como a las víctimas secundarias que son sus familiares.

En la actualidad es posible prolongar la vida vegetativa de un ser durante muchos años. Esto ha sido condicionado y limitado casi exclusivamente por la capacidad económica del paciente o del Estado. El momento de morir debe ser escogido por el paciente. Esto es difícil de expresar en terminología jurídica, ya que puede repercutir en terceras personas.

Al tratar a un paciente que de antemano se sabe que está irremediablemente condenado a morir, la ciencia médica se enfrenta a decisiones extremadamente difíciles y graves. Sabemos que someterlo a equipos y medidas de sostén, tales como respiradores, hemodilizadores, etc., implica un problema serio. El paciente puede requerirlos en forma permanente. La decisión de suspender el uso de estos equipos en tales pacientes es difícil para familiares, médicos y personal que lo atiende. Estos tratamientos son muy costosos para la familia, la cual se ve obligada a sostenerlos sin tener idea de su duración ni de cuánto se verá obligada a gastar.

El médico debe ser consciente de lo que implica prolongar la vida de un paciente. Si existe una probabilidad razonable de que sobreviva a su enfermedad, todo esfuerzo está justificado. Si se está consciente de que no va a sobrevivir y de que no hay manera de saber cuánto tiempo estará «vivo»

⁸ SECRETARÍA DE SALUD. Se fortalece la investigación y los aspectos jurídicos y éticos en el renglón del trasplante de órganos. Información general. Bol. Secr. Salud, octubre de 1988.

mediante técnicas y tratamientos sofisticados, debe valorar lo que significa el sufrimiento para el paciente y en costo para la familia. Debe pensar que este elevado costo puede ser empleado en el tratamiento de varios pacientes, con procesos curables y cuya recuperación es positiva económicamente para sus familiares y para el país.

El paciente que irremediamente va a morir debe ser tratado con el mínimo de medidas que prolonguen su «vida» y con el máximo de medidas que le permitan alivio a su sufrimiento, aun cuando signifique dosis elevadas de agentes tranquilizantes y analgésicos. Debemos tratar a nuestro paciente como deseáramos ser tratados y no permitir maniobras de resucitación, así como procurar el mínimo de estudios dolorosos y ningún estudio de laboratorio para fines académicos o que sirva exclusivamente para tener la seguridad diagnóstica.

Trasplante de órganos

México cuenta ya con leyes precisas que determinan en forma clara los aspectos que deben regular el empleo de tejidos y órganos con miras terapéuticas, particularmente para trasplantes. Cada día existe mayor demanda de órganos para trasplantes, por lo que se requiere mayor número de donadores voluntarios y un registro más cuidadoso.

La Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Nutrición «Dr. Salvador Zubirán» han iniciado formalmente las actividades del Registro Nacional de Trasplantes a través de un convenio entre las dos instituciones. El Registro Nacional de Trasplantes coordina la distribución de órganos y tejidos en todo el país; lleva el registro de los donadores originarios y los pacientes en espera de órganos para trasplante⁹.

Además de los aspectos meramente legales o jurídicos, consideramos que vale la pena revisar con mayor detalle los conceptos éticos que regulan la práctica de los trasplantes de órganos. Cuando el receptor y el donador es el hombre, no hay duda de la autenticidad del procedimiento; podemos considerar ético también el trasplante de órganos animales al hombre siempre y cuando éstos no produzcan alteraciones significativas en la personalidad del receptor.

⁹ GARCÍA I., GARCÍA D., *Aspectos morales y éticos del trasplante de órganos*. En: SANTIAGO DELPIN E., RUIZ SPEARE J. (eds), *Trasplante de órganos*. Salvat 1987, pp. 105-110.

El trasplante alogénico entre familiares lleva un profundo rasgo de amor y generosidad hacia el enfermo, motivos claros para una determinación precisa de su profundo contenido ético.

Los trasplantes alogénicos entre gente extraña, cuando el motivo que anima al donador es exclusivamente caritativo, merecen todo el respeto y admiración de la sociedad. Un ejemplo característico y sencillo de esta situación es la donación altruista de sangre.

Los trasplantes alogénicos de un cadáver a un ser vivo, cuando el donador acaba de morir, es evidente que se trata de un procedimiento lícito, ético. Lo que es indispensable determinar con precisión es que el donador «realmente esté muerto»; de no ser así, rige el principio fundamental de la prohibición del homicidio¹⁰.

Sin intentar profundizar en las polémicas suscitadas en torno al momento de la muerte, queremos citar aquí solamente a Kaufer¹¹, quien refiere que «debe considerarse como muerte la supresión de toda manifestación de vida del organismo en su conjunto, de tal forma que el momento de la muerte corresponde al límite del más allá del cual no es posible el retorno y la revivificación».

Una vez comprobada la muerte de la corteza cerebral es ético realizar el trasplante contando siempre con la autorización de los parientes cercanos y evitando todo aquello que pudiera implicar «negocio o tráfico»¹².

Teniendo en cuenta que México es un país en vías de desarrollo, nos parece muy importante considerar el aspectos de la asignación de recursos para los programas nacionales de trasplantes. Esta cuestión tiene un elevado contenido ético porque plantea la adecuada distribución de recursos, sobre todo tratándose de trasplantes que aún se encuentran en fase de experimentación y que deben quedar exclusivamente bajo el cuidado de instituciones muy especializadas.

La bondad del trasplante de tejidos y órganos tales como córnea, hueso, piel, médula ósea, riñón, etcétera, en nuestros países en vías de desarrollo no puede ser materia de discusión y consideramos que desde el punto de vista ético, por lo que hace a la asignación de recursos, están plenamente justificados.

¹⁰ KAUFER CH., *El fenómeno de la muerte desde el punto vista médico*, citado por GARCÍA I., GARCÍA D., *op. cit.*

¹¹ ENGELHARDT H.T., *Allocating scarce medical resources and the availability of organ transplantation*. *New Eng. Med.* 1984; (2) 311: 66-71.

¹² A. BISTENI, *La bioética, realidad y necesidad*. *Cardi.* 5 (7): 161-162. 1987.

En su presentación ante la Sociedad Médica de Massachusetts, Engelhardt¹³ resalta el hecho de que todo gasto realizado para lograr una terapéutica salvadora debe ser prudente ante el necesario cuestionamiento de si los fondos así empleados pudieran haber sido convenientemente utilizados en otra forma que beneficiara a grupos más amplios de la población, y pregunta: ¿si estos fondos se hubieran utilizado para mejorar la atención prenatal o el tratamiento de la hipertensión, asegurarían una mayor supervivencia o una disminución de la morbilidad de más personas?

Consideramos, por otra parte, que debe respetarse el juicio de las diferentes sociedades o grupos sociales, por ejemplo, en el caso de que éstos decidieran libremente otorgar una baja prioridad al programa de trasplantes en beneficio de mejorar la calidad de la atención médica al marginado. Al mismo tiempo debe respetarse el caso de las sociedades con recursos económicos más elevados que deciden incrementar sus programas de trasplantes.

La ética médica va más allá del dictado de preceptos y comportamiento del médico frente al enfermo, obligado por el avance inexorable, pero a veces deshumanizador, de la tecnología moderna. Con este fin, y de acuerdo con la necesidad ineludible de la existencia de la investigación médico-biológica para el mejoramiento de las técnicas destinadas a preservar y restaurar la salud, todo trabajador en este campo deberá conocer los principios básicos de la ética médica para regir, dentro de la moral, su actitud y frenar la deshumanización de la ciencia cuando ésta adopta actitudes y prácticas que dañan al ser humano en los aspectos físico y mental. Es obvio que el utilitarismo económico, como meta fundamental de la práctica médica, constituye uno de los mayores atentados contra el hombre.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida

El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) fue identificado por primera vez en los Estados Unidos de América en 1981. En la

¹³ CRUZ ORTIZ H., JESSURUM J.J., ROMERO M., WOLLEY-FUMAGAYO A., CHÁVEZ I., *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*. Informe de las primeras veintinueve autopsias realizadas en la Unidad de Neumología del Hospital General. Rev. Med. He (?) 1987; 50 (3): 121-126.

actualidad, la enfermedad se ha detectado en múltiples países de los cinco continentes. En 1983 aparecieron los primeros casos en México; a partir de entonces se han incrementado rápidamente y se calcula que el número de enfermos de SIDA se duplica cada 7 meses.

Así, para 1991, en México habrá entre 10,000 y 20,000 casos de SIDA. Como aconteció en Estados Unidos, en nuestro país esta enfermedad estuvo limitada inicialmente a individuos homosexuales o bisexuales; pero poco tiempo después apareció en mujeres, niños, pacientes transfundidos y hombres heterosexuales que no pertenecían a ninguno de los grupos de riesgo conocidos.

En México se han elaborado extensos trabajos en los que se incluyen el estudio clínico, bacteriológico, epidemiológico, de trabajo social y económico, pero hasta este momento no existe alguno que esté enfocado desde el punto de vista de la ética médica en el paciente con SIDA. Así es como llevamos a cabo una encuesta entre los médicos infectólogos que con mayor frecuencia tratan este problema. En la mayoría de los casos la respuesta fue que solamente se informaba a los familiares interesados en la salud de los pacientes y que se daban o practicaban únicamente las medidas profilácticas adecuadas en caso de serotipo positivo en los familiares más cercanos.

Asimismo, en general se insistía en la confidencialidad. Desde el punto de vista clínico, los casos son notificados al Centro Nacional de Información dependiente del CONASIDA. Esta institución sigue una serie de pasos encaminados principalmente a identificar voluntariamente los casos, si el sujeto está de acuerdo, en una tarjeta (la gran mayoría de los sujetos no responde con veracidad). En seguida una trabajadora social revisa los datos de la tarjeta y una psicóloga entrevista brevemente al sujeto. Posteriormente, se hace una revisión médica y se obtiene una muestra de sangre del sujeto. En todo momento sólo se lleva como única identificación una clave en la tarjeta, la cual se archiva en el centro de información del CONASIDA. En ningún momento se trata de identificar al sujeto y se guarda la confidencialidad al máximo.

Cuando los sujetos son positivos, se les proporciona privadamente la información de su prueba, y se dan las recomendaciones y apoyo pertinentes.

Existe una encuesta que ha sido adaptada por el CONASIDA a México basándose en experiencias de otros países, principalmente de Estados Unidos, y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴. Los resultados de esta encuesta son computarizados y analizados por epidemiólogos e infectólogos. Todos los expedientes siempre se registran únicamente con una clave, nunca con los nombres de los pacientes.

Hasta este momento no existe una metodología precisa desde el punto de vista de la ética médica en el paciente con SIDA, por lo que se debe trabajar en este aspecto y proponer un manejo y políticas especiales no sólo para el paciente con SIDA, sino también para su problemática familiar y social.

¹⁴ Guide to Public Health Practice: HTLV-III Screening in the Community. Association of State on Territorial Health Officials Foundation. Kensington, Maryland. MMRW 1982; 31 (31): 501-513. 1985; 34 (31): 477-478.

Ética de las tecnologías instrumentales en medicina

Salvino Leone*

Problemas éticos relativos al medio tecnológico

La relación costos-beneficios. El primer problema que plantea un nuevo medio tecnológico es el relativo a los efectos benéficos que de él se esperan en relación con los riesgos que comporta. Ante todo, hay que desechar la idea de que, por un lado, existen métodos totalmente carentes de riesgos, y por el otro, que un determinado medio de investigación o de terapia es absolutamente «perjudicial».

Respecto del primer aspecto de la cuestión, puede decirse que toda investigación, al igual que toda terapia, comportan riesgos, complicaciones, efectos colaterales. La opción de someter al paciente a una determinada investigación es siempre fruto de un balance: de los riesgos, por un lado, y de los beneficios, por el otro.

Pero ya en el plano semántico esta relación es fuente de controversias. Se hace observar, en efecto, que las dos magnitudes (riesgos y beneficios) no son confrontables entre sí¹. En efecto, mientras el riesgo constituye un evento de por sí potencial y no constante, el beneficio representa el fin propio, directamente buscado y, en cierto sentido «obligado», de la investigación médica. Más correcto sería, entonces, decir *daños/beneficios*. En realidad, también esto parece reductivo en cuanto que enfatiza unilateralmente el dato negativo del «daño» sin poner en la balanza elementos no necesariamente nocivos pero cuyo «peso» hay que comparar con el de los beneficios. En ese sentido la genérica y omnicomprendensiva denominación de «costos» podría resultar más adecuada. El único inconveniente lo presenta el contexto económico al que la

* Catedrático de Medicina Social en la Escuela de Servicio Social «S. Silvia» de la Universidad «Maria SS. Assunta» de Roma.

¹ IANDOLO C, *Significato, finalità e valori nella ricerca biomedica*. Actas del Seminario de Estudio AMCI-Smith Kline sobre «Ética en la investigación biomédica», Roma 29-30 de septiembre de 1989 (en prensa).

expresión inevitablemente se refiere. Basta pensar que la ICRP (International Commission Radiological Protection) al expresar en términos de ecuación matemática la relación costos/beneficios, calcula las variables de los «costos» siempre en términos económicos incluso cuando éstos están constituidos por el daño a la salud humana².

En realidad, en los «costos» debemos incluir el malestar físico para el paciente, la incidencia en términos económicos, la posibilidad de error, los efectos colaterales propios de cada método, la cualificación del operador, las problemáticas psicológicas que puede comportar, etc. Desde un punto de vista general, los costos pueden referirse a dos factores principales de riesgo: el factor instrumento y el factor hombre que, en un plano ideal desde el punto de vista ético, deberían estar entre sí en una relación matemáticamente inversa expresable en la fórmula $R_i = 1/F_h$, en la que R_i es el riesgo vinculado al instrumento y F_h el vinculado al factor hombre³.

En los beneficios, por otra parte, no hay que ver sólo la curación sino también la mejoría, una más aceptable calidad de vida, una menor incidencia de efectos colaterales respecto de otros métodos, la posibilidad de evitar daños mayores, una mejor gestión de la sanidad pública, etc.

Por consiguiente, la ética de la elección de someter al paciente a una investigación determinada o terapia técnicamente innovadora *nunca debe surgir de consideraciones relativas sólo a la metodología ni sólo al paciente, sino de una personalización de la técnica (efectuada con «este» medio, por «este» operador, en «esta» estructura) al paciente (o mejor, a «este» paciente).*

La Tabla 1 resume esquemáticamente lo dicho hasta ahora.

² La fórmula es la siguiente: $B = V - (P + X + Y)$, en la que B es el beneficio neto producido por la actividad considerada; V el beneficio bruto producido por la misma actividad; P el costo de producción del bien producido; Y el costo del daño debido a las radiaciones incluido el de la salud humana. Cfr. FAILLA L., *Radiazioni ionizzanti: rischi/benefici o costi/benefici?* Medicina e Morale 1989; 3: 507.

³ SGRECCIA E., *Bioeticità delle metodiche strumentali in geriatria*. Giorn. Geront. 1988; XXXVI: 545-554.

Tabla 1

COSTOS	BENEFICIOS
- Posibilidad de error vinculada al método	- Resolución terapéutica o mejoramiento de la calidad de la vida
- Complicaciones físicas	
- Malestar físico y/o psíquico	- Aclaración diagnóstica
- Costo económico	- Alternativa de respeto y otros métodos de mayor compromiso

El error técnico. Entre los «costos» que una tecnología cualquiera puede comportar se tiene incluso el del error. Dada la importancia que este problema implica, creo que es oportuno dedicar algunas palabras al asunto.

Como se sabe, toda investigación diagnóstica comporta un cierto número de *falsos positivos* y *falsos negativos*. El porcentaje de falsas posibilidades y de falsas negatividades, en paridad de otras condiciones (como la calidad del instrumental y del operador) son características de todo examen. En el plano ético esto comporta su:

conocimiento: una prueba que tenga sólo el 3 por ciento de falsos positivos ofrece una confiabilidad muy diversa de otra que tenga el 30 por ciento;

previsión: por consiguiente, «esperar» siempre que la prueba pueda ser errónea, integrándola en una evaluación más global del caso examinado;

discriminación: identificando entre las diversas pruebas las que ofrecen el menor número de falsas posibilidades y falsas negatividades;

evaluación: en el plano ético es el aspecto más importante. Si no se ha logrado obtener una más cuidadosa determinación, hay que sopesar atentamente las consecuencias de un tratamiento basado en una falsa positividad (tratar a un sujeto de una enfermedad que

no tiene) o en una falsa negatividad (no tratar a un sujeto que en realidad está afectado de esa enfermedad determinada).

Problemas éticos relativos al enfermo frente a las nuevas tecnologías

Después de haber examinado los problemas éticos estrechamente vinculados con el medio tecnológico, hay que evaluar cuál es el impacto de éste en el enfermo, qué problemática suscita y cuál debe ser el enfoque más adecuado por parte del operador sanitario.

Confianza. El primer aspecto que hay que considerar concierne a la confianza que comúnmente el paciente deposita en el medio tecnológico. Basta pensar en la trepidación con que está aguardando que salga un resultado. Ciertamente gran parte de esta trepidación se debe al miedo a un resultado infausto; pero, aparte de esto, hay que señalar la absoluta confianza por parte del enfermo en la objetiva validez del método. La posibilidad de la duda se insinúa sólo como esperanza cuando se llega a un resultado indeseado o como temor fóbico cuando se teme que a pesar del resultado tranquilizador éste pueda estar «equivocado».

Sin querer inculcar ningún escepticismo, hay que inducir al enfermo a una evaluación más serena y equilibrada del resultado de un examen o del resultado de una terapia depositando su confianza no exclusivamente en el medio técnico sino en el hombre que lo utiliza y lo manipula, sea una persona en particular (médico de familia, especialista, etc.) o expresión de una colectividad sanitaria, como puede ser el equipo hospitalario.

Un segundo aspecto relativo a esta problemática se refiere a la pseudoinformación médica que induce al paciente a una directa gestión del medio técnico. Es el caso de quien decide controlar el colesterol o tomarse una radiografía del cerebro porque sufre cefalea. Uno de los ejemplos quizá más típicos y preocupantes de esta actitud lo tenemos en la litotrisis a menudo requerida por el paciente que, así, considera haber evitado la intervención quirúrgica.

Miedo. En la vertiente opuesta, junto a esa confianza hay que

poner el miedo. Miedo de un método que no se conoce (y que por tanto se puede relacionar más genéricamente con el miedo a lo desconocido), miedo de un resultado que se teme, miedo al sufrimiento.

Resulta esencial, por tanto, la acción de tranquilización por parte del personal sanitario. Esta acción debe abarcar por lo menos dos aspectos.

El primero es el momento de la *información*. Hay que ser claros y exhaustivos. Lo exige, por otra parte, la dignidad de persona del enfermo que no puede ser tratado como simple «usuario» de un cuidado o de una investigación médica sino como protagonista, como sujeto activo y copartícipe de decisiones que le conciernen tan profundamente y que, por competencia, se han delegado en el médico.

El segundo momento lo constituye la *tranquilización*. Se trata de una tarea sumamente importante, difícil de realizar, a menudo minusvalorada y reducida a una simple palmadita en la espalda. La tranquilización tiene algunas premisas⁴: la primera es el convencimiento de que todos los seres humanos, incluso los que parecen más seguros de sí y autosuficientes, deben ser ayudados y necesitan, por tanto, en el momento de la enfermedad, reforzar su seguridad; en segundo lugar, hay que ser optimistas acerca de los resultados de esta tarea, o de otra manera estará abocada al fracaso de salida. Finalmente, hay que convencerse de que los esfuerzos de tranquilizar al enfermo necesitan de tiempo para que se puedan traducir en una tranquilización efectiva. No puede uno ilusionarse de haber tranquilizado a un paciente sólo porque se le ha explicado que «no es nada». Entonces, para tranquilizar efectivamente hay que hacerse cargo de las ansias y de los temores del enfermo, «comprenderlo» en el sentido auténtico del término, ponerse en su misma óptica. Para darle la serenidad que necesita debemos de alguna forma convertirnos en enfermo, para luego transmitirle desde esta perspectiva (más que desde el punto de vista de los «sanos») una efectiva serenidad no ilusoria.

⁴ BURTON G., *Interpersonal relations. A Guide for Nurses*. Nueva York 1977; citado por IANDOLO C., *L'assistenza psicologica del malato*. Roma: Armando 1986.

Problemas éticos relativos al operador sanitario que usa una nueva tecnología

Hasta ahora hemos examinado los dos principales interlocutores de la dialéctica tecnológica: el medio y el enfermo que se somete a él. Falta un tercer elemento: el operador sanitario que requiere, interpreta, ejecuta o asiste a la investigación de laboratorio o la terapia. Los problemas que debe plantearse son múltiples.

Conocimiento. No tendría sentido todo el razonamiento hecho hasta ahora (costos/beneficios, error tecnológico, información del paciente) si el operador sanitario no poseyera un buen conocimiento de la tecnología que está implantando. Conocimiento significa no sólo capacidad técnica para emplear ese medio tecnológico sino dominio global del mismo según la clásica triada de *saber, saber hacer y saber ser*.

Saber, ante todo; esto es, tener pleno conocimiento teórico del medio, de sus posibilidades, de sus límites, de sus indicaciones, de los efectos colaterales. Esta obligación pesa no sólo (aunque sí mayormente) sobre el operador sanitario que directamente ejecutará la investigación de laboratorio o la intervención terapéutica, sino también sobre el que requiere este procedimiento y que luego deberá de alguna manera coordinar los resultados.

Luego, saber hacer. No basta con tener un excelente conocimiento si después no se es capaz de actuarlo adecuadamente. No tendría sentido, en efecto, hablar de los problemas debidos al error relacionado con la técnica en cuanto tal, si luego éste estuviera gravado además con un importante componente de error técnico por impericia del operador.

Finalmente, saber ser. No es un aspecto para delegar en el psicólogo o el asistente social sino para manejar en primera persona como parte integrante del acto médico. Sólo así el conocimiento teórico convertido en operatividad práctica podrá ser adecuadamente participado al enfermo, no ya objeto, sino sujeto del cuidado.

Control. Con este término genérico definiría esa tarea de atenta vigilancia que el operador sanitario debe orientar en dos direcciones

nes fundamentales: el medio tecnológico, por un lado, y el paciente, por el otro.

El medio tecnológico, ante todo. A propósito de las «degeneraciones» acerca de la petición de litotrisis, quien debe estar en grado de discriminar orientando adecuadamente al paciente es el médico. A él le compete el reconquistar la autoridad necesaria para determinar la oportunidad de una investigación de diagnóstico o de una intervención terapéutica, y el estar en grado de inducir esa conciencia en el paciente.

Y es precisamente este paciente el segundo término del problema: un paciente desorientado entre los medios de comunicación y las revistas para la salud, consejos de los parientes y experiencias de amigos. El médico de hoy debe ser capaz de no dejarse ganar la partida cediendo a lo mejor al inevitable cansancio que le puede llevar a acceder a una petición del paciente. Tal vez la mayoría de las veces será una petición inocua, pero es un criterio que pone las bases para una distorsión del acto médico convertido en pura ejecución de los deseos del paciente, como ya ha ocurrido en las prescripciones terapéuticas y en el aborto voluntario.

Análogas consideraciones pueden hacerse para el personal de enfermería que, aun no teniendo la directa responsabilidad de manejo de cuanto antes hemos mencionado, se ve a menudo implicado en una solicitud de «complicidad» con el paciente para que el médico se pliegue a sus propios deseos. Nótese que todo ello está muy lejos de esa justa y debida co-gestión de la enfermedad que en este momento no podemos ahondar adecuadamente.

Problemas éticos de la sociedad respecto de las nuevas tecnologías

No podríamos decir que hemos terminado el razonamiento si no se extendiera a una más amplia consideración en la que los tres protagonistas hasta ahora examinados —el medio técnico, el enfermo y el operador sanitario— no fueran vistos en el vértice de una sociedad que a diversos niveles condiciona el uso o las problemáticas éticas vinculadas con las nuevas tecnologías.

Medios de comunicación. Se trata de un problema varias veces abordado en el curso de las anteriores consideraciones. La incidencia de los medios de comunicación es tan grande que condiciona profundamente usos y costumbres sanitarias, necesidades y ofertas de salud⁵. Entonces hay que intervenir, cada uno en la parte que puede y le compete, a varios niveles.

Ante todo, tratar de conocer adecuadamente lo que los medios de comunicación difunden para secundarlo o, si es el caso, contrarrestarlo. En segundo lugar, lograr crear esa corriente de opinión que luego los medios de comunicación encauzan y difunden. Finalmente, operar un auténtico control de tales medios de comunicación, interviniendo de forma activa sobre los directos responsables de la información cuando ésta se revele distorsionada o desorientadora.

Interés social. Otro ámbito de intervención, esta vez claramente político, se refiere a las áreas de interés social que hay que suscitar en relación con determinadas innovaciones tecnológicas de las que el Estado debe hacerse cargo a diversos niveles. Uno de éstos concierne al ámbito de la cobertura económica.

Como se sabe, muchos de los métodos de diagnóstico o terapéuticos no están contemplados en los convenios con la Seguridad Social, mientras persisten todavía una gran parte de intervenciones en las que el peso económico del método constituye un aspecto de importancia fundamental que no pocas veces, entrando en la evaluación de los costos/beneficios, amenaza con acentuar en demasía el balance a favor de los costos, evitando quizá recurrir a un método en algunos casos no absolutamente esencial pero que podría mostrarse útil para el esclarecimiento de un interrogante de diagnóstico o para la resolución de un cuadro patológico.

⁵ Es significativa a este respecto la anécdota que me contó un pediatra que desde hacía tiempo se venía esforzando por promover una campaña de vacunación contra el sarampión. Un día comprobó entre sus asistidos un repentino aumento del interés y la disponibilidad respecto de esa vacuna. Poco después descubrió que la noche antes se había debatido el problema en un programa de televisión muy popular...

El control de la tecnología

Toda nueva tecnología comporta un «impacto» sobre cada uno de los que pueden ser su objeto y sobre la sociedad entera que tiene que incorporarla al patrimonio de sus propias adquisiciones y de su propia cultura.

La entidad de ese impacto es tanto más grande cuanto más incide el tipo de tecnología empleado en los comportamientos, en la salud, en el destino esencial del hombre.

Nace, por tanto, espontánea la exigencia, por una parte de la colectividad humana, de un control sobre el progreso y sobre el mismo derrotero de la tecnología.

El control de la tecnología podría ser definido como *el estudio sistemático de los efectos en la sociedad que pueden darse cuando se introduce una tecnología, se amplía o modifica, con particular referencia a los efectos que son involuntarios, indirectos o retardados*⁶.

Desde el punto de vista metodológico se considera que hay seis operaciones esenciales para evaluar la bondad de una innovación tecnológica⁷:

1. *Definir el ámbito del control sobre la tecnología que se quiere efectuar*, en especial definir si se quiere evaluar la tecnología en su totalidad o sólo en relación con un determinado sector, como puede ser el ámbito del impacto social o un determinado límite temporal.

2. *Describir el «estado de la situación» relativo a la tecnología en examen*; por tanto, indagar atentamente las modalidades ejecutivas, los beneficios, las consecuencias, los márgenes de error, las perspectivas de mejoría, etc.

3. *Indagar acerca del contexto social en el que se ubica la tecnología*, esto es, sobre todas las implicaciones políticas, económicas y sociales que de alguna manera interactúan con la tecnología misma o con su utilización.

4. *Identificar las áreas de impacto*, es decir, identificar qué ámbito de la sociedad se verá mayormente afectado por esta tecnología.

⁶ COATES J.F., *Technology Assessment: the benefits... the costs... the consequences*. Futurist 1971; 5: 225-231.

⁷ JONES M.V., *A Technology Assessment Methodology*. Vol. I: Some Basic Propositions. MTR 6009. Washington: MITRE Corporation, Washington Operations, 1971: 25.

5. *Identificar la posible participación social*, esto es, evaluar todas las posibilidades que se ofrecen para potenciar los efectos positivos y contener los negativos de la tecnología examinada (legislación, financiamientos, difusión a través de los medios de comunicación).

6. *Orientar las acciones específicas del punto anterior hacia las áreas de impacto identificadas en el punto 4*. En cierto sentido, descender de lo universal a lo particular identificando, para cada sector específico que se verá afectado por esa tecnología determinada, la acción más oportuna que pueda exaltar sus beneficios y contener sus daños.

Después de haber analizado este ideal decurso metodológico, frente a una innovación tecnológica es de preguntarse repetidamente cuántas veces quien la propone, primero, y quien la debe poner en práctica, después (médicos, administrativos, políticos) se sitúan en esta perspectiva, y cuántas veces enfocan correctamente toda la problemática ética relativa al uso de esa tecnología.

Orientaciones éticas finales

De lo dicho hasta ahora surgen algunas orientaciones éticas fundamentales que quisiera expresar sintéticamente en forma de tesis conclusivas y que deberían constituir los criterios de evaluación y de intervención de toda la problemática ética relativa a las nuevas tecnologías en Medicina.

1. Se requiere ante todo un adecuado *conocimiento* de los recursos tecnológicos que la Medicina moderna nos ofrece, sin ponderar indebidamente en demasía sus posibilidades reales, con una clara evaluación de los límites, de los márgenes de error, de las indicaciones reales, de los efectivos recursos del medio técnico.

2. Luego, hay que encarnar ese conocimiento en un balance de *costos/beneficios*, personalizando la intervención en cada una de las situaciones. En este sentido la actuación del personal de enfermería puede ser de lo más importante. Estando, en efecto, en contacto mucho más directo con el enfermo que el médico, puede proporcionar a este último importantes elementos para la evaluación de la situación personal o familiar del mismo.

3. Más allá del medio técnico está siempre un hombre que sufre. Es ésta una realidad que todo el personal sanitario debe tener presente constantemente en el momento de poner en práctica un procedimiento tecnológico. La máquina constituye sólo un potenciamiento de los recursos humanos para aliviar el sufrimiento. El médico que la requiere o la interpreta, el técnico que la ejecuta y la enfermera que asiste al enfermo mientras se pone en práctica, están cooperando en una intervención que tiene por protagonista al hombre y no al medio tecnológico.

4. Finalmente, y como criterio ético general y conclusivo, la evaluación última de la bondad de una tecnología, de su enfoque por parte del operador sanitario, del enfoque del enfermo, debe ser *el bien total del hombre*. Es la regla de oro con la que inicié estas reflexiones y con la que ahora las concluyo. Tal vez pueda parecer simplista; pero el punto fundamental que hay que tener siempre presente es el valor de la persona humana hacia la que debe tender todo esfuerzo. Sólo en esta perspectiva el acto tecnológico y la acción de quien lo pone por obra (médico, técnico) y de quien lo asiste (enfermera), pueden constituir una válida actuación de ese espíritu humanitario que ha distinguido siempre a la Medicina.

Para una información en bioética: noticias-flash

a cargo de Paolo Marchionni

Concebido para donar la médula

Nueva York. Una pareja de esposos con dos hijos, la mayor de los cuales afectada de leucemia, decide traer al mundo a un tercer hijo para que pueda donar su propia médula a la hermana enferma. Las posibilidades de que el nuevo concebido tenga una médula compatible son de una entre cuatro: de las comprobaciones hechas mediante el diagnóstico prenatal (el bebé «donante» nacería en abril siguiente) parece que los tejidos fetales son compatibles y adecuados para el trasplante.

Los interrogantes éticos son múltiples, pero se imponen dos sobre todo: ¿es lícito considerar a un hijo como un recurso terapéutico, como una medicina? Además, ¿qué ocurriría si los tejidos del recién concebido no fueran compatibles? ¿Habrían solicitado los padres recurrir al aborto, tal vez a la espera de otra concepción, hasta encontrar el hijo «acertado»?

(Noticia tomada de S. Ginzberg, *Conciben un bebé para salvar a la hija que se muere de leucemia*, "L'Unità", 17.2.1990; comentada también en "La Stampa", *Cuando se hace un hijo para salvar a otro*, 23.3.1990).

Demanda al hospital que lo salvó

Nueva York. Un hombre de 84 años ha demandado al hospital, en el que fue hospitalizado como consecuencia de un infarto de miocardio, por haberle «arbitrariamente prolongado» la vida.

Ante todo, los hechos. Al ingresar en el hospital, el paciente había declarado al personal médico que, si su estado de salud empeoraba, deseaba que no se recurriera a ningún medio técnico excepcional para salvarlo de la muerte. Durante la noche, su corazón sufrió una fibrilación ventricular, una complicación frecuente, como se sabe, en el infarto de miocardio; el personal sanitario, frente a este evento, lo había sometido a cardioversión eléctrica, obteniendo el resultado esperado de hacer recuperar al corazón su ritmo normal. Pero dos días después sobrevino una complicación: una hemorragia endocraneana que le dejó, como consecuencia, una hemiplejía. Dado de alta en el hospital, el paciente se encontró en un estado de «postración mental y física», así como en dificultades económicas

vinculadas a los elevados gastos de asistencia a los que debe hacer frente. De aquí la decisión de demandar al hospital, para responder por haberlo puesto en condiciones de «wrongful life», de «vida indebida», «ilícita».

Ante esta noticia surge espontánea una consideración: no se debe considerar el acto de reanimación de la cardioversión eléctrica, sucesiva al infarto de miocardio, como una intervención «excepcional» o un medio «desproporcionado»: es más bien el acto médico «normal», que se efectúa inmediatamente para poder devolver el corazón, «ese» corazón, al mejor estado funcional posible. Otra cosa hubiera sido si la fibrilación ventricular hubiera sobrevenido, por ejemplo, en un paciente oncológico en fase terminal, en el cual semejante evento es una de las formas en que ocurre la muerte, y el intento de reanimación hubiera sido una inútil intervención desproporcionada.

(Noticia tomada de P. Simoni, *Denuncia al hospital que le salvó la vida*, Il Giornale, 19.3.1990).

Cada vez más frecuentes los abusos en ancianos

Roma. En los meses de abril a septiembre de 1989, la Comunidad de San Egidio llevó a cabo una

encuesta en una muestra de 3,132 ancianos romanos de más de sesenta años, divididos al 50 por ciento entre asistidos en el domicilio y en instituciones específicas para la asistencia al anciano.

De la encuesta surge un panorama decididamente preocupante: más de 200 fueron los casos denunciados de abusos «muy serios» (maltratos físicos, agresividad verbal, omisión de ayuda) y otros numerosos casos en los que se dieron limitaciones de la libertad religiosa, del derecho de información, de la autonomía patrimonial, de los afectos. Los abusos más graves y frecuentes se dieron en las instituciones de asistencia: y esto es origen de ulterior preocupación, dado que precisamente en esos meses se estaba programando en Italia la construcción de Residencias Sanitarias Asistenciales para los ancianos. «Si, por un lado —dice la Comunidad de San Egidio al término de la investigación— éstas (las Residencias Sanitarias. *N.d.R.*) quitarán espacio a las empresas privadas, que están recogiendo a ancianos no autosuficientes en departamentos y estructuras totalmente inadecuadas, se corre el riesgo, por otro lado, de construir edificios sin haber puesto primero en funcionamiento los servicios que podrían hacer que las personas se quedaran en sus casas». Se trata, en otras palabras, de redescubrir una auténtica

cultura de la solidaridad, que sepa hacerse cargo de quien es más débil e indefenso, para una promoción auténtica de la vida humana en cualquier situación de la vida.

(Noticia tomada de F. Contessa, *En las instituciones y en las casas de asistencia, los abusos más graves en las personas ancianas*. L'Osservatore Romano, 14.3.1990; reproducida también en Il Messaggero, *Cuanto más ancianos, más indefensos*, 8.3.90).

Asistencia a domicilio: tres iniciativas

Génova. El «Istituto Tumori» de Génova y el Servicio de Anestesia del Hospital «San Martino», en colaboración con la Asociación «Gigi Ghirotti», han puesto en marcha un sistema de asistencia domiciliaria para pacientes «con enfermedad tumoral de pronóstico infausto». La iniciativa se vale de voluntarios, médicos, psicólogos y asistentes sociales, que trabajan en equipo, y se actúa a petición de la familia del enfermo. Con ello se intenta sobre todo proporcionar al paciente un apoyo interior, para que no se sienta abandonado y solo con su mal, y pueda vivir los últimos meses y los últimos días del mejor modo posible. De esta manera es verdaderamente posible ofrecer a estos enfermos, en lugar de una muerte desesperada, la alternativa de una «buena muerte», cuando el amor impide

que se instale la sensación de soledad.

(Noticia tomada de D. Daniele, *Unidos hasta la muerte*, Stampa Sera, 5.3.1990).

Roma. La asistencia domiciliaria en Roma no es ya un mero deseo de futuro «remoto». En efecto, la Caritas diocesana, el Policlínico «Umberto I» y la Fundación Ryder Italia (surgida después de la última guerra para asistir a los enfermos y minusválidos graves) han puesto en marcha un proyecto para prestar en poco tiempo ese servicio a los enfermos terminales, sobre todo los afectados de patología tumoral, que cada vez con mayor frecuencia piden morir en su propio lecho, rodeados del afecto de sus familiares. Es un servicio que surge en señal de solidaridad con cuantos sufren, para permitirles afrontar y vivir ese sufrimiento con plena dignidad; el deseo es el de ofrecer lo que sea posible desde el punto de vista médico para aliviar el dolor, y al mismo tiempo lo necesario desde el punto de vista psicológico para afrontar la cercanía de la muerte sin dejarse invadir por la angustia y el miedo que muy a menudo atenazan al enfermo y a sus familiares.

(Noticia tomada de P. Risoldi, *Hay que garantizar a los enfermos terminales una adecuada asistencia domiciliaria*, L'Osservatore Romano, 28.2.1990).

Padua. La región del Véneto ha establecido, por primera vez en Italia, el servicio de «Telecontrol-Teleayuda», para permitir una asistencia domiciliaria, en caso de urgencia y necesidad, a los ancianos; el servicio, hasta ahora prestado a unas 8,000 personas, se irá ampliando gradualmente hasta llegar en breve plazo a todos los ancianos distribuidos por el territorio regional. Es un servicio que se añade a las diversas iniciativas de asistencia domiciliaria, médica y social, que se presta las 24 horas del día y permite intervenir con gran rapidez (en unos 30 minutos aproximadamente después de la llamada). Así, un enfermo en

dificultades, por ejemplo, que se ha caído y no puede pararse, puede apretar un botón de un aparato que lleva consigo (generalmente colgado del cuello), y activar de este modo el sistema de intervención rápida.

Es un pequeño pero significativo paso adelante hacia un compromiso cada vez mayor de las estructuras públicas para facilitar la permanencia del anciano en su propia casa y permitirle, de este modo, una participación más activa y positiva en la vida y el ambiente que lo rodea.

(Noticia tomada de C. Zerbetto, *Un servicio de ayuda a domicilio para miles de ancianos en el Véneto*, L'Osservatore Romano, 22.3.1990).

Documentación

*

Del Magisterio del Santo Padre

I

Homilía de Juan Pablo II en la Misa con los jóvenes (San Juan de los Lagos, Jalisco, México, 8 de mayo de 1990)

A todos ustedes, mis queridos hijos aquí presentes; especialmente a ustedes, jóvenes venidos de todo México, quiero expresarles el profundo gozo de poder estar hoy en su compañía, al pie de esta tan venerada imagen de la Virgen María, cerca de su Basílica, a donde, con los pies cansados por el fervoroso camino, llegan peregrinos de todos los puntos cardinales del país.

Aquí, como en las bodas de Caná, la misión maternal de María sigue siendo la de orientarnos hacia su Hijo: «Hagan lo que Él es le diga».

Queridos jóvenes:

Ha llegado para mí uno de los momentos más esperados de mi

viaje a México: el encuentro con vosotros, los jóvenes.

He sabido la ilusión que habéis volcado en la preparación de esta Eucaristía, y de cómo os habéis ido penetrando en vuestros grupos, parroquias y diócesis mediante la reflexión y la puesta en práctica de lo que habéis llamado «acciones proféticas». Me ha llenado de gozo ver, en las respuestas que habéis dado a algunas de las encuestas preparatorias, vuestros deseos, sobre todo, de que el Papa venga como amigo. Sí, queridos jóvenes, muchachos y muchachas de México: me siento vuestro amigo, porque Cristo es vuestro amigo. Me siento vuestro amigo..., me siento vuestro amigo, un poco más viejo.

En nombre de Cristo quiero, pues, sembrar entusiasmo y esperanza en vuestros corazones. Deseo ofrecerles aliento y apoyo para la llamada exigente y comprometida que Cristo dirige a cada uno de vosotros. Pido a Dios que fortalezca vuestra fe y os haga experimentar más y más la ternura y protección de nuestra Madre la Santísima Virgen.

El Papa se siente cercano a vosotros y os tiene muy dentro del corazón porque percibe vuestro

afecto y cariño, pero sobre todo porque con vuestras ganas de vivir y luchar abris horizontes luminosos para la Iglesia de Cristo y para la sociedad actual. Lleváis en vuestras manos, como frágil tesoro, la esperanza del futuro. El Señor tiene su confianza en la savia nueva que late en cada joven, como promesa floreciente de vida. Por eso también deposita en vosotros una exigente responsabilidad en cuanto artífices de una nueva civilización, *la civilización de la solidaridad y del amor entre los hombres.*

El Salmo que hemos cantado, en esta celebración eucarística, cantado muy bien con voces sonoras y juveniles, nos ayuda a descubrir el verdadero valor de lo que somos a los ojos de Dios. Su autor, meditando en la quietud de la noche, y como interpretando nuestro propio sentir, se queda anonadado por la profundidad del silencio y la belleza del cielo estrellado. En su interior nace esta reflexión: ¡Semejante espectáculo no es más que la huella de la hermosura y bondad del Creador! Admira la Gloria, la Belleza y la Omnipotencia de Dios, pero en vez de sentirse avergonzado por la insignificancia y la pequeñez de ser criatura, exclama: «¿Qué es el hombre para que te acuerdes de él?» (Sal 8, 5). El salmista comienza a saborear la ternura gratuita de Dios porque ha comprendido que el objeto de su predilección no es el firmamento

sino el hombre en su pequeñez. Cada uno de vosotros, jóvenes amigos, sois los predilectos de la creación de Dios. Por ello habéis sido capacitados por Dios para inundar la tierra de su gloria, de su amor, justicia, vida y verdad. «¿Qué es el ser humano para que le dieseis poder?» (Sal 8, 5). Dios se ha complacido en revestirnos y coronarnos de su misma dignidad y gloria. Pero su gloria, que es también la gloria del Hijo: «Padre, ha llegado la hora, glorifica a tu Hijo, para que tu Hijo te glorifique a Ti» (Jn 7, 1), está en que deis la vida hasta el extremo, en que sepáis compartir los dones que ha sembrado en vosotros, para hacer presente su Reino en medio del mundo.

Jóvenes de México, no destruyáis vuestras cualidades y valores poniéndoos al servicio de los poderes del mal que existen en el mundo. ¿Os dejaréis engañar por estos poderes que pretenden convertirnos en títeres e instrumentos fácilmente manipulables al servicio de una cultura insolidaria y sin horizontes? ¿Caeréis en la tentación de alienar el precioso don de vuestra vida con el poder de la droga destructora y asesina, la fuerza cegadora del hedonismo o la prepotencia irracional de la violencia?

El Papa sabe que la fuerza de Cristo Resucitado, el empuje y lozanía de su Espíritu vivificador

no van a desvanecerse en los corazones de los jóvenes mexicanos, protagonistas del tercer milenio ya pronto para amanecer. Con Cristo sois fuertes. Por eso podéis decir siempre con San Pablo: «Todo lo puedo en Aquel que me conforta» (Filip 4, 13). Si ponéis los cimientos de vuestra fe en la Roca que es Cristo, ninguna tentación de este mundo podrá apartaros del camino que os muestra el Señor. Él es nuestra piedra angular (cfr. 1 Pe 2, 4-9). En Él se fundamenta para todos ese nuevo estilo de vida que nos lleva a la plenitud y nos hace crecer en la entrega y amor a los hombres para la *construcción de un cielo nuevo y de una tierra nueva* (cfr. 2 Pe 3, 13).

Pero vosotros, jóvenes de México, sabéis bien que muchos coetáneos vuestros viven en este mundo como *heridos por la desesperanza*. El aguijón de la desilusión se ha clavado en ellos. Creen que ya nada ni nadie podrá cambiar el rostro dolorido y sufriente del mundo en que vivimos. Piensan que la marcha de los acontecimientos de la historia es como un barco cuyo único timón está en manos del poder del dinero y en los intereses políticos de unos pocos. Sus vidas se sumergen y se dejan arrastrar por lo que hoy se denomina la crisis de las utopías. La sombra del tedio, del vacío y del desencanto ha dejado sus huellas en jóvenes vidas que deberían ser ilusión y

promesa del futuro. Y os preguntáis: ¿Cómo es posible que muchos jóvenes compañeros y amigos nuestros estén cansados y aburridos de la vida antes de empezar a vivirla? ¿Cómo entender que estén ya de vuelta sin haber llegado todavía a ninguna parte?

El mundo de hoy necesita no sólo de la juventud como realidad sociológica, sino de la juventud del espíritu de Cristo que habita en vosotros. Se necesita escuchar la voz límpida de los jóvenes que han experimentado cómo el fuego del amor de Cristo ardía en sus corazones. ¡Jóvenes, ayudad a vuestros amigos a salir de la cárcel de la indiferencia y de la desesperanza! ¡Cristo os llama a resucitar en otros jóvenes la ilusión por la vida!

En este tiempo pascual, en que resplandece el fulgor de Cristo resucitado, la Iglesia presenta a nuestra meditación el *episodio de Emaús*. La noche y la tiniebla de la muerte habían ocultado la figura del Maestro a los ojos de los discípulos, que comenzaron a dispersarse con angustiosa sensación de miedo y de fracaso.

El Resucitado no se había manifestado aún a los suyos, cuando seguimos la pista de dos de ellos ¿por qué no?, jóvenes que caminaban hacia Emaús. El camino hacia Emaús es el camino del desencanto, de la desilusión, del vacío. Hoy son incontables los que van por el camino de Emaús. Emaús es hoy la

evasión, el olvido, el hedonismo, la discoteca, la droga, la indiferencia, el pesimismo, los paraísos artificiales en que tantos se refugian.

«Nosotros esperábamos...» (Lc 24, 31) que se lograría un mundo más justo; que la democracia de hecho se convertiría en bastión de derechos humanos; que el desarrollo económico no se haría a costa de los más pequeños y débiles; que el progreso técnico y científico nos haría más felices. Esperábamos tantas cosas, pero todo sigue igual. Por esto es preferible encerrarse en el propio mundo, desentenderse de los demás y que cada uno se las arregle como pueda.

Pero Jesucristo Resucitado se hace el encontradizo con los jóvenes para pronunciar en el interior de ellos palabras que vuelvan a despertar la ilusión y el entusiasmo que paraliza el miedo. Según hablaba el Maestro la mente de los discípulos de Emaús se iba encendiendo de esperanza y un fuego irresistible revolucionaba sus corazones.

Jóvenes, no perdáis la esperanza, sois *peregrinos de esperanza*, como reza el lema de este encuentro. Pues esta esperanza se fundamenta en la victoria de Jesucristo sobre el pecado y la muerte. Dejad que vuestro corazón se embriague de la Vida que os ofrece Jesús; en Él está vuestra auténtica juventud. Él nos enseña a renacer a una vida

nueva: «El que no nazca de agua y de Espíritu no puede entrar en el Reino de Dios» (Jn 3, 5), le dice a Nicodemo. Cristo es el Señor de la Vida y ha venido «para que tengamos vida en abundancia» (cfr. Jn 10, 10).

Modelo de confianza y docilidad a la promesa de vida del Resucitado es para nosotros la comunidad de los Apóstoles reunida en el cenáculo con María, la Madre de Jesús. «Todos ellos perseveraban en la oración con un mismo espíritu en compañía de algunas mujeres, de María, la madre de Jesús, y de sus hermanos» (Act 1, 14), hemos escuchado en la primera lectura de nuestra celebración eucarística.

María estaba presente en aquellos momentos cruciales de la historia de la salvación y se preparaba para un nuevo y definitivo nacimiento: la venida del Espíritu Santo. El día de Pentecostés nace la Iglesia, Cuerpo de Cristo, y en ella nosotros, sus miembros, tenemos como Madre a María.

El significado profundo de esta maternidad espiritual de la Virgen hace que Ella esté también presente en nuestra vida cuando queremos llevar la luz de Cristo a las realidades que nos rodean, a los hermanos y hermanas que esperan nuestra ayuda. Si abris bien los ojos y miráis a vuestro alrededor veréis mucha tiniebla, mucho dolor y sufrimiento entre vuestros hermanos mexicanos. Sé

que el resultado de vuestros análisis, como preparación a este encuentro, os ha hecho descubrir que en vuestro pueblo existen innumerables problemas: el hambre y la desnutrición, el analfabetismo, el desempleo, la desintegración familiar, la injusticia social, la corrupción política y económica, salarios insuficientes, concentración de la riqueza en manos de unos pocos, inflación y crisis económica, el poder del narcotráfico que atenta gravemente a la salud y la vida de las personas, el desamparo de los emigrantes ilegales e indocumentados a los que tristemente se les llama «espaldas mojadas», ataques continuos a los valores sagrados de la vida, la familia y la libertad. Ante este panorama de dolor y sufrimiento, ¿podéis vosotros permanecer indiferentes, jóvenes mexicanos?

El Papa está muy contento, porque ve, porque siente que esta homilía no la habla él, esta homilía la hablan los jóvenes amigos.

En esta hora decisiva de la historia, vosotros, queridos amigos y amigas, estáis llamados a ser protagonistas de la nueva evangelización, para construir en Cristo una sociedad justa, libre y reconciliada. Los hombres de hoy están cansados de palabras y discursos vacíos de contenido, que no se cumplen. El mundo se resiste a creer las palabras que no van acompañadas de un testimonio de vida.

Seréis verdaderos testigos cuando vuestra vida se transforme en interrogante para los que os contemplan: ¿por qué actúa así este joven? ¿Por qué se le ve tan feliz? ¿Por qué procede con tanta seguridad y libertad? Si vivís así obligaréis a los demás a confesar que Cristo está vivo y presente. Seréis testimonio y prueba de que aceptar a Cristo como Camino, Verdad y Vida (cfr. Jn 14, 6) llena las más altas aspiraciones del corazón.

Queridos jóvenes: sentíos enviados a la urgente tarea de *anunciar el Evangelio a cuantos os rodean*. Cristo conoce vuestra fragilidad y limitaciones, pero al mismo tiempo os dice: ¡Animo, no temáis! «Yo estoy con vosotros todos los días hasta el fin del mundo» (Mt 28, 20).

Y más aún, queridos jóvenes. Cristo en el momento más sagrado y solemne de su vida nos hizo el más precioso regalo. Era su última voluntad, su tesoro más querido: María, su Madre. Éstas fueron sus palabras, que acabamos de escuchar hace unos momentos. Es el «testamento de la cruz»: «Jesús, viendo a su madre y junto a ella al discípulo a quien tanto amaba, dice a su madre: “Mujer, ahí tienes a tu hijo”. Luego dice al discípulo: “Ahí tienes a tu madre”» (Jn 19, 26-27).

Con este encargo Jesús nos entrega a María por Madre a toda la humanidad en la persona de Juan, el joven discípulo amado.

Jesucristo convierte así a todos los redimidos en hijos de María. A partir de este momento nadie en el mundo estará realmente solo y abandonado en la travesía de la vida. ¡Jóvenes, María camina con vosotros! Ella también nos repite junto a su Hijo: «No temáis, yo estoy con vosotros hasta el fin de los tiempos». Cristo nos ha hecho el mejor de los regalos: seguir presente entre nosotros por medio de la solicitud y la protección materna de María de Nazaret.

Jóvenes que me escucháis: en los momentos en que os asalte la duda, la dificultad, el desconsuelo, sabed que la Virgen María es para vosotros consolación y paz. María os pide vuestro sí. Os pide la entrega radical a Cristo. Os pide que os atreváis a seguirle poniendo vuestras vidas en las manos de Dios, para que os convierta en instrumentos de un mundo mejor que éste en que vivimos. María espera de vosotros que respondáis generosamente a la llamada de su Hijo si Él os lo pide todo. No tengáis miedo si el Señor os llama para una vocación de consagración especial. Ciertamente, Cristo pide la vida entera, una entrega radical y sin límites.

Imploro a María, nuestra Madre de San Juan de los Lagos, nuestra Madre del Tepeyac, que acompañe y bendiga en vosotros a todos los jóvenes de México. ¡Querido México!

San Juan de los Lagos, un lugar maravilloso, un lugar que parece pobre, hoy un lugar de tantas riquezas. Tantas riquezas son los jóvenes que se reúnen cada año en la Jornada Mundial de la Juventud que se celebra el Domingo de Ramos, pero hay momentos excepcionales como había una vez la gran convocación de los jóvenes en Buenos Aires hace tres años; como había una grande convocación de jóvenes en Santiago de Compostela hace un año y como se prevé una gran convocación de los jóvenes en Czestochova, Jasna Góra, el año que viene.

Los jóvenes tienen en la iglesia sus lugares de convocación, sus lugares y sus espacios, espacios para estar junto a la Virgen, con la Virgen junto a Cristo muerto y resucitado.

A todos muchas gracias por esta celebración de hoy en este lugar que se llama maravillosamente San Juan de los Lagos.

¡Adiós!

II

Encuentro de S. S. Juan Pablo II con las familias (Chihuahua, Chih., 10 de mayo de 1990)

«Dichoso el seno que te llevó y los pechos que te criaron» (Lc 11, 27).

Una mujer de la muchedumbre que seguía a Jesús de Nazaret, una de aquellas que escuchaban sus enseñanzas, expresó con estas palabras su veneración hacia el Maestro y su Madre.

No es posible separar al Hijo de la Madre ni a la Madre del Hijo. También en las nuevas generaciones de discípulos seguidores de Cristo, van juntos el amor a Él y la veneración y amor a su Madre Santísima. Lo estamos viendo y comprobando en esta noble tierra, que tiene en el amor a Santa María de Guadalupe su centro espiritual, donde todos los mexicanos se sienten miembros de una gran familia.

Esta misma Madre, María, es la que ha traído al mundo a Cristo, el cual se hizo hombre para que nosotros hijos e hijas del género humano recibiésemos la adopción de hijos de Dios. Por eso «al llegar la plenitud de los tiempos, envió Dios a su Hijo, nacido de mujer..., para que recibiéramos la filiación adoptiva» (Gal 4, 4-5). Ante este admirable e irrepetible acontecimiento, en verdad podemos repetir con el Salmista: «Se alegra mi corazón, el Señor es la parte de mi herencia» (Sal 15, 9).

Al nacer de mujer y en una familia, *el Hijo de Dios ha santificado la familia humana*. Por eso nosotros veneramos como santa a la Familia de Nazaret, en cuyo seno «Jesús progresaba en sabiduría, en esta-

tura y en gracia ante Dios y ante los hombres» (Lc 2, 52).

Esta familia a la que veneramos y llamamos Sagrada Familia, permanecerá para siempre como modelo eximio para ser imitado por todas las familias cristianas, aquí y en todas partes, pues el número familiar es aquel espacio en el que se despliega la abundante gracia de Dios, que nos hace renacer en el bautismo.

Queridos hermanos y hermanas: es para mí motivo de gran alegría celebrar esta liturgia de la Palabra con las familias de la comunidad cristiana de Chihuahua, junto con su Arzobispo, Mons. Adalberto Almeida Merino, su Coadjutor, Mons. José Fernández Arteaga, el Presbiterio, los religiosos, religiosas y fieles todos. Mi cordial saludo se dirige igualmente a cuantos, junto con sus Pastores, han venido aquí desde las diócesis vecinas: Ciudad Juárez, Torreón, Ciudad Madero, Nuevo Casas Grandes, Tarahumara, Hermosillo, Tijuana y de otros lugares del norte del país.

De modo especial, mi saludo y felicitación en el Día de las Madres se dirige a todas y cada una de las madres mexicanas. La maternidad es un don sublime que la Iglesia exalta. ¿Cómo no habría de hacerlo si cree y reconoce el inicio de la salvación, de su propia existencia, en la maternidad virginal de María Santísima, que en-

gendró a Cristo? ¿Cómo no habría de hacerlo?

Queremos contemplar ahora el profundo significado que asume la familia cristiana en los planes de Dios. A ello nos impulsa una vez más la preocupación que sentimos todos en nuestra mente y en nuestro corazón por el mundo de hoy en el que, con frecuencia, la familia está siendo atacada de mil formas diversas. Sabemos de sobra que a medida que se va debilitando el verdadero amor se oscurece también la misma identidad del ser humano. Por ello, siento personalmente la necesidad de repetir lo que ya dije con sincero convencimiento al comienzo de mi pontificado: «El hombre no puede vivir sin amor. El que permanece para sí mismo es un ser incomprendible, su vida está privada de sentido si no se le revela el amor, si no se encuentra con el amor, si no lo experimenta y lo hace propio, si no participa en él vivamente» (*Redemptor hominis*, n. 10).

La grandeza y responsabilidad de la familia está en ser la primera comunidad de vida y amor; el primer ambiente donde el hombre puede aprender a amar y a sentirse amado, no sólo por otras personas, sino también y ante todo por Dios. Por ello, a los padres cristianos os toca formar y mantener un hogar en el que germine y madure la profunda identidad cristiana de vuestros hijos: *el ser*

hijos de Dios. Pero vuestro amor de padres podrá hablar de Dios a vuestros hijos sólo si antes vuestro amor de esposos es vivido en la santidad y en la apertura a la fecundidad de la unión matrimonial.

El amor existente entre los esposos cristianos es una realidad *santa y noble*. La acción del Espíritu Santo en vuestras personas cuando estáis en gracia os ayudará a entregaros mutuamente, con aquella generosidad sin medida con que «Cristo amó a la Iglesia y se entregó a sí mismo por ella» (Ef 5, 25).

Al hablar hoy a las familias católicas de Chihuahua y de México, en este «Día de las Madres» deseo rendir homenaje a la madre, a las mujeres mexicanas y a las de toda América Latina. Con razón se ha dicho que la mujer ha desempeñado un papel providencial en la conservación de la fe de este querido Continente.

La experiencia diaria nos muestra que a una esposa cristiana corresponde de ordinario una familia en la que permanece vivo el amor a Dios, la práctica de la vida sacramental y del amor al prójimo. Asimismo la armonía, serenidad y alegría de la vida de familia dependen en gran medida de la mujer, esposa y madre, quien, con su intuición, su tacto, su afecto, su paciencia, su generosidad, suaviza asperezas y tensiones. Ella levanta

los ánimos decaídos y ofrece un puerto acogedor en el cual refugiarse cuando afloran los problemas en cualquier edad de la vida.

No ignoro el papel a veces heroico que las esposas mexicanas han representado en la vida familiar. Por ello quiero recordar también a los esposos el grave deber que les incumbe de colaborar en las cargas del hogar con su trabajo, no dilapidando el salario, que es un bien para toda la familia, siendo al mismo tiempo fieles a su esposa con un amor único e indiviso, mostrando verdadero afecto y dedicación en la educación de los hijos. ¡La familia se conserva y fortalece gracias al amor!

En una sociedad tantas veces marcada por signos de muerte y desamor como la violencia, el aborto, la eutanasia, la marginación de minusválidos y personas pobres y no útiles, la mujer está llamada a mantener viva la llama de la vida, el respeto al misterio de toda nueva vida. Por esto he querido poner de relieve, en la Carta Apostólica *Mulieris dignitatem*, que a la mujer «Dios le confía de un modo especial el hombre, es decir, el ser humano», en virtud de su vocación al amor, «la mujer no puede encontrarse a sí misma si no es dando amor a los demás» (n. 30).

Esta perspectiva adquiere más amplias dimensiones a la luz de la primera lectura bíblica que hemos

escuchado y que alude a aquella mujer, María, de la cual nació Jesús (cfr. Gal 4, 4). En efecto, «la figura de María de Nazaret proyecta luz sobre la mujer en cuanto tal por el hecho mismo de que Dios, en el sublime acontecimiento de la encarnación del Hijo, se ha entregado al ministerio libre y activo de una mujer. Por tanto, se puede afirmar que la mujer, al mirar a María, encuentra en ella el secreto para vivir dignamente su feminidad y para llevar a cabo su verdadera promoción» (*Redemptoris Mater*, n. 46).

Aunque rico en bienes y promesas, el matrimonio cristiano es una realidad exigente. Requiere, sobre todo, fidelidad en el amor, generosidad y abnegación. Al mismo tiempo, debe haber siempre una *apertura al don de la vida*. En este sentido, queridos esposos y esposas que me escucháis, habéis de pensar que si en la unión conyugal se elimina artificialmente la posibilidad de concebir el hijo, los esposos se cierran a Dios y se oponen a su voluntad. Además, el esposo y la esposa se cierran el uno al otro, ya que rechazan la mutua entrega en la paternidad y la maternidad, reduciendo la unión conyugal en ocasión de satisfacer el egoísmo de cada uno. Los hijos, en efecto, mantienen vivo el sentido de vuestra unión matrimonial; rejuvenecen a la vez el matrimonio y el amor mutuo de los padres. El hijo,

en la familia, es una bendición de Dios. Así lo entiende la sana tradición de vuestras familias, que se abren generosamente al don de la vida. A este respecto, deseo recordar también a los padres, el deber moral que tienen de cuidar y velar por sus hijos, sobre todo cuando son pequeños y débiles.

La sociedad es cada día más sensible sobre los derechos del niño. Incluso se ha elaborado una *Carta de los Derechos del Niño*. Sin embargo, el niño está expuesto todavía a no pocos males: el egoísmo de una parte de la sociedad que atenta contra su vida antes de nacer, con la práctica del aborto; la insuficiente alimentación, que puede afectar todo su futuro desarrollo; la falta de afecto, los malos tratos con diversas formas de violencia; cuando no el delito de abuso de menores y el crimen de introducirlos en la espiral de la droga. A quienes se comportan así va dirigida la advertencia de Cristo: «El que reciba a un niño como éste en mi nombre, a mí me recibe. Pero al que escandalice a uno de estos pequeños que creen en mí, más le vale que le cuelguen al cuello una de esas piedras de molino, y lo hundan en lo profundo del mar» (Mt 18, 5-6).

Cuando la Iglesia os recuerda a vosotros, padres y madres de familia, así como a los responsables de la sociedad, los deberes morales respecto al niño, está apli-

cando el precepto del Maestro: «Dejad que los niños vengan a Mí, y no se lo impidáis porque de los que son como éstos es el Reino de los Cielos» (Mt 19, 14-15).

La misma Iglesia os recuerda en tantas ocasiones el deber que tenéis de educar a vuestros hijos, no sólo en lo cultural y social, sino también en la fe y en la vida cristiana, de las virtudes humanas y cívicas (cfr. *Lumen gentium*, nn. 35 y 41).

Es cierto que en la educación de los hijos contáis con la colaboración de otras personas: los maestros en las escuelas, los sacerdotes en vuestras parroquias, los catequistas. Pero no olvidéis nunca que vuestros hijos dependen primordialmente de vosotros. No olvidéis que su felicidad temporal, y, no pocas veces, hasta su felicidad eterna, dependerán de vuestro ejemplo y de vuestras enseñanzas. Rezando con vuestros hijos, meditando con ellos la Palabra de Dios, acompañándolos en la Eucaristía y en los demás sacramentos, llegaréis a ser plenamente padres: habréis conseguido engendrarles no sólo a la vida corporal, sino también a la vida eterna en Cristo.

La familia ha de ser también el ámbito donde los jóvenes sean educados en la *virtud de la castidad*. Ella ha de ser la primera escuela de vida para los hijos, preparándolos para la responsabilidad personal en todos sus aspectos,

incluidos los que se refieren a los problemas de la sexualidad. La educación para el amor, como don de sí mismo, es premisa indispensable para una educación sexual clara y delicada que los padres están llamados a realizar.

Dios ha querido que el don de la vida surja en esa comunidad de amor que es el matrimonio, y quiere que los hijos conozcan la naturaleza de ese don en el clima del amor familiar. Los padres cristianos tienen el derecho y el deber de formar a sus hijos también en este aspecto. Es lógico que, incluso en este campo, reciban la ayuda de otras personas. Pero la Iglesia recuerda la ley de la subsidiaridad, que la escuela o cualquier otra entidad debe observar también cuando coopera con los padres en la educación sexual de modo que sea impartida de acuerdo con el espíritu querido por los padres (cfr. *Familiaris consortio*, n. 37).

Como señala la Exhortación Apostólica *Familiaris consortio*: «En este contexto es del todo irrenunciable la educación *para la castidad*, como virtud que desarrolla la auténtica madurez de la persona y la hace capaz de respetar y promover el “significado esponsal” del cuerpo» (n. 37). Una información sexual que prescindiera de los valores morales constituiría un empobrecimiento de la persona y contribuiría a oscurecer su dignidad.

La familia ha recibido de Dios la misión de ser la «célula primera y vital de la sociedad» (*Apostolicam actuositatem*, n. 11). Como en un tejido vivo, la salud y la fuerza de la sociedad depende de la salud y fuerza de las familias que la integran. Por ello, la defensa y promoción de la familia es también defensa y promoción de la sociedad misma. Consiguientemente, ha de ser ésta la primera interesada en el desarrollo de una cultura que tenga como base la familia.

Son muchos los campos en que la sociedad civil puede favorecer la institución familiar, reforzando su estabilidad y tutelando sus derechos. En particular, desearía referirme al derecho de los padres a educar libremente a sus hijos, de acuerdo con sus propias convicciones y a poder contar con escuelas en que se imparta esa educación.

En contraste con este derecho humano natural reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la legislación de algunos países todavía existen serios límites a su ejercicio y aplicación. Frente a situaciones de este tipo, los padres de familia pueden pedir individualmente, e incluso asociadamente exigir a las autoridades, el respeto y la actuación de los propios derechos, como primeros y fundamentales responsables de la educación de sus hijos. No se trata de obtener privilegios; es algo debido en estricta justicia y

que se debe reflejar en la legislación del país. Por tanto, es legítima la acción de las asociaciones de padres de familia que operan, a nivel nacional e internacional, como reclaman, dentro del orden establecido y en un diálogo respetuoso con las autoridades de la nación, el derecho a educar libremente a los hijos, según su propio credo religioso; a crear escuelas que correspondan a este derecho y a que las leyes del país reconozcan explícitamente tal derecho. Las familias cristianas serán así un potente foco de cultura cívica para los hijos y la comunidad nacional.

«Dichosos más bien los que oyen la Palabra de Dios y la guardan» (Lc 11, 28) dice Jesús en el Evangelio que se ha proclamado. Una bendición semejante pedimos para todas las familias mexicanas. Para los padres, madres, hijos e hijas. Encomendamos todas las generaciones mexicanas a la Sagrada Familia de Nazaret.

Que cada familia llegue a ser «la Iglesia doméstica» en la cual, mediante el amor, maduren los nuevos hombres y mujeres en su dignidad de hijos por adopción divina. Que en cada familia se verifique lo que el Apóstol Pablo dice en su Carta a los Gálatas: «La prueba de que sois hijos que Dios ha enviado a nuestros corazones el Espíritu de su Hijo que clama: ¡Abbá, Padre!» (Gal 4, 6).

Que cada familia de esta her-

mosa tierra esté abierta para acoger este Espíritu: el Espíritu de Cristo que es autor de la santificación del hombre, de los matrimonios y de las familias, de los padres y de las madres.

Que todos nosotros, junto con Cristo, podamos gritar con este espíritu: ¡Abbá, Padre! Amén.

¡Chihuahua!... ¡Amigo!... ¡El Papa está contigo!...

Quiero todavía agradecer a todos los dones, las ofrendas de esta celebración, pero sobre todo por el don de vuestra presencia y participación.

Sí, que vuelva algunas veces. Chihuahua, el norte de México, también a Roma...

III

El Papa Juan Pablo II en el Encuentro con el Mundo de la Cultura

(Ciudad de México, 12 de mayo de 1990)

Al término de una intensa jornada, ya al final de mi visita pastoral a este entrañable país, siento un gozo profundo al tener este encuentro, para mí tan lleno de significado, con los representantes del mundo de la cultura: de las ciencias, de las artes y de las letras de México.

En mi saludo afectuoso y cordial a los aquí presentes, quiero abarcar también a cuantos, en toda esta gran Nación, comparten las tareas propias de la investigación, del pensamiento y de la formación de las futuras generaciones.

Deseo manifestar mi vivo agradecimiento al Doctor Silvio Zavala, por sus amables palabras de bienvenida y por los nobles sentimientos expresados. Mi gratitud va igualmente a cuantos con su generoso esfuerzo han hecho posible que podamos compartir esta tarde unos momentos de reflexión y fraterna convivencia.

Es éste mi primer encuentro con intelectuales de América Latina que tiene lugar después de los importantes acontecimientos ocurridos en 1989 en Europa del este. Asistimos a un *cambio* que afecta a toda la sociedad contemporánea. Se trata, en efecto, de una nueva época muy compleja, en la que forzosamente conviven inercias del pasado e intuiciones del futuro. Sin embargo, precisamente en estas circunstancias, debéis dar prueba, como hombres de la cultura, de vuestra lucidez y de vuestro espíritu penetrante. Estáis llamados a dar vida a una nueva época también en el Nuevo Continente, lo que constituye como un desafío para vuestro quehacer intelectual. A la vista de este dilatado horizonte, así como de las comprometedoras exigencias que habéis de

afrontar, se moverán las reflexiones que deseo compartir hoy con vosotros. Ciertamente no es posible ni es lo que esperáis ofrecer aquí un cuadro detallado de objetivos culturales para el próximo futuro. Sin embargo, cabe delinear al menos unos principios de análisis del momento actual y unos básicos de referencia que puedan servir de ayuda en vuestras tareas. No se puede olvidar, en este análisis del variado panorama que ofrece América Latina, el importante papel que desempeña la Iglesia católica. Al poner en marcha *la nueva evangelización*, la Iglesia sigue proclamando incansablemente los *principios cristianos*, como *elemento fundamental de toda civilización y de toda cultura* acorde con la dignidad humana; pues la Iglesia al evangelizar y en la medida en que evangeliza, es decir, al anunciar el Evangelio de la gracia de Dios, puede humanizar, «civilizar», liberar, construir la sociedad. De todo ello quiero hacerme eco en este encuentro con vosotros.

Las transformaciones que han tenido y están teniendo lugar en el llamado bloque de los países del Este representan, como bien sabéis, un cambio en el escenario de la comunidad internacional, lo cual incide de modo inevitable en el resto de los pueblos.

Podríamos afirmar que el clima de mayor confianza que se está instaurando en este último perio-

do ha despejado notablemente el camino del peregrinar humano. La amenaza de una destrucción total que se cernía sobre la humanidad contemporánea (cfr. *Dominum et Vivificantem*, n. 57), parece haberse alejado sensiblemente. Hoy se respira un aire renovado y se nota por doquier como un resurgir de la esperanza.

Sin embargo, no podemos dejar de constatar que son muchas las *incertidumbres del camino a seguir*. Se están superando ciertamente no pequeños obstáculos, pero, al mismo tiempo, se descubre la ausencia de válidos proyectos culturales capaces de dar respuesta a las profundas aspiraciones del corazón humano.

En la raíz de estas consideraciones nos parece poder constatar dos realidades bien probadas. Por un lado, la más evidente es que el sistema basado en el materialismo marxista ha decepcionado por sí mismo. Quienes lo propugnaban y quienes fundan su esperanza en esos intentos han quedado advertidos.

Sin embargo y es la otra comprobación, tampoco los modelos culturales ya afianzados en los países más industrializados aseguran totalmente una civilización digna del hombre (cfr. *Sollicitudo rei socialis*, n. 28). Con frecuencia *se exaltan los valores inmediatos y contingentes* como claves fundamentales de la convivencia social y se

renuncia a cimentarse en las verdades de fondo, en los principios que dan sentido a la existencia. Baste pensar en la pérdida del significado de la vida humana, puesta de manifiesto en el elevado número de suicidios, característico de algunos países altamente industrializados, y testificada también trágicamente por el aborto y la eutanasia. Se está verificando un proceso de desgaste, el cual, afectando a la raíz, no dejará de acarrear dolorosas heridas para toda la sociedad.

Además, y considerando el caso de América Latina, aquellos valores inmanentes y transitorios son incapaces de sustentar el esfuerzo que exige la construcción de una civilización prometidora como la vuestra, de una sociedad digna del hombre en todos sus aspectos: materiales y espirituales, inmanentes y trascendentes.

Ante este panorama de incertidumbre, ante la crisis de modelos culturales, viene a mi mente aquella serie de interrogantes que expresaba el autor de aquel documento anónimo del México prehispánico: «¿Qué es lo que va a gobernarnos? ¿Qué es lo que nos guiará? ¿Qué es lo que nos mostrará el camino? ¿Cuál será nuestra norma? ¿Cuál será nuestra medida? ¿Cuál será nuestro modelo? ¿De dónde habrá que partir? ¿Qué podrá llegar a ser la tea y la luz?» (Códice Matritense de la Real

Academia de la Historia, fol. 191v y 192r).

Por otra parte, en América Latina, se va viendo la necesidad de abrir nuevos caminos partiendo de vuestra propia identidad, y esto interpela directamente a vuestra responsabilidad de hombres del pensamiento y de la cultura. No podemos olvidar que México ha sido cuna de civilizaciones que, en su tiempo, alcanzaron un alto grado de desarrollo y que han dejado un inestimable legado de cultura y saber.

Os toca, pues, cooperar intensamente para dar vida a un proyecto de desarrollo cultural que lleve a los pueblos de Latinoamérica a esa plenitud de civilización, a la que deben aspirar.

Al aprestarse para una nueva evangelización, la iglesia católica se siente llamada a ofrecer también una importante contribución en este campo. Ella tiene plena confianza en vuestra capacidad y en vuestras cualidades. Por su vocación de servicio al hombre en plenitud de vida, es como connatural a la Iglesia servir los afanes de verdad, de bien y de belleza presentes en todo corazón humano. Tal vez no haga falta repetirlo; de todos modos, dejadme recordar que la Iglesia siempre ha tratado de favorecer la cultura, la verdadera ciencia, así como el arte que enaltece al hombre o la técnica que se desarrolla con profundo respe-

to de la persona y de la misma naturaleza.

De esta actitud de la Iglesia tenéis pleno conocimiento, pues a lo largo de varios siglos el cristianismo ha ido penetrando profundamente en la cultura de América Latina hasta formar parte de su propia identidad. México, por otro lado, cuenta con personajes cuya obra es patrimonio de toda la humanidad. Pienso en Sor Juana Inés de la Cruz, Juan Ruiz de Alarcón y tantos otros. Pienso también en tantas manifestaciones de su genio artístico y literario. El elenco se haría muy amplio, si hiciéramos mención de las diversas instituciones culturales.

Junto a todo ello, no es posible desconocer que han existido en el pasado y en algunos ambientes aún persisten incomprendimientos y malentendidos respecto a determinados postulados de la ciencia. Permitidme que lo repita también aquí ante los exponentes de la intelectualidad y del mundo universitario mexicano: la Iglesia necesita de la cultura, así como la cultura necesita de la Iglesia. Se trata de un intercambio vital que, en un clima de diálogo cordial y fecundo, lleve a compartir bienes y valores que contribuyan a profundizar la identidad cultural, como servicio al hombre y a la sociedad mexicana.

Esta indeclinable vocación de servicio al hombre a todo hombre

y a todos los hombres es la que mueve a la Iglesia a dirigir su llamado a los intelectuales mexicanos comenzando por los intelectuales católicos para que, abriendo nuevos cauces a la participación y a la creatividad, no ahorren esfuerzos en llevar a cabo aquella labor integradora, propia de la verdadera ciencia, *que asiente las bases de un auténtico humanismo integral* que encarne los valores superiores de la cultura y de la historia mexicana.

Para llevar a cabo esta tarea, se precisa partir de un nuevo modo de percibir *las relaciones entre historia humana y trascendencia divina*. Hay que dejar atrás aquellos injustificados planteamientos en que la afirmación de una, implica una mayor o menor supresión de la otra (cfr. *Gaudium et Spes*, n. 36). Es necesario poner de relieve que el esfuerzo del hombre por superarse en todos los aspectos forma parte de su anhelo por acercarse más a Dios; y que la unión íntima del hombre con Dios ha de desembozar, a su vez, en un mayor empeño por dar soluciones satisfactorias a tantos problemas y situaciones negativas de las que todos somos conscientes: pobreza, ignorancia, explotación, divisiones, enfrentamientos, desprecio de la justicia y de la verdad (cfr. *Christifideles laici*, nn. 42-44).

Al meditar sobre estas exigencias, los Padres del Concilio Vaticano II

han dirigido su mirada *al misterio de Cristo*, verdadero Dios y verdadero hombre. Allí contemplamos con estupor el vivir humano en la Persona del Hijo Unigénito de Dios. Nunca podrá pensarse del hombre nada más elevado.

Una triple perspectiva ha servido al mismo Concilio para articular, en la parte inicial de la Constitución *Gaudium et Spes*, su magisterio sobre el misterio de Cristo en relación con el hombre: la persona, la capacidad humana de amar y el trabajo.

En primer lugar, *la persona*. Sobre ella nos dice el citado documento conciliar que «el misterio del hombre sólo se esclarece en el misterio del verbo encarnado». Pues «Cristo, (...) en la misma revelación del misterio del Padre y de su amor, manifiesta plenamente el hombre al propio hombre y le descubre la sublimidad de su vocación». Al mismo tiempo, «el Hijo de Dios con su encarnación se ha unido en cierta manera con todo hombre. Trabajó con manos de hombre, pensó con inteligencia de hombre, obró con voluntad de hombre, amó con corazón de hombre» (*Gaudium et Spes*, n. 22).

Por otro lado, el hombre cristiano recibe las «primicias del Espíritu» (cfr. Rom 8, 23), las cuales le capacitan para cumplir la ley nueva del amor, por medio del cual se restaura internamente todo hombre. Pero «esto vale no solamente

para los cristianos, sino también para todos los hombres de buena voluntad, en cuyo corazón obra la gracia de modo invisible» (*Gaudium et Spes* n. 22). Éste es el gran misterio que la misma Revelación cristiana trata de esclarecer a los creyentes. De este modo, la persona está llamada a integrar todas las realidades que componen su existencia en una síntesis armónica de vida, orientada por un sentido último, que es la expresión más sublime del amor (cfr. *ibid.*).

Estamos así delante de la segunda perspectiva enunciada: *la capacidad de amar*. Es la posibilidad que tiene la persona de unión, de cooperación con Dios y con sus semejantes para realizar un anhelo compartido. Amando se descubre esa honda capacidad de darse que eleva la persona y la ilumina interiormente. En efecto, el amor es una fulgurante llamada a salir de sí mismo y trascenderse.

En continuidad con mi venerado predecesor Pablo VI, he hablado en repetidas ocasiones de la *civilización del amor*. Una meta sumamente atractiva y, a la vez, exigente que se debe mirar a la luz del misterio del Verbo encarnado. Él es «la luz verdadera que ilumina a todo hombre» (Jn 1, 9). Al encarnarse el Hijo de Dios ha manifestado el sentido definitivo que, en Dios, tiene cada criatura humana y al mismo tiempo, le ha hecho ver que su vocación abarca

todo su ser y todo su obrar.

Llegamos así a la última de las perspectivas enunciadas: el sentido de la *actividad humana*. El trabajo es uno de los grandes temas de la cultura, y de modo especial lo es en la época contemporánea.

Mirando al pasado, es interesante recordar el escaso valor que en la antigüedad clásica se daba al trabajo como parte de la cultura. En realidad el ocio y el trabajo fueron vistos frecuentemente en clave antiética. En el panorama cultural, aún en nuestros días, no siempre aparece el trabajo humano como medio de realización de la persona. Más, desde la óptica de la fe, la perspectiva se ensancha hasta hacer de la actividad humana un *medio de santificación y experiencia de unión con Dios*.

Esto se hace posible cuando se advierte que el Dios al que el hombre busca afanosamente es el Dios viviente; es decir, el *Ser omnipotente*, que actúa permanentemente en la creación, guiándola hacia el término que le ha prefijado (cfr. *Gaudium et Spes*, n. 34); y también el *Hijo encarnado*, que continúa realizando su obra redentora mediante el *Espíritu Santo* (cfr. *Ibid.*, n. 38). En este acercamiento incesante de Dios, el hombre, mediante su trabajo, se hace colaborador y como mediador de un operar divino destinado a difundirse en la creación entera (cfr. *Laborem exercens*, n. 25).

Es cierto que, en esta tarea, el hombre habrá de comprobar también en su propia carne la injusticia y el sufrimiento, consecuencias del pecado y de la tergi-versación de lo creado. Y, sin embargo, todo ello no es un obstáculo. Al contrario, es una nueva llamada para una unión más íntima con Dios, pues al contrasentido del pecado responde Dios con la encarnación de su Sabiduría.

Antes de concluir, quisiera volver a la perspectiva inicial de estas consideraciones: América Latina ha de reafirmar su identidad y ha de hacerlo desde sí misma, desde sus raíces más genuinas. Las diversas dificultades que la afectan, de orden económico, social, cultural, deben ser resueltas con la colaboración y el esfuerzo de su misma gente.

En esta noble tarea el hombre y la mujer de cultura están llamados a inspirar principios de fondo y suscitar motivaciones que estimulen la capacidad moral y espiritual de la persona, único medio para conseguir unos cambios que sirvan al hombre y no lo esclavicen. El hondo sentido de responsabilidad y el compromiso ético que debe caracterizar a todo hombre de la cultura os llevará a hacer de vuestra actividad, en el campo de las ciencias, de las letras y de las artes, un instrumento de acercamiento y participación, de comprensión y solidaridad en los

diversos sectores en los que se deja sentir vuestra influencia. Las tensiones y conflictos que puedan aparecer en el panorama social han de ser un desafío a vuestro talento para poner de manifiesto que los enfrentamientos y las incomprendimientos van ligados frecuentemente a las ignorancia y al desconocimiento mutuos.

La verdadera cultura tiende siempre a unir, no a dividir. En vuestra búsqueda constante de la verdad, de la belleza y del conocimiento científico, abrid nuevos caminos a la creatividad y al progreso, tratando de unir las voluntades y buscando soluciones a los innumerables problemas que plantea la existencia humana.

La Iglesia católica en Latinoamérica toma en seria consideración vuestras valiosas aportaciones. En esta actitud hay también una esperanza: que promováis una cultura que enriquezca al hombre íntegramente, llevándole a superar desde sí mismo, sea quien sea las situaciones negativas en las que tantas veces se encuentra postrado. Que todos puedan descubrir y alcanzar la plena dignidad de la existencia humana, al forjar una cultura abierta a la Sabiduría de Dios y a su acción entre los hombres y en la creación entera.

Para concluir, señoras y señores, deseo recordaros una frase de Jesús en el Evangelio de San Juan: «Conoceréis la verdad y la verdad

os hará libres» (Jn 8, 32). Que no desfallezca vuestro ánimo en la búsqueda apasionada de la verdad. Que vuestra vocación de servicio al hombre rechace siempre todo aislamiento egoísta que os pueda sustraer a una participación responsable en la vida pública y en la defensa y promoción de los derechos del hombre. Que seáis promotores y mensajeros de una cultura de la vida que haga de México una patria grande donde los antagonismos sean superados, donde la corrupción y el engaño no encuentren espacio, donde el noble ideal de solidaridad entre todos los mexicanos prevalezca

sobre la caduca voluntad de dominio.

Muchas gracias.

¿Me permiten hacer una observación? Me parece que se ha hablado poco en esta consideración, en esta meditación, se ha hablado poco del corazón. Se debe decir que el hombre latinoamericano, quizás sobre todo el hombre mexicano, la persona mexicana, mujer u hombre, está construida desde el corazón..., también los intelectuales.

Me permito decir que ésta es una gran riqueza y no se puede..., sino se debe perder!

¡Que Dios os bendiga a todos!
Buenas noches.

Del Magisterio Episcopal

I

Conferencia Episcopal Alemana Declaración sobre «Futuro de la creación, futuro de la humanidad»

I. La nueva situación-límite de la humanidad

Una reflexión necesaria

1. Al hombre no le es lícito hacer todo cuanto puede. Cuanto más

grande es este poder, tanto mayor se vuelve su responsabilidad. Junto con las posibilidades de acrecentar y promover la vida aumentan también las posibilidades de perjudicarla y destruirla. El aumento de la producción y del consumo no significa sin más un crecimiento de humanidad. Cuando no se respeta la prioridad de los bienes espirituales sobre los materiales, la prioridad de la persona sobre las cosas, se pone en peligro el equilibrio de la paz, tanto externa como

interna, e incluso el equilibrio de un justo orden social a nivel mundial. Científicos que han contribuido de forma decisiva al progreso, logrado en las últimas décadas, pero también políticos e iglesias, han elevado continuamente su voz para advertir y poner en guardia contra estos riesgos.

¿Han sido escuchados? ¿Se ha afirmado quizá la reflexión sobre en qué medida deben limitarse nuestras pretensiones y hábitos de vida, en razón de la responsabilidad que tenemos respecto del sentido de humanidad y para con los hombres en su conjunto? Esta reflexión surge hoy con urgencia particular. La conciencia, en efecto, de que no todo lo que podemos nos es lícito, se ha hecho ya ineludible por una nueva convicción. Que podría formular de esta manera: no todo lo que podemos, es en verdad posible. ¿Por qué razones? Las posibilidades científicas y técnicas, que se abren a los proyectos y las investigaciones del hombre, parecen absolutamente ilimitadas, pero cada vez más se asoma en el horizonte el final de nuestras posibilidades reales. Si tratáramos de hacer todo lo que nos es posible, acabaríamos por consumir los medios que se necesitan para avanzar más también el día de mañana, más aún, para seguir viviendo. Nos enfrentamos a este problema: ¿no están prevaleciendo sobre las posibilidades

positivas los peligros y las dificultades que nosotros mismos suscitamos para nuestro futuro? Crisis del ambiente, crisis energética, crisis de las materias primas: estas expresiones se han puesto ya de moda; y provocan no sólo preocupaciones justificadas y responsables, sino a veces hasta pánico y un miedo que confunde. Y sin embargo, no podemos cerrar los ojos ante estas señales de alarma.

Una crisis con múltiples aspectos

El hombre llena el ambiente en que vive y en el que están destinadas a vivir las futuras generaciones con los residuos de lo que produce y consume. Contamina los elementos, gracias a los cuales se desarrollan su vida y su futuro, provocando así una crisis del ambiente. El hombre vive con una dependencia de las fuentes energéticas mayor de cuanto puede disponer sin dañar el ambiente en que vive.

Cuánta energía consumir y cómo obtenerla se hace, así, una cuestión vital: ésta es la crisis energética. Para satisfacer sus propias exigencias el hombre acude a fuentes que, si se siguen utilizando igual que ahora, acabarán el día de mañana por agotarse; de aquí esa crisis de las materias primas. El hombre se ve a sí mismo como el vértice de la creación terrestre y al mundo como su casa, del que dis-

pone a su antojo y para su utilidad. Pero pensando estar actuando en su propio interés, corre peligro de servirse de esta casa de forma que se derrumbe sobre él, dejándolo solo y sin ayuda. Sólo en solidaridad con el resto de la creación, sólo comportándose responsablemente respecto del mundo de los animales, de las plantas y de las cosas, puede andando el tiempo seguir viviendo como señor de la creación, sin hacerse esclavo de sus manías de grandeza, un esclavo rechazado por la creación. A esta situación se podría también aplicar la expresión de «crisis de la creación».

Una larga serie de precedentes

2. Esta situación se puso en marcha hace ya mucho tiempo, y sin embargo es ahora por primera vez cuando se presenta con caracteres de unicidad. El hombre lo ha sabido siempre: mi modo de tratar las cosas tiene consecuencias para la naturaleza y para los demás hombres, o incluso tiene consecuencias también para las generaciones futuras. La deforestación de la península Ibérica o de los Apeninos tiene efectos de amplio alcance sobre el clima de España o de Italia. Hoy el hombre proyecta el futuro del planeta entero y puede, por tanto, medir los efectos de sus intervenciones en dimensiones hasta ahora nunca comprobadas.

El problema de si las generaciones futuras se seguirán o no encontrando en una tierra habitable, jamás se les planteó con semejante amplitud a las generaciones precedentes. Ni se plantea únicamente en relación con una posible guerra atómica, sino más bien también por nuestra relación con los seres vivos, con el espacio en que vivimos, con las cosas.

¿Cómo se llegó a esta situación? Ésta surge de los esfuerzos más audaces y más exitosos que la historia de la humanidad recuerda para descubrir las fuerzas del cosmos y ponerlas al servicio del hombre.

La ciencia moderna, al igual que la filosofía de los últimos siglos, ha hecho de la naturaleza el objeto de la investigación humana. En este proceso las cosas fueron perdiendo poco a poco su secreto haciéndose simple material de nuestro proyectar y producir. Pero el hombre, que ha construido el mundo y lo puso a su servicio, se vuelve a encontrar ahora solo con los productos de sus proyectos y de su trabajo.

Quería dominar el mundo y se queda en cambio sorprendentemente «privado del mundo». En todas sus conquistas el hombre descubre un doble límite.

Por un lado, se topa justamente con las fronteras de sus posibilidades: un mundo sometido a la consunción, al ígual que las fuentes

de su supervivencia; por el otro, se enfrenta con imprevisibles efectos colaterales causados por sus intervenciones: lo que domina, amenaza con tragárselo. Ha llegado el momento en que el hombre adquiera una relación con los seres vivos, con las cosas, con su espacio vital, con el mundo, a fin de que pueda ser hombre en su mundo y el mundo un mundo para el hombre.

Una nueva relación con la creación

3. Una nueva relación con la creación no puede significar devolver a la situación anterior las conquistas de la época moderna, en la que se ha abierto la relación científico-técnica con las fuerzas de la naturaleza. Pero tampoco puede significar la prolongación rectilínea de la búsqueda de un aprovechamiento cada vez más amplio de todas las posibilidades de nuestra civilización técnica. ¿Dónde se abre un camino a los límites con los que nos topamos? Es más fácil y tal vez incluso más útil decir ante todo qué no puede ser este camino.

Camino equivocados

El sueño romántico de un mundo sano y de una naturaleza que no puede ser atacada ignora la historia y minusvalora las investigaciones que nos impone el dere-

cho a la vida de la población mundial actual. En cambio, nuestra preocupación predominante debe ser la posibilidad de vivir para todos, en particular para quienes son más pobres que nosotros.

Cerrar los ojos ante el hecho de que no podemos continuar ya produciendo y consumiendo indefinidamente como hasta ahora, lleva a las mismas consecuencias: robamos a nuestros semejantes, hurtamos las posibilidades de vida a las generaciones que vendrán después de nosotros.

Una actitud de pánico hacia el cambio, ya imprescindible, de nuestro estilo de vida y la negativa a construir activamente nuestro futuro atraen esa catástrofe que una mirada más fría podría limitar a lo estrictamente necesario y posible.

Sacar el hombro ante una situación que se supone poco clara retrasa sólo la imprescindible decisión, sin por lo demás poder retrasar sus consecuencias, hacer recaer siempre la responsabilidad sobre las competencias de otros hace que domine la casualidad.

En última instancia, no se trata de proyectar y decretar un futuro seguro sólo para una parte de la humanidad, quién tiene derecho a vivir mañana y quién no, para no tener así que moderar nuestras exigencias.

Por más serio que sea el problema del crecimiento explosivo de la

humanidad, no se pueden resolver las cuestiones de la humanidad, las cuestiones del ambiente y de la energía mediante el postulado de un control de la natalidad a escala mundial.

La responsabilidad de los cristianos

4. La humanidad tiene un futuro sólo si también la creación tiene un futuro. Este futuro común no es tarea únicamente del cálculo científico y técnico, sino aún más de la responsabilidad ética. Ciertamente, debemos tener en cuenta los cuidadosos pronósticos de los expertos, pero es igualmente cierto que éstos no pueden sustraer a los políticos sus decisiones y, a su vez, tales decisiones están vinculadas ciertamente con la conducta y las decisiones de cada uno de nosotros. También nosotros, precisamente en cuanto cristianos, estamos llamados a pronunciarnos. ¿No puede tal vez orientarnos nuestra fe en Dios, creador y redentor, en las cuestiones que conciernen al futuro de la humanidad y del mundo? Los obispos y teólogos no pueden formar parte de los políticos, de los científicos y de los técnicos. La revelación de Dios no es un arsenal del que sacar respuestas para cada problema. Pero en las cuestiones que hoy se presentan acerca de las materias primas, del ambiente y la energía está implicado

el hombre mismo, la tierra misma. Dicho con palabras cristianas, está implicada la imagen de Dios que se nos confió y entregó. Por tanto está en juego la responsabilidad para con nuestro creador y redentor.

Los obispos alemanes sienten, por consiguiente, el deber de aportar su contribución a estos problemas de la humanidad.

II. El alegre mensaje de la creación

Fe en la creación

1. Cuando los cristianos reflexionan sobre el hombre y el mundo, recuerdan la primera frase fundamental del Credo: «Creo en Dios Padre omnipotente, creador del cielo y de la tierra». Para un conocimiento marcado por las ciencias naturales la palabra «creación» suena de algún modo como extraña. Con ella se piensa todo lo más en un principio del mundo, que requiere algo como un artífice del mundo, el cual lo pone en marcha. Pero este principio no tiene importancia alguna para lo que sucede después, para el desarrollo de los procesos naturales. Por el contrario, entendida en una perspectiva cristiana, la creación es algo más.

Y sin embargo, ¿se abren hoy nuevos caminos hacia una com-

prensión cristiana de la creación? Nos encontramos inmersos en un mundo que podemos cambiar. Ciertamente no podemos cambiar en nada el hecho de que nos encontramos en este mundo y que, con cualquier cosa que hagamos, tomamos posición respecto de hechos y factores ya preconstituidos. Tampoco resulta indiferente la forma en que nos comportamos respecto de estos datos pre-existentes. Debemos preguntarnos: ¿de qué forma está bien, de qué modo tiene que ser? El mundo, que preexiste, se dirige a nosotros con sus requerimientos y nosotros tenemos esa responsabilidad.

Tal responsabilidad, que exige respeto ante lo que existe, no significa sólo un peso opresor. ¿No es hermoso que las cosas existan, que nosotros mismos existamos? Yo debo ser, yo puedo ser; el mundo debe ser, el mundo puede ser.

El cristiano reconoce en esto el don de un tú personal. A cada momento él está ante este tú, al que debe a sí mismo todas las cosas. Es a esto a lo que nos referimos cuando decimos «creación» y «creador». Incluso quien no llega de inmediato a esta fe cristiana en la creación, difícilmente podrá sustraerse a la responsabilidad para con lo que está ya dado y al respeto que se le debe.

El desarrollo histórico de la revelación, la cual nos habla de creación y de un creador, no es el

fruto de una reflexión sobre la naturaleza que se interroga acerca del origen de las cosas, sino más bien la experiencia de estar llamados y guiados por el Dios viviente. Israel camina junto a este Dios a través del tiempo, lo experimenta como protagonista poseedor de los acontecimientos históricos, como el Dios de la Alianza. Pero no viene a llenar un espacio ya dado de historia y de vida, sino que más bien abre precisamente este espacio. Y todo lo que se encuentra en este espacio viene de Dios y sigue estando en sus manos. Así el Dios de la Alianza se manifiesta como el Creador del cielo y de la tierra, el Padre omnipotente.

Si nosotros vemos el mundo como una creación de Dios, nos parece de diferente forma y se torna nuevo. Es el don de un Dios que ama y he aquí crecer por el mundo su preciosidad. El que da es más grande que el don y por tanto el mundo se vuelve relativo. El don es al mismo tiempo también una tarea de la que debemos rendir cuentas; por esto nuestra responsabilidad se hace mayor aún.

El significado de las criaturas diversas del hombre

2. El hombre no es la única criatura. Dios quiso que no fuera sólo el hombre, el ser al que dice «tú» y que puede decirle «tú». Dios creó también a los demás seres

vivos y las cosas que no hablan, que no pueden glorificarlo con una conciencia y una voluntad.

Cosas que existen, simplemente. El hombre las necesita. ¿Pero existen estas cosas sólo porque el hombre las necesita? ¿Es que tal vez no tiene significado alguno aquello de lo que nunca tendremos necesidad? ¿No «necesita» tal vez el hombre también de la experiencia de que hay cosas inalcanzables y llenas en su fondo de significado, esas cosas que a primera vista no tienen una finalidad particular, sino que simplemente existen? Corremos el riesgo de apreciar al hombre sólo en base a aquello para lo cual puede ser utilizado. Pero cuando el hombre es juzgado sólo según el beneficio y la utilidad, su humanidad se menoscaba. El hombre es algo más que aquello para lo que puede servir. Pero ¿no hacemos quizá una experiencia análoga con las criaturas diferentes del hombre que están presentes en la tierra? Éstas existen para que nos sirvamos de ellas. Pero existen, con mayor razón, simplemente con la finalidad de existir. Una cosa no excluye la otra. Pero cuando no dejamos ya que las cosas sean ellas mismas, reduciéndolas a instrumento, a materia prima, a material, a una fuente de energía, en ese caso nos privamos a nosotros mismos del mundo. Y de esta forma nos hacemos nuevamente esclavos de lo que queremos libe-

rarnos: nuestra dependencia de lo creado. Para el hombre vale la prioridad del ser sobre el tener. Para el resto de la creación se podría hablar de una prioridad del ser sobre el ser útil.

El hombre: dominador y protector

3. La Biblia comienza con dos relatos de la creación. Ambos dan expresión a la relación entre el hombre y el resto de la creación. Dios dice a los primeros hombres: «Sed fecundos y multiplicaos, llenad la tierra; sometedla y dominad sobre los peces del mar y sobre las aves del cielo y sobre todo ser viviente, que se arrastra por la tierra» (Gen 1, 28). La grandeza soberana de Dios se refleja en el hombre que, en cuanto imagen y representante de Dios, debe dominar la creación y someterla a sí. En la segunda narración de la creación el originario ambiente de vida del hombre es el jardín «para que lo cultivara y lo custodiara» (Gen 2, 15). Dominar y custodiar son dos diferentes palabras fundamentales que predominan en los dos relatos.

Las religiones bíblicas, el judaísmo y el cristianismo, con la fe en la creación privan de su encantamiento a una naturaleza que rechaza, asusta y fascina al hombre en cuanto indomable poder superior. El hombre está así en grado de tener de una relación objetiva, podríamos decir casi racional, con las

cosas. Pero una relación racional no equivaler a goce indiscriminado y menos aún a destrucción. Lo que el hombre destruye no lo puede dominar; en cuanto imagen de Dios, debe obtener la medida de su propio comportamiento de su modelo original. Si es así, dominar significa solicitud amorosa, tutela protectora. En la forma de entender de la Biblia el dominio incluye la responsabilidad para con los dominados. Esto vale también y precisamente para la relación del hombre con las criaturas que lo circundan (cfr. Sal 8).

El hombre no se puede reducir a la función de trabajar la tierra y plasmar el mundo; del mismo modo el mundo no se limita a ser simple material, materia en bruto para el hombre. Por consiguiente, dominar y custodiar no son opuestos, sino que se integran mutuamente.

Las criaturas poseen su propio valor, son independientes unas de otras y son importantes las unas para las otras (cfr. Sal 104).

No obstante lo cual, su significado para el hombre podría encerrarse en esta fórmula: las demás criaturas existen *para* el hombre, pero el hombre existe *sólo* con las cosas.

La fractura de la culpa

4. El hombre y el mundo no se encuentran en un estado paradisiaco. Cuando la relación con Dios

fue perturbada por el pecado, una fractura recorre también la relación del hombre con el resto de la creación. Sin embargo Dios mantiene la doble tarea del hombre respecto de la creación: dominar y custodiar el mundo. Pero el hombre sigue estando en su condición dolorosa: plasmar el mundo se logra sólo de forma provisional, entre riesgos y fatigas. Aceptar este peso puede preservar al hombre de los caminos errados de utopías idealistas, desde la cansada resignación a la violencia desesperada.

La creación como herencia

5. El mundo es un don de Dios al hombre; se le dio para que a su vez lo transmita ulteriormente. Por esto el hombre es responsable también para con las generaciones de la humanidad que vendrán después de él. De esta manera la creación se vuelve herencia que cada generación debe transmitir a las generaciones futuras, a las que no la puede sustraer dilapidándola o gravándola con pesadas hipotecas. Éste es el punto crítico de nuestra situación actual: la creación saqueada y consumida se regenera sólo en parte, los recursos no son inagotables, el desarrollo no avanza de forma ilimitada, efectos colaterales de la forma actual de actuar dejan a menudo consecuencias sobre los siglos que vendrán. La responsabilidad del hom-

bre con la creación es responsabilidad para custodiar la heredad y no para dejar tras de sí un desierto en lugar de un jardín. Mi mundo es tu mundo; por esto debemos actuar seriamente, en primer lugar respecto de la gran parte de la humanidad que hoy tiene insuficientes posibilidades de vida y de desarrollo; por esto debemos actuar seriamente también con vistas al futuro de la humanidad.

El «mundo que vendrá»

6. Por seria que sea nuestra responsabilidad para con la creación, su futuro va más allá de nuestra fuerza para modelarla o destruirla. Dios no creó el mundo como un episodio, de manera que volviera a caer nuevamente en la nada. No sólo creemos en la inmortalidad del alma espiritual del hombre, sino que «esperamos la resurrección de los muertos y la vida del mundo futuro» (del «Credo»). Más allá de toda la transitoriedad de este mundo, Dios nos ha prometido un cielo nuevo y una tierra nueva (cfr. Apoc 22, 1). Tal es el valor que nuestro mundo tiene a los ojos del Creador. Pero si así es, no nos puede ser indiferente tampoco el futuro *histórico* de nuestro cosmos. Estamos obligados a respetar su consistencia y su plenitud como un don de Dios para nosotros y para todos. No podemos causar el fin del mundo:

es una tarea que compete sólo a Dios al igual que su acabamiento. Pero tarea nuestra es dominar y proteger al mundo de manera que sea verdaderamente digno de la esperanza.

Vivimos a la luz de las palabras del Apóstol: «También la creación debe ser liberada de la esclavitud de la corrupción, para entrar en la libertad de la gloria de los hijos de Dios» (Rom 8, 21).

Origen, centro y acabamiento de la creación

7. La concepción cristiana de la creación y la relación del cristiano con ella tienen su centro en Jesucristo. Él es la Palabra en la cual todo fue creado, el modelo divino original de la creación. Pero Él no se quedó en una idea eterna, situada por encima de la historia, sino más bien se coloca dentro de ella. En Él Dios hace suya la creación. A partir de la encarnación del Hijo de Dios, el mundo forma parte para toda la eternidad de la vida de Dios. Ciertamente el Hijo de Dios asumió nuestra naturaleza humana para salvarnos, pero no desiste de ella una vez llevada a cabo la obra de la salvación. Quiere ser y seguir siendo lo que nosotros somos, su cuerpo y su alma no son sólo un instrumento. En sus fatigas y sufrimientos se situó en las mismas condiciones bajo las cuales debemos vivir, obrar y par-

tir de este mundo. En sus prodigios y milagros, principalmente en la resurrección, nos reveló a qué gloria está llamada la creación. En su cruz la caducidad y la finitud encuentran su transformación y reconciliación; en su exaltación se inició ya la culminación del hombre y del cosmos. El alegre mensaje de la creación de Dios se mantiene, recapitula y supera en el alegre mensaje de Jesucristo. No hay motivo más profundo, medida más radical y confianza más grande para la tarea del hombre sobre la creación que Jesucristo mismo.

III. ¿Dónde se vislumbra un camino?

Una espiritualidad de nuestra relación con el mundo

1. En apariencia nos hemos alejado mucho de las tareas concretas que nos plantean la crisis de las materias primas, del ambiente y de la energía. ¿O tal vez el remitirnos al alegre mensaje de la creación y a Jesucristo, en el que el Creador y la creación se encuentran, puede indicarnos un camino? Ciertamente no podemos obtener directamente de la revelación de Dios respuestas aisladas a cada uno de los problemas. Pero quizás hay alguna otra cosa, a primera vista poco aparente y necesaria:

una espiritualidad de nuestra relación con el mundo. Por ella podemos esperar una indicación de un itinerario para remitirnos a las fuentes de nuestra fe. En el ámbito de esa espiritualidad, por lo demás, emergen algunos datos para un comportamiento moralmente responsable en las cuestiones concernientes a las materias primas, el ambiente y la energía.

Dos términos fundamentales: aceptación y respuesta

Nosotros no somos creadores, sino más bien criaturas. Querer ser soberanos autónomos, como Dios, es la forma original del pecado. No podemos, por así decir, erigir a partir de cero nuestros deseos y nuestras ideas como medida última de las cosas. Ser libres significa para nosotros aceptar la libertad y con ella las condiciones que la preceden. El Creador nos hace participar de su libertad creadora. Debemos tener el valor de desarrollarla, que presupone el valor de recibirla y acogerla como don de Dios. Una espiritualidad de la relación cristiana con el mundo se nutre así de dos términos fundamentales: aceptación y respuesta.

Pongamos en evidencia algunos ejemplos de lo que esto significa:

Hay que aceptar las relaciones fundamentales propias del ordenamiento de la creación. De ellas

forman parte la prioridad del hombre sobre las cosas, pero también la indispensabilidad de las cosas para el hombre. De ellas forma parte también la aceptación de una responsabilidad amorosa para con el mundo de las plantas y de los animales; los animales son animales y no simplemente un medio para la alimentación, objeto de explotación o mercancía; el paisaje es paisaje y no simplemente campo para nuestros proyectos.

Hay que aceptar el hecho de que debemos renunciar a nuestras pretensiones y posibilidades y que debemos compartir con los demás, para que todos vivan y se desarrollen de una manera digna del hombre.

Hay que aceptar el hecho de que no podemos programar y cambiar el patrimonio fundamental del mundo de manera que se restrinjan anticipadamente, de forma esencial, las condiciones de partida para la vida y la libertad de las generaciones futuras.

Hay que aceptar el hecho de que la renuncia no es sólo algo negativo, sino el precio para hacer realidad nuestra libertad. Quien quisiera ser, tener, hacer todo al mismo tiempo, se encontraría al final descontento y con las manos vacías.

Nuestra libertad es la libertad de elegir responsablemente entre las diversas posibilidades y esto incluye también la renuncia.

Hay que aceptar el hecho de que, aun con todas las intervenciones justificadas contra los dolores y las limitaciones, dolores y limitaciones forman parte de manera esencial de nuestra vida. El dolor no es sólo una disminución, puede también purificar, profundizar, transformar.

Hay que aceptar el hecho de que todo el actuar humano histórico es provisional y no puede excluir los riesgos, incluso y precisamente esos riesgos que proceden del uso y abuso de la libertad del hombre. Decir sí a la libertad significa también decir sí a la libertad de los otros, que viven con nosotros y después de nosotros y colaboran también ellos a plasmar este mundo.

Hay que aceptar el hecho de que hombres de otras culturas y tradiciones tienen el derecho de recorrer sus propios caminos para plasmar el mundo del futuro, sin que podamos hacerles de tutores con los criterios y las experiencias de nuestra civilización técnica. Sino que, por el contrario, esto significa también darnos a nosotros mismos la oportunidad de aprender de las experiencias y los valores de otras culturas y tradiciones.

Hay que aceptar con gratitud, como don de Dios, a nosotros mismos, a los otros y al mundo. Pero esto exige de nosotros que «nos agrademos» a nosotros mismos, que nos agraden los demás,

que nos agrade el mundo; que nos pronunciamos a nosotros mismos con amor el sí amoroso de Dios para con nosotros, los demás, el mundo. Ese sí que, según el ejemplo de Jesús, deben experimentar sobre todo los que son más pobres, más débiles, los marginados.

Hay que aceptar recibir el mundo como don: esto nos da también a nosotros un nuevo amor por el mundo y por las criaturas. Éstas se vuelven para nosotros valiosísimas, se hacen un don para regalar a los demás, un signo y un símbolo de la bondad de Dios.

Un comportamiento semejante de aceptación, de decir sí, tiene consecuencias no sólo para cada quien en particular, sino también para las estrategias que hay que desarrollar en la política, la economía y en la técnica.

Otros términos fundamentales: «ser libres de», «desprenderse de»

Otros términos para la espiritualidad de la relación cristiana con el mundo son: «estar libre de», «desprenderse de». Pablo exhorta a la comunidad de Corinto con estas palabras: «Los que sacan provecho de este mundo deben vivir como si no lo estuvieran sacando, porque este mundo que vemos ha de terminar» (1 Cor 7, 31). Nos recuerda que nuestro futuro terrestre no continuará indefinidamente, sino que espera-

mos al Señor que viene y en cada momento debemos vivir para Él. Quien espera este futuro último y toma en serio la transitoriedad del futuro que es simplemente histórico, logra adoptar una actitud desprendida que no es indolencia, un desapasionamiento que sabe valorar con realismo tanto las ocasiones favorables como los peligros de nuestra situación.

Las cuatro «virtudes cardinales»

Quienes sacan provecho del mundo como si no lo sacasen (cfr. 1 Cor 7, 31), lo utilizan de manera que pueda ser bueno y hermoso también el día de mañana. Efectivamente, está igualmente libre tanto de la obligación del simple consumo como de la de la simple renuncia. Consigue nuevamente esas virtudes que ya desde hace mucho tiempo han sido consideradas como normativas para la edificación del mundo: las virtudes principales o virtudes «cardinales», templanza y prudencia, fortaleza y justicia. Templanza: no tiro las cosas, no las desperdicio, pero tampoco las ahorro ansiosamente al punto de que los demás y yo mismo no podamos ya vivir. Prudencia: tengo presente el mañana y adquiero así el criterio para soluciones practicables en el momento oportuno. Fortaleza: no me dejo abrumar por las preocupaciones y los temores, por el peso

dominante de las situaciones o de la opinión común, sino que adopto una actitud firme, en la confianza que me sostiene, en la responsabilidad que me compromete. Justicia: no pienso sólo en mí, sino en todos; hago justicia a los que viven hoy y a los que vivirán mañana, pero la hago también a las cosas; esto es, dejo que sean lo que son a partir de la voluntad creadora de Dios.

El espíritu de los «consejos evangélicos»

Quien espera al Señor que viene, está vigilante. Y sólo quien está vigilante ordena cuidadosamente la casa de este mundo y de este tiempo. Quien entrega incondicionalmente al Señor su futuro, se hace capaz de plasmar también su futuro terreno. ¡Cuánto han contribuido, en todas las épocas de nuestra historia cristiana, al futuro de la cultura precisamente las órdenes religiosas! Por tanto, precisamente esas comunidades que viven basándose en los consejos de Jesús transmitidos por el Evangelio, los llamados «consejos evangélicos» de la pobreza, de la obediencia y de la castidad. Estos consejos son la expresión más radical para entregar a Dios el futuro, para renunciar a las posibilidades terrenas por amor de Dios que es el que basta y que nos da todas las cosas. En la superficie la conciencia moderna tiene generalmente

poca comprensión por tal forma de vida. Y sin embargo ésta nos interpela a cada uno de nosotros. Ciertamente, sólo un determinado número de personas está llamado a vivir a la letra, como un ejemplo para nosotros, los consejos evangélicos en un vínculo comunitario que dura cuanto dura la vida. Pero su espíritu es el espíritu del Evangelio mismo y éste es vinculante para todos.

¿Qué significa esto?

Espíritu de pobreza: estar libre de pretensiones y necesidades que metemos en la cabeza o que dejamos que se nos metan. El valor de poner en primer lugar la palabra «nosotros» en vez de «yo», el valor de compartir, de poseer y utilizar los bienes de este mundo los unos para los otros y los unos con los otros. Descubrir la libertad para la cual es valioso y rico lo poco más que lo superfluo, que suscita tedio.

Espíritu de obediencia: no hacerse esclavo de las propias expectativas, de los propios proyectos de vida, sino más bien ponerse a escuchar el llamado de Dios, de los demás hombres, pero también de las otras criaturas.

Espíritu de castidad: saber que posibilidades ofrecidas, «dadas» no son posibilidades perdidas; por el contrario, a menudo son premisa para una fecundidad espiritual y

eclesial y para un compromiso más libre al servicio de los demás. Adquirir ese sentido de la belleza de lo que no toco y no uso.

Espiritualidad de la acogida, de la respuesta, del ser libre y estar desprendido, de las cuatro virtudes cardinales, de los tres consejos evangélicos: no es posible describir aquí con amplitud cómo se desarrolla esto en los detalles. Pero ¿no valdría quizás la pena meditar sobre estos impulsos como particulares, en comunidad, grupos o círculos; entre quienes por responsabilidad cristiana se comprometen en la política, en la economía, en la técnica; entre cuantos están preocupados por el futuro de nuestro planeta y se preguntan de qué modo deberían contribuir eficazmente a una nueva actitud ante la vida, a un estilo de vida?

Indicaciones para algunas cuestiones urgentes

2. El alegre mensaje de la creación, espiritualidad de la relación cristiana con el mundo: esto exige de nosotros aceptar los datos fundamentales del ordenamiento de la creación. De esto no se deriva directamente un proyecto de política energética o ecológica. A parte, no sería tarea de los obispos elaborar un programa semejante. Sin embargo, es necesario sin más precisar algunas consecuencias importantes que la política, la

economía y la técnica no pueden descuidar en sus programas.

Protección de las especies

Tenemos la obligación de conservar en toda su riqueza el patrimonio fundamental de la creación. Ciertamente, el hombre se ve obligado, y en esto está justificado, a vivir de los recursos de esta tierra, incluso de las plantas y de los animales. A diferencia del hombre en cuanto ser personal, las plantas y los animales no tienen un derecho intocable individual a la vida. Pero la multiplicidad de las especies del mundo vegetal y animal forma parte de ese patrimonio fundamental de la creación que el hombre debe proteger, en cuanto dominador y constructor de este mundo.

Aquí no se trata simplemente de salvaguardar a ejemplares en particular, algo así como el Arca de Noé, en el que el hombre protege a un residuo de la creación de un diluvio causado por él mismo. No, las especies vegetales y animales necesitan un espacio vital en el que desarrollarse.

El ser viviente debe poder vivir, no sólo para la utilidad y beneficio del hombre, sino también para la belleza de la creación, simplemente para vivir y existir. La naturaleza es de por sí siempre dispensiosa.

Quien se interroga sólo desde el punto de vista de la utilidad, con mucha frecuencia se enfrenta sin darse cuenta y sin que lo quiera contra este mismo criterio.

Respeto por los animales

Nosotros los hombres tenemos derecho a pretender los servicios y la vida de los animales. Sin embargo, no se puede aceptar que unos animales, que son seres sensibles, sean atormentados y matados sin un motivo serio, por ejemplo sólo por diversión o para producir artículos de lujo.

No limitarse al problema energético

La preocupación por el futuro de nuestra creación no se limita a la preocupación por asegurar la energía necesaria y la de los efectos perjudiciales o peligrosos acompañan a la producción de energía. El punto es más bien el ambiente vital para el hombre y el resto de las criaturas en todo su conjunto. En un proyecto global de crecimiento y de desarrollo entran a formar parte necesariamente también estos objetivos: limpieza y regeneración del aire y de las aguas, respeto y conservación del paisaje. Los programas políticos, económicos y técnicos deben tener en cuenta todo esto.

Algunas máximas para los problemas relativos a la producción de energía

No obstante, el problema sobre cómo procurarse energía y sobre cuánto consumir, ocupa un lugar central. Pero también éste sería considerado en una perspectiva demasiado reducida, si nos limitamos a la alternativa: ¿energía atómica u otros tipos de energía? Toda forma de obtener energía debe estar controlada en sus repercusiones para el hombre y las condiciones de vida en esta tierra. Sería miope poner de relieve sólo los peligros que se temen con la producción y el uso de energía atómica y no ver los que van aparejados a otras maneras de procurarse energía. Ciertamente, no se debe aceptar que debido a una falta de energía se minen las posibilidades de vida precisamente de esa parte de nuestra humanidad que está menos desarrollada. No podemos sacrificar el presente para asegurar el futuro de la humanidad. Pero tampoco podemos negar nuestras obligaciones respecto del futuro de la vida, para evitarnos víctimas incómodas en el presente.

La permisividad de la producción y aprovechamiento de energía atómica depende de las mismas condiciones que los demás tipos de energía.

Por un lado, toda tecnología comporta peligros y efectos ineducados de dimensiones limitadas.

Sigue siendo tarea urgente de la técnica, de la economía y de la política hacer lo posible para circunscribir ulteriormente y hacer controlables tales peligros y efectos. Junto con los métodos para obtener energía hay que desarrollar de cuando en cuando métodos que excluyan o bloqueen lo más ampliamente posible efectos colaterales y repercusiones perjudiciales.

Por otro lado, no es posible promover formas de obtener energía que acarrearán serios peligros que amenazaran la vida de la humanidad como consecuencia de posibles incidentes o futuros efectos colaterales. No hay ningún motivo que justifique excepciones a esta regla. Sin embargo esta regla como también las sucesivas podrá ser eficaz solamente si todos los Estados se atienen estrictamente a ella.

Aun cuando encontremos caminos moralmente aceptables para la producción y aprovechamiento de la energía atómica, no deja de desconcertar el que nos fijemos únicamente en un tipo de energía en nuestros proyectos a largo plazo.

Mejor más caminos, integrándose entre sí, que el desarrollo de un sólo camino, que durante mucho tiempo fijaría tecnológicamente el futuro de vastas partes de la humanidad, sustrayendo a las futuras generaciones las posibilidades de decidir sobre su propio porvenir. Mejor una multiplici-

dad y una variedad de caminos para producir energía, porque de esta manera seguirá habiendo la posibilidad de autonomía y de hacer correcciones.

La política ambiental y energética están unidas a muchos otros problemas de la humanidad, por ejemplo el derecho de todos los pueblos a la vida y al desarrollo, la batalla contra el desempleo. Sin embargo no se puede renunciar a las exigencias antes indicadas debido a esta vinculación. No es posible pretender resolver una dificultad abriendo otra. Una política que tenga como compromiso primario la vida y el desarrollo de todos es la mejor ayuda para practicar estas actitudes que son indispensables para una relación responsable con la energía y con el ambiente y para el futuro de toda la humanidad.

Somos responsables no sólo del contenido de las decisiones que hay que tomar, sino también de la forma como se preparan, adoptan y aceptan. Es cosa de preguntarnos con preocupación si en la discusión cada parte expone abiertamente sus propios motivos y las razones que las apoyan con objetividad y sinceridad. Sería miope afirmar el interés propio, sin tener en cuenta los intereses y los puntos de vista opuestos. Suspicias y fanatismos, el uso de medios diversos de los argumentos referidos al tema bloquean no sólo la

respuesta a las preguntas planteadas, que ya se ha hecho urgente e imprescindible, sino que envenenan también el clima de la sociedad y hacen en conjunto más difícil afrontar con responsabilidad común las tareas del futuro común.

Importancia de cada uno en particular

Es cierto que un comportamiento parsimonioso y responsable no puede resolver el problema global de la energía y del ambiente. Y sin embargo, algo decisivo para el futuro de la humanidad entera depende también de cada uno de nosotros. Sólo si cada quien en su ámbito de vida se hace cargo de lo que es objetivamente necesario para toda la humanidad, sólo si cada uno de nosotros aprendemos en interés de los otros a «vivir de forma diferente» de la que tal vez podríamos prometernos, hay la esperanza de que esos programas políticos, técnicos y económicos, sean los mejores para un futuro del hombre en libertad y sin miedos inútiles.

La compleja situación de quienes tienen que decidir

Es bastante fácil exponer los requerimientos que acabamos de exponer, cuando nos colocamos en el terreno aparentemente neutral de los valores fundamen-

tales humanos. Pero este campo no es neutral. Es el ámbito que debe sostener el actuar responsable también de aquellos que ocupan los puntos de mando en el campo político, económico y técnico. Conocemos en qué situaciones difíciles pueden llegar a encontrarse los que no toman a la ligera sus decisiones.

A menudo los principios fundamentales no conducen al punto emergente de cada problema y tampoco los datos, que los expertos deben evaluar, proporcionan aún un panorama claro; además, no raramente el tiempo urge y, consiguientemente, el posponer una decisión está tan igualmente grávido de responsabilidad como el actuar equivocadamente.

En estos casos, todos nosotros no deberíamos pretender saber más, sino compartir la responsabilidad en proporción a nuestras fuerzas.

No obstante lo cual, nosotros, los obispos, no podemos eximirnos de apoyar con claridad los principios antes enumerados. Por otra parte, debemos guardarnos de proporcionar consejos que no entran en las competencias de nuestra misión específica. Por esto nuestra colaboración es limitada, pero estamos convencidos de que puede ayudar a encontrar un camino que lleve más allá.

El símbolo de la Eucaristía

3. Como cristianos experimentamos en el mismo punto el lazo de unión más íntimo entre el Dios que ama y la creación amada por El. Este punto es la Eucaristía. En ella el don precedente de la creación y la obra prestada por el hombre trascienden nuestro tiempo histórico y llegan a ese futuro sin fin que Dios nos ha prometido. Llevamos al altar «los frutos de la tierra y del trabajo del hombre». Bajo las figuras del pan y del vino, el Señor nos hace partícipes de sí mismo, de su amor salvífico, de su entrega hasta la muerte, pero también de su vida indestructible, su vida pascual repleta de gloria. ¿No es acaso la Eucaristía la expresión más elevada de lo que se refiere también a nuestra existencia cotidiana, nuestras decisiones ahora tan urgentes y difíciles, para el futuro de la humanidad y de nuestra tierra? No debemos querer un mundo producido y proyectado exclusivamente por el hombre, que nos haga independientes del don divino de la creación. No debemos descuidar el don divino de la creación, sin asumirlo en la protección y en el control que ejercemos gobernando y plasmando el mundo. Hacer nuestra obra en el respeto al don de Dios como expresión de ese amor que Cristo nos demostró y que a nuestra vez debemos demostrar al mundo: he

aquí nuestra tarea. Y si nosotros lo aceptamos con humildad y al mismo tiempo con valentía, este mundo nuestro puede convertirse en signo que trascienda a sí mismo e indique ese futuro y esa vida que Dios quiere darnos a nosotros y a toda su creación.

(De *Almas y Cuerpos* 1989; 145: 569-588).

II

Declaración de los obispos de Bélgica después del voto sobre la ley que despenaliza el aborto

Nuestro Parlamento acaba de votar una ley que despenaliza, casi ilimitadamente, el aborto. En nuestro país los niños concebidos no tendrán de ahora en adelante ninguna protección legal dentro de las primeras doce semanas de su existencia. Y, después de este periodo, algunos de ellos correrán el riesgo de ser eliminados antes del nacimiento.

Nosotros hemos reaccionado inmediatamente para manifestar nuestra condena y nuestra inquietud.

No podemos permitir que nuestro silencio se interprete como una rendición o como un asentimiento. Como hemos dicho más veces, queremos profundizar ahora nuestra toma de posición, tanto doctrinal como pastoral, a la luz de esta nueva situación. En cuanto obispos, tenemos el derecho de pronunciarnos sobre las consecuencias de determinadas decisiones políticas sobre todo cuando están en juego los derechos fundamentales de la persona y de la familia.

Para no sustraernos a la misión recibida del Señor Jesucristo no podemos en ningún caso eximirnos de expresar nuestro parecer.

1. Una ley inaceptable

Conscientes de nuestro deber para con la sociedad y de la misión profética de la Iglesia respecto del mundo, debemos reafirmar una vez más que la ley que ha sido votada es una ley injusta. Nunca podremos estar de acuerdo, nunca podremos aceptar el hecho de que el legislador, en nombre de la libertad individual, llegue a sacrificar el derecho a la vida de un ser humano indefenso. Debemos decirlo claramente: sobre este punto nuestro Estado ha cedido a la violencia. Ha aceptado que la voluntad del más fuerte lleve las de ganar sobre los derechos y las necesidades fundamentales del más frágil y más dependiente. Es éste

un paso hacia la degradación de la moralidad pública y del respeto hacia la persona humana. Tememos, además, que este paso sea seguido por muchos otros. Pensamos en este caso en los movimientos a favor de la eutanasia de los enfermos incurables y de las personas ancianas. Desde este paso se llegará, como lógica consecuencia, a la supresión de los seres humanos minusválidos.

Una vez violado el principio del respeto fundamental de la vida de los inocentes, ¿nos podremos detener en este camino?

Es por esto que reiteramos con fuerza: la ley de la despenalización del aborto es una ley inaceptable. No honra a nuestro país, y esperamos firmemente que en el futuro el legislador revise sus posiciones.

La práctica en los países vecinos

Se nos dirá que nuestro país no ha hecho otra cosa que seguir el ejemplo de la mayoría de las naciones que nos rodean.

Pero ha seguido justo el ejemplo de los más reprobables. Nuestra legislación llega mucho más allá que las otras, puesto que, durante los tres primeros meses del embarazo, atribuye al sólo querer de la madre el poder de vida y de muerte sobre su niño.

Lo que resulta más inquietante es el hecho de que en la mayoría de los Estados ya hay quien se pre-

gunta sobre los daños que tales leyes acarrearán a la sociedad.

Es nuestro deber ahora, entre las varias contradicciones de nuestra sociedad, suscitar una en particular.

Por una parte, la sociedad exige y legítimamente multiplica los esfuerzos para el progreso de la calidad de la vida humana, reclama una carta de los derechos se mate a tantos seres humanos concebidos apenas. Esta contradicción es un factor inquietante para el futuro de nuestra sociedad. ¿Qué será de ella si se arranca del ánimo humano el espíritu de acogida de la vida?

Democracia y vida privada

Un argumento aún más insidioso es aquél según el cual una buena democracia debe limitar la intervención de la autoridad pública en la vida privada del ciudadano.

Debe promover la libertad de las personas y no sustituirlas. La nueva ley obedecerá precisamente a este imperativo.

Pero el ejercicio de la libertad tiene sus límites.

La libertad del individuo encuentra sus límites en los derechos fundamentales de los demás, en primer lugar en su derecho a la vida.

El acto de un individuo no puede suprimir voluntariamente la vida

de otro. Una democracia auténtica debe proteger firmemente el derecho a la existencia de cada uno.

La ley no obliga a nadie

Se hace notar que la ley no obliga a nadie a recurrir al aborto y que, en este sentido, respeta las convicciones filosóficas y religiosas de los ciudadanos, limitándose —se hace observar— a despenalizar el aborto en determinadas circunstancias y condiciones.

No nos dejemos engañar. De hecho la ley lleva a una liberalización casi total del aborto.

Es muy cierto que no obliga a nadie. Pero no se pueden minimizar las repercusiones de una toma de posición del legislador sobre la mentalidad colectiva.

¿Cuántos es-tarán tentados entonces de decir: «El aborto no ha de ser a fin de cuentas tan grave cuando el Estado ha decidido no castigarlo ya»?

II. Llamado a todos los defensores de la vida

Las situaciones trágicas. ¿«El mal menor»?

Bien sabemos que pueden existir situaciones particularmente trágicas y dolorosas por razones médicas, psicológicas y sociales.

Médicos y personalidades de alto valor moral y social son asaltados por la duda. En el conflicto entre los deberes y los valores están tentados de aceptar y justificar el aborto como un mal inevitable pero menos grave que los otros, que hay que prevenir.

No podemos compartir esta opinión. Pues pierde de vista la gravedad de matar a un inocente. Esto no le compete al hombre.

Sea desde el punto de vista social como individual es siempre más nocivo que el mal al cual se quiere poner remedio. Estamos obligados una vez más a repetirlo: conceder a algunos miembros de la sociedad el derecho de eliminar a su semejante inocente, significa poner en discusión el fundamento mismo de la vida social y el estado de derecho.

Desde el punto de vista individual no hay que olvidar las dificultades y las angustias de las mujeres embarazadas y, en su caso, incluso las del cónyuge, de la pareja o de su ambiente, para ayudarlos a superar el obstáculo que estas mujeres tienen en frente. La criatura concebida y luego abortada, al perder la vida, pierde todas sus posibilidades. Recordemos que cuando la vida de la madre y/o del hijo estén en peligro, se deben llevar a cabo todos los actos médicos que, por su naturaleza y en la intención del médico, lleven a la salvación de la vida en peligro

incluso si estos actos comportan algún riesgo, no querido y no deseado, y que se tratará de evitar por todos los medios disponibles.

Llamado a las mujeres que esperan un hijo y a su ambiente

Nos dirigimos ahora a todas las mujeres que esperan un hijo que no han deseado. Según la ley compete sólo a ellas la decisión sobre la supervivencia de su niño. Nadie será capaz nunca de entender cuál será su angustia sobre todo si su hijo es minusválido. Nosotros les pedimos considerar el estado de angustia aún mayor de ese hijo al que impedirán venir al mundo.

Se dice a menudo que un niño no deseado no podrá tener una vida feliz. Su felicidad depende en buena medida de la acogida que sepan reservarles sus padres pero también de la ayuda y de la comprensión que encuentre en su familia y entre sus amigos.

La decisión de la mujer está demasiado a menudo condicionada por la actitud de su marido y por la del ambiente familiar y social.

Otro fallo de la ley recientemente aprobada es el de ignorar completamente el ambiente que rodea a la mujer encinta y sobre todo las responsabilidades y los derechos del padre del niño.

Nos dirigimos, por tanto, de modo particular a todas esas per-

sonas para invitarlas a tomar conciencia de sus deberes y ayudar a la madre a aceptar a su hijo.

Llamado a los médicos y al personal médico

Sentimos el deber de dirigirnos también a los médicos a los que la ley atribuye una función muy especial. Con motivo de su profesión ellos están al servicio de la vida. Tienen la grave obligación de servirse de la objeción de conciencia que la ley les reconoce así como la reconoce a las enfermeras, a los enfermeros y al personal médico auxiliar. Que se guíen por una conciencia recta cada vez más informada sobre sus responsabilidades. Que puedan, en el respeto a su paciente y al hijo que lleva en su seno, ayudar a las futuras madres a acoger generosamente una nueva vida.

Llamado a toda la sociedad

Todas las anteriores exhortaciones corren peligro de quedar en gran parte infructuosas si no encuentran apoyo en una nueva ética de la sociedad. Todo nuestro ambiente social es el que debe reconquistar la conciencia de su responsabilidad respecto del niño que debe nacer y debe esforzarse por crear un clima más favorable para acogerlo. Debemos cuidar de las mujeres en dificultades y de las

jóvenes madres solteras, dedicar todo nuestro empeño a los niños minusválidos y asegurarles nuestro afecto y unas condiciones de vida dignas que favorezcan su desarrollo. Debemos rodear a los padres de una solicitud delicada y eficaz, que los ayude a llevar el peso de la prueba. Todos estamos llamados a una gran solidaridad y a participar en este esfuerzo común.

Es cierto que el compromiso individual o privado no puede ser suficiente cuando se trata de combatir las causas que inducen al aborto. La autoridad pública debe poder sostener y organizar una solidaridad positiva con la adopción de las medidas políticas y sociales que necesitan los diversos sectores interesados; esto presupone la creación de estructuras indispensables y al mismo tiempo su financiamiento. Nos atrevemos a esperar que el Estado no retrocederá ante las necesidades de este objetivo prioritario: salvaguardar la vida humana.

Para una correcta concepción del amor sexual

Estas medidas de carácter social corren peligro a su vez de quedar sin eficacia si los individuos y las parejas modifican su comportamiento sexual en la vivencia cotidiana. El amor sexual es uno de los

mayores componentes de la vida humana. Es una de las fuentes más profundas de gozo que los hombres pueden experimentar pero es también la fuente de uno de los deberes más importantes que tienen. Sólo dentro de una vida conyugal auténtica, vivida en el compromiso de la fidelidad y abierta a la fecundidad, el amor sexual puede encontrar su auténtico sentido humano.

Llegados a este punto no podemos pasar por alto nada: la permisividad, la licenciosidad, que reina hoy en este campo están en el origen de muchas de las tentaciones que llevan al aborto. Se toma este abuso como el desarrollo de una libertad auténtica. Si se quiere llegar a una vida común equilibrada y feliz hoy se requiere que cada uno aprenda a dominarse en la vida de cada día. El florecimiento del amor conyugal sólo a este precio se obtiene.

III. Llamado a nuestros hermanos y hermanas cristianos

Volvemos ahora a vosotros, hermanos y hermanas en la fe cristiana. Nos damos cuenta de que las convicciones cristianas serán de ahora en adelante puestas a más dura prueba por una sociedad en la que aumenta cada vez más la permisividad y la superficialidad. Los cristianos son cons-

cientes de la gravedad de un aborto provocado. Este acto es tan grave que la Iglesia considera a los que colaboran efectivamente y directamente en el aborto automáticamente excluidos de la comunidad eclesial.

Hermanos y hermanas, vosotros creéis, al igual que nosotros, que el amor conyugal es una manifestación de la ternura que Dios tiene para con los hombres. A este amor Él confía la tarea de engendrar y criar a los niños llamados a la alegría. Cada uno de ellos es una imagen única e irrepetible de Dios nuestro Padre. Dios espera que los ayudéis a vivir con un poco de amor. No os sustraigáis a este llamado.

Nosotros no podemos prometeros que siempre será fácil seguir este llamado y pensamos de modo particular en aquellos que esperan un hijo sin haberlo deseado, en los padres frente al nacimiento de un hijo minusválido o que se encuentran en una situación que difícilmente les permite afrontar un nuevo nacimiento.

Como vosotros, también nosotros somos sensibles a todos los sufrimientos y nos esforzamos por estar junto a todos cuantos pasan por esta prueba. Los recordamos en nuestras oraciones y pedimos al Señor que les conceda a todos la fuerza necesaria.

Estamos seguro de esto: Dios que os ama y que necesita de voso-

tros os dará día con día esa fuerza. Que esta convicción os dé el valor para resistir a todas las presiones sociales. El testimonio de los cristianos es hoy más que nunca un signo profético de que el amor es capaz de superar todas las dificultades y todas las violencias.

¿Y la misericordia?

Ciertamente también nosotros los cristianos debemos reprocharnos incomprendiones y durezas frente a los casos más trágicos. Y entonces se nos pregunta: «¿Dónde está vuestro Dios de misericordia?».

Digamos en seguida que nosotros no juzgamos la conciencia personal de aquellos que recurren al aborto, ni de quienes lo alientan y lo consienten.

Pero es nuestro deber decirles que sus actos son incompatibles con las exigencias del Evangelio. Por otra parte, la conciencia personal es el secreto de Dios, el que sólo puede juzgarnos y que siempre es más grande que nuestro corazón. Por esta razón nosotros insistimos en que no nos abandonemos a la desesperación y repetimos a todos los pecadores que Dios ofrece siempre su ternura misericordiosa. Y —debemos recordarlo— la misericordia que nosotros tengamos para con nuestro prójimo, especialmente el más pobre y el más débil, reclama la misericordia de Dios para con nosotros.

Éste es precisamente el mensaje de Jesús Nuestro Salvador. El acogió y perdonó a todos los pecadores pero les pidió cambiar de vida. El mal sigue siendo el mal. La misericordia de Dios no borra esta verdad ni su santidad. Nuestra Iglesia, nosotros con el sello de Cristo, tanto fieles como pastores, debemos testimoniar la fe en la verdad y en la misericordia de nuestro Padre celestial.

A Él compete, en última instancia, juzgar si somos personalmente dignos de su acogida.

IV. Directrices para las instituciones y las organizaciones cristianas

Queridos hermanos y hermanas: al término de esta declaración os pedimos que resistáis a la propaganda a favor de la interrupción voluntaria del embarazo. Hacedos guiar por vuestra fe y por vuestro profundo respeto por toda vida humana. Cuando hablamos de una necesidad de una acción social, este razonamiento vale, con mayor razón, para nosotros, organizaciones cristianas.

Éstas, más que las demás, deben movilizarse en un esfuerzo de acogida y de apoyo a las madres en dificultades, a los minusválidos y a los familiares que están pasando por esa prueba. No se trata sólo de una obligación moral de la caridad

de Dios que el Espíritu Santo difunde en nuestros corazones.

¿Sabremos o no dar testimonio creíble del amor del Padre del que tan a menudo hablamos?

Que la Iglesia de nuestro siglo pueda tener la misma inventiva que tuvo la Iglesia de los siglos pasados para acudir en ayuda de la miseria humana. Que pueda encontrar los medios para ayudar, sin atentar contra la vida humana, a las madres que se debaten en la desesperación y a los concebidos amenazados. Que pueda ser verdaderamente la fuente de la vida.

Hemos recordado ya la necesidad de contar con estructuras adecuadas. Por este motivo pedimos a todos los organismos y las instituciones que se declaran pertenecientes a la Iglesia y seguidores del Evangelio que colaboren en el esfuerzo común a favor de la vida.

Nos dirigimos particularmente a las instituciones hospitalarias. Que puedan rehusarse a procurar el aborto. Una práctica semejante es una contradicción manifiesta con su identidad cristiana. Que los responsables, los médicos y el personal, puedan organizarse para ofrecer todos los servicios necesarios para acoger y ayudar a las futuras madres y a sus hijos. Naturalmente, deberán destinarse a este fin recursos económicos nuevos. La vida de la infancia amenazada no tiene precio.

Este llamado está destinado también a todas nuestras organizaciones sociales. Que puedan multiplicar sus esfuerzos para que sea reconocido a la familia el justo valor dentro de nuestra legislación. Que puedan sus miembros llenarse de un espíritu de fe que devuelva la confianza en la vida, incluso en la hora de la prueba. Que puedan potenciar la ayuda a las madres desesperadas y a los niños cuya vida está en peligro o a cuantos son minusválidos.

Pedimos también que a los jóvenes se les imparta una educación sana. Que puedan los educadores ayudarlos, a través de su ejemplo y sus sugerencias ponderadas, a descubrir el sentido de las relaciones humanas, el valor de un amor adulto y de un armonioso desarrollo de sí mismos. Que podamos aprender la dignidad del amor conyugal y sus deberes. Que crezca en ellos la belleza y la grandeza del designio de Dios.

Hermanos y hermanas, estamos viviendo el tiempo de Pascua. Celebremos con alegría la fiesta de la Resurrección de Cristo y del triunfo de la vida sobre la muerte. Que pueda el Espíritu ayudarnos en el testimonio de nuestra fe y de nuestra esperanza a luchar por la victoria de la vida.

*Los obispos de Bélgica, mayo de 1990
(De L'Osservatore Romano, 16.5.1990).*

Jurisprudencia

*

Legislación internacional

Reino de Bélgica
F 90-854 3 de abril de 1990.
Ley relativa a la interrupción
del embarazo, modificando
los artículos
348, 350, 351 y 352
del Código Penal
y abrogando el artículo 353
del mismo Código

En nombre del Pueblo belga,
Nosotros, Ministros reunidos en Consejo,
Visto el receso del 3 de abril de 1990
comprobando que el Rey se encuentra
en la imposibilidad de reinar;
Vistos los artículos 25, 69, 79, párrafo 3,
y 82 de la Constitución;
Las Cámaras han adoptado y Nosotros,
Ministros reunidos en Consejo, sancio-
namos lo que sigue:

Artículo 1°

El artículo 348 del Código Penal se sustituye por la disposición siguiente:

«Artículo 348. El que, médico o no, por cualquier medio, tuviera intención de hacer abortar a una

mujer que no hubiera consentido en ello, será castigado con la reclusión. Si los medios empleados no hubieran surtido su efecto, se aplicará el artículo 52».

Artículo 2°

El artículo 350 del mismo Código se sustituye por la disposición siguiente:

«Artículo 350. Quien, mediante alimentos, brebajes, medicamentos o por cualquier otro medio hiciera abortar a una mujer que consintiera en ello, será condenado a reclusión de tres meses a un año y a una multa de cien a quinientos francos.

Sin embargo, no habrá infracción cuando la mujer encinta a la que su estado ponga en situación de peligro, haya pedido a un médico interrumpir su embarazo y que esta interrupción se haya practicado en las condiciones siguientes:

1° a) la interrupción debe intervenir antes del final de la duodécima semana de la concepción.

b) debe ser practicada, en buenas condiciones médicas, por un médico en un establecimiento sanitario donde exista un servicio de información que acogerá a la

mujer embarazada y le proporcionará informaciones circunstanciadas, especialmente sobre los derechos, ayudas y ventajas garantizadas por la ley y los decretos a las familias, a las madres solteras o no, y a sus hijos, así como sobre las posibilidades ofrecidas para la adopción del niño que va a nacer y que, a solicitud sea del médico o de la mujer, proporcionará a ésta una asistencia y los consejos sobre los medios a los que ella podría recurrir para resolver los problemas psicológicos y sociales planteados por su situación.

2º El médico solicitado por una mujer a fin de interrumpir su embarazo debe:

a) informar a ésta de los riesgos médicos actuales o futuros que corre en razón de la interrupción del embarazo;

b) recordar las diversas posibilidades de acogida del niño que va a nacer y apelar, si es el caso, al personal de servicio contemplado en el 1º, b), del presente artículo, para proporcionar la asistencia y dar los consejos que ahí se contemplan;

c) asegurarse de la determinación de la mujer de hacer practicar una interrupción del embarazo.

La apreciación de la determinación y del estado de embarazo de la mujer encinta que lleva al médico a aceptar intervenir, es soberana cuando las condiciones previstas en el presente artículo se respeten.

3º El médico podrá practicar la interrupción de embarazo, lo más pronto, seis días después de la primera consulta prevista y después de que la interesada haya expresado por escrito, el día de la intervención, su determinación para proceder a ello.

Esta declaración será integrada en el expediente médico.

4º Más allá del plazo de doce semanas, bajo las condiciones previstas en los 1º b), y 3º, la interrupción voluntaria del embarazo no podrá ser llevada a cabo sino cuando la continuación del embarazo ponga en peligro grave la salud de la mujer o cuando se ha comprobado que el niño que va a nacer estará afectado por una afección de una particular gravedad y reconocida como incurable en el momento del diagnóstico. En este caso, el médico solicitado se asegurará la colaboración de un segundo médico, cuyo parecer se adjuntará al expediente.

5º El médico o cualquier otra persona cualificada del establecimiento asistencial donde la intervención se haya practicado, debe asegurar la información de la mujer en materia de anticoncepción.

6º Ningún médico, ningún enfermero o enfermera, ningún auxiliar médico, está obligado a contribuir a una interrupción del embarazo.

El médico solicitado está obligado a informar a la interesada, desde

la primera visita, de su rechazo a la intervención».

Artículo 3

El artículo 351 del mismo Código se sustituye por la disposición siguiente:

«Artículo 351. La mujer que, voluntariamente, se haya hecho practicar un aborto fuera de las condiciones previstas en el artículo 350 será castigada con reclusión de un mes a un año y una multa de cincuenta a doscientos francos».

Artículo 4

El artículo 352 del Código se sustituye por la disposición siguiente:

«Artículo 352. Cuando los medios empleados a fin de hacer abortar a la mujer hayan causado

la muerte, el que los haya administrado o indicado con esta finalidad será condenado a reclusión, si la mujer consintió en el aborto, pero la intervención se hubiera llevado a cabo fuera de las condiciones definidas en el artículo 350, y a trabajos forzados de diez a quince años, si ella no hubiera consentido».

El artículo 353 del mismo Código queda abrogado.

Promulgamos la presente ley, y ordenamos que sea sellada con el sello del Estado y publicada en el *Moniteur Belge*.

Dado en Bruselas, el 3 de abril de 1990.

(Del *Moniteur Belge*, del 5.4.1990).

Noticiero

*

Seminario de estudio sobre «El nuevo código italiano de Deontología médica»

Roma, 15 de febrero de 1990.

En el ámbito de la ceremonia inaugural de las actividades didácticas de las Escuelas de Especialización de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica se llevó a cabo un seminario de estudio que abordó algunos aspectos del nuevo código italiano de deontología Médica, emanado de la Federación Nacional de la Orden de los Médicos el 19 de julio de 1989 (el texto fue publicado en *Medicina e Morale*, 5/1989).

Intervinieron como expositores el Prof. Angelo Fiori, director del Instituto de Medicina Legal, el Prof. MOns. Elio Sgreccia, profesor de Bioética y director del Centro de Bioética, el Prof. Francesco Raimondo, profesor de Deontología en la Escuela de especialización en Medicina Legal, todos ellos de la Universidad Católica. Introdujo los trabajos el presidente de la Facultad, Prof. Ermanno Mani, quien puso de relieve el significativo alcance ético de algunos artículos del nuevo Código deon-

tológico, en especial el artículo 5 —ausente en la anterior edición—, el cual constituye la clave de lectura del Código mismo: tarea del médico es la defensa de la vida, de la salud y el alivio del sufrimiento sin discriminación alguna, en tiempo de paz como de guerra.

El profesor Fiori subrayó que las continuas elaboraciones de los códigos deontológicos por parte de las diversas asociaciones profesionales indican la inquietud que está presente en la profesión misma, que se resiente de los cambios con frecuencia rápidos que se verifican en la ciencia biomédica y que están asociados a problemas de orden moral.

Sin embargo, los contenidos fundamentales del Juramento de Hipócrates siguen constituyendo la referencia constante y los diversos códigos no hacen otra cosa que precisar en detalle lo que, en esencia, está contenido ya en ese sumo juramento. Preciso, finalmente, que en el concepto de deontología deben considerarse, además de los aspectos estrictamente deontológicos, también los jurídicos y los morales inseparables de los primeros, constituyendo entre sí tres círculos que se entrecruzan sin nunca superponerse.

Monseñor Sgreccia abordó el tema particular de la ética y de la deontología en la asistencia al enfermo terminal. Hizo una comparación entre las indicaciones doctrinales que surgen de la moral personalista, así como se deduce de los documentos del Magisterio de la Iglesia católica al respecto, y los artículos del Código deontológico italiano, poniendo de relieve una sustancial coincidencia sobre todo por lo que se refiere al rechazo tanto de la eutanasia como del empeño a ultranza terapéutico y de asistir hasta el final al paciente respetando plenamente su dignidad.

Por último, particularmente interesantes en el plano práctico, resultaron las consideraciones del profesor Raimondo sobre la deontología profesional en el tema de la certificación y de la medicina del deporte. El certificado constituye una de las actividades más relevantes para todo médico representando el momento en el que la relación médico-paciente adquiere una expresión social con relevancia incluso en el plano económico y penal: de aquí la necesidad de que resulte siempre verídico y nunca complaciente.

Antonio G. Spagnolo

Reunión sobre «Culpa y vergüenza: aspectos socio-antropológicos,

psicológicos, psicopatológicos».
Arezzo, 18-19 de febrero de 1990.

La reunión fue organizada por la Facultad de Magisterio de la Universidad de Siena en colaboración con la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de los Estudios de Ancona.

En la primera jornada se trataron los aspectos socio-antropológicos. El Prof. Conci, de la Universidad de Siena, hizo una sintética y exhaustiva exposición sobre el mito y su trasfondo filosófico en la cultura griega, pre-jónica y jónica; el Prof. Dini, de la Universidad de Siena, abordó el problema de la culpa en relación con la transgresión dentro de nuestro sistema cultural; el Prof. Callieri, de la Universidad «La Sapienza» de Roma, tocó el problema de la culpa llamada «estructural», presente en lagunas graves enfermedades mentales, como la melancolía, no referible simplemente a una transgresión de normas éticas y sociales, sino entendida como problema existencial irresoluble que sofoca la dialogicidad de la existencia, paralizando al sujeto.

La última intervención de la mañana fue la del Prof. Castelfranchi del Instituto de Psicología del C.N.R., que planteó una serie de interrogantes sobre el significado social y psicológico de la vergüenza y de la culpa.

En la tarde se abordaron los aspectos psicológicos, con las intervenciones del Prof. De Domini y del Dr. Gocci de la Universidad de Siena, que aportaron un estudio sobre los conflictos personales y colectivos sobre la sensación de culpa y de vergüenza; del Prof. Perussia de la Universidad de Siena, que habló de la percepción de culpa y vergüenza en los fenómenos físicos; y del Prof. Bertino de la Universidad «La Sapienza» de Roma, que trató de los aspectos psicológicos.

En la segunda jornada se abordaron los aspectos psicopatológicos. Se sucedieron las intervenciones del Prof. Nardini de la Universidad de Siena sobre la confrontación ética en la relación terapéutica, del Prof. Pazzagli, de la Universidad de Florencia, que trató de culpa y vergüenza en la depresión, y de los profesores Giberti de Génova, Borsetti y Vetrone de Ancona.

Esta reunión tiene el gran mérito de haber reunido a estudiosos de diversas ramas de las llamadas Ciencias Sociales, psicólogos, sociólogos, psiquiatras y escritores, que durante dos días enfrentaron un tema importante tanto en la vertiente individual como colectiva, como es el concerniente al origen, evolución y trasfondo de los sentimientos de culpa y de vergüenza. Una importante aportación hicieron las experiencias clí-

nicas directas y los estudios personales de varios expositores.

Se abordaron ampliamente los problemas éticos anexos y relacionados con la culpa y vergüenza, entendida bien como «ética natural» (Perussia), o como problema ético de la educación de los individuos referido a la sociedad, o finalmente como ética profesional ligada al desempeño de la profesión de psicólogo, psicoterapeuta y psiquiatra.

Aunque estos diversos aspectos no fueran profundizados durante la reunión, se presentan como interesantes apuntes para una reflexión personal sobre un tema que presenta trasfondos a veces incluso inquietantes y plantea interrogantes que requieren una respuesta, respecto de una condición de sufrimiento presente en la experiencia de cada quien y no sólo en la de los enfermos de la mente.

Adelia Lucattini

Reunión Nacional sobre «La regulación natural de la fertilidad: recientes adquisiciones científicas e implicaciones socio-culturales»
Roma, 8 de marzo de 1990.

El jueves 8 de marzo se llevó a cabo en Roma, en el Auditorio de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, la Reunión Nacional

sobre «Regulación Natural de la Fertilidad: recientes adquisiciones científicas e implicaciones socio-culturales». La iniciativa, promovida por el Centro de Estudios e Investigaciones sobre la Regulación Natural de la Fertilidad, el Centro de Bioética, el Instituto de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Católica del Sagrado Corazón y la Asociación de Médicos Católicos Italianos, implicó la relevante participación de cerca de mil personas entre operadores sanitarios, de pastoral familiar, parejas, profesores y estudiantes.

La Reunión representó una propuesta concreta en el intento de superar algunas tensiones y contradicciones de nuestra sociedad, vinculadas a orientaciones culturales que interpretan la sexualidad desvinculada de finalidades éticas.

Para responder a esas exigencias, se hace cada vez más urgente recuperar algunas dimensiones de la persona, también a la luz de correctas informaciones científicas y de evaluaciones socio-culturales.

El Rector de la Universidad Católica, Prof. Bausola, y el presidente de la Facultad de Medicina y Cirugía Prof. Manni, abrieron la Reunión. La mañana se dedicó a la actualización científica, con la presencia de los doctores Billings, los esposos australianos que idearon uno de los más recientes y eficaces métodos naturales de

regulación de la natalidad, llegados a Roma, después de una entusiasta acogida en Bolonia, Parma y Florencia.

En la Reunión participaron, además, el Prof. Mancuso, director del Instituto de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Católica de Roma, y el Prof. Cortesi de Venecia.

Particular atención suscitó la presentación del «monitor ovárico» del Prof. Brown, de la Universidad de Melbourne, un *kit* «hazlo tú mismo» que individualiza en la orina los metabolitos de las hormonas ováricas, como indicadores de los ritmos de fertilidad. La prueba que puede representar una valiosa ayuda en algunas situaciones particulares, está, de todos modos, vinculada a los ritmos naturales, cuyo aprendizaje tiene un significado propio, más amplio que el simple aspecto técnico.

En la tarde la Reunión ofreció un eficaz estímulo de reflexión sobre las implicaciones socioculturales de la regulación natural de la fertilidad (RNF), con la intervención del Prof. Sgreccia, director del Centro de Biolética, de la profesora Cappella, directora del Centro de Estudios e Investigaciones sobre la Regulación Natural de la Fertilidad de la Universidad Católica y de Mons. Tagliaferri, obispo de Viterbo.

El Prof. Sgreccia hizo notar que la «revolución» cultural propuesta

con la RNF se aparta de la línea ideológica seguida por la llamada «revolución sexual», de las campañas antinatalidad y del abuso de las técnicas procreativas.

Propone, en efecto, el ejercicio de la sexualidad y de la responsabilidad procreativa no delegada en procedimientos externos, sino restituida a la persona y a la pareja.

Como consecuencia de la significativa extensión de los centros de enseñanza del Método Billings en Italia, el Centro de Estudios e Investigaciones ha advertido la exigencia de emprender estudios estadístico-epidemiológicos para obtener datos sobre la difusión del método, sobre la tipificación de las parejas que lo utilizan, sobre la aceptabilidad y aplicabilidad del método mismo.

La profesora A. Cappella, directora del Centro, presentó, a este propósito, algunos datos de demuestran la eficacia del método y el mejoramiento de la relación de pareja. Se advierte, últimamente, mayor atención a los métodos naturales por parte de los organismos internacionales. En especial, la Organización Mundial de la Salud, en el documento «Natural Family Planning» de 1988 solicitó la atención de los gobiernos para difundir la enseñanza de los métodos de RNF, conformando su eficacia y la validez en el plano educativo.

También el reciente documento episcopal de la Conferencia Episcopal italiana «Evangelización y Cultura de la Vida», de enero de 1990, solicita a la comunidad eclesial para que se comprometa concretamente en pro de que los jóvenes se formen en el respeto de la persona y los cónyuges se eduquen en la procreación responsable.

La RNF, fomentando la conjunción entre sexualidad y persona, propone una relectura de la sexualidad y de los signos en ella inscritos. El signo, en efecto, debe ser interpretado, porque su significado es más grande que el signo mismo.

Angela Maria Cosentino

Reunión sobre «La bioética: cuestiones morales y políticas para el futuro del hombre».

Roma, 29-31 de marzo de 1990.

En el Centro Nacional de Investigaciones de Roma se llevó a efecto la Reunión «La bioética: cuestiones morales y políticas para el futuro del hombre» organizado por el Centro de Estudios de Política.

Se discutieron los presupuestos de la reflexión bioética y los problemas planteados por la ciencia (en especial el estatuto del embrión, la experimentación, las tec-

nologías reproductivas y la muerte) en la perspectiva de conjugar las reflexiones teóricas con las propuestas de aplicación en el plano político.

El momento indudablemente más significativo del debate fue la confrontación entre frente «laico» y frente «católico» sobre los fundamentos de la bioética, contraposición explícitamente planteada desde la primera exposición del profesor Scarpelli, catedrático de Filosofía del Derecho en Milán y a continuación reiterada por los profesores G. Carcaterra, E. Lecaldano y S. Veca.

La ética laica se propone como una ética individualista, esto es, considera al hombre como ser autónomo capaz de autodeterminación, dentro de una cosmología evolucionista según la cual el mundo está regulado por el azar y la necesidad.

Las opciones éticas no se fundamentan en la «verdad», sino en la contingencia, en las opciones y en la utilidad. La ética católica, representada en la Reunión por las intervenciones del Prof. P. Valori (catedrático de Filosofía Moral en la Universidad Gregoriana de Roma) y del Prof. F. Compagnoni (catedrático de Teología Moral en la Universidad Santo Tomás de Roma), abierta a la Trascendencia, afirma el finalismo y se basa en el personalismo, es decir en la concepción del hombre como

persona querida y creada, única e irrepetible en su dignidad real e intangible.

El Prof. Scarpelli rechazó en su intervención el «camino de la Iglesia» remitiéndose al «camino de la razón» como única posibilidad para abordar las cuestiones bioéticas. Para el Prof. Scarpelli la Iglesia se identifica con los textos sagrados, las tradiciones y la autoridad que discrimina lo verdadero de lo falso y se preguntó cómo era posible proponer al hombre de hoy la fe, entendida como aceptación de «un conjunto de proposiciones sin sentido y de mitos desvelados y vaciados de significado por la ciencia».

Sobre esta afirmación, ofensiva para todos los científicos que han sido y son creyentes, es útil hacer dos observaciones: en primer lugar la Iglesia no hace una imposición dogmática de contenidos, sino que requiere una adhesión interior y consciente de la conciencia de cada cual a los contenidos mismos; en segundo lugar, el horizonte filosófico trascendente que puede justificar la «sensatez» y la racionalidad del finalismo y del concepto de persona es probable, además de por referencia a la religión católica, con la misma religión natural, esto es con argumentos racionales que demuestran filosóficamente la existencia de una Causa Primera de la realidad y el valor objetivo del acto moral.

En este contexto es evidente que la razón adopta un significado diverso del sostenido por el Prof. Scarpelli: la razón no es un conjunto de principios «en el que concurren sentimientos, educación, memoria», sino que es la facultad intelectual del hombre capaz de buscar los valores fundamentales. También es redefinido la relación con el otro: si para la ética laica la relación con el otro se reduce a «simpatía», es decir comprensión de lo vivido por el otro, para la ética personalista la relación se establece en el reconocimiento del valor y de la dignidad del otro como persona. En la Reunión se presentaron dos documentos: la «Declaración sobre el testamento de vida» («Living will»), propuesta por el Prof. G. Alpa (jurista de la Universidad de Génova) y la «Declaración sobre el embrión», apoyada por el Prof. E. Lauricella (presidente del C.E.C.O.S. italiano).

Está claro que partiendo de un principio individualista-evolucionista, surja la necesidad laica de decidir autónomamente sobre la vida y sobre la muerte: el primer documento pretende, en efecto, dar la posibilidad a todo ciudadano, que sea mayor de edad y capaz de entender y querer, el no ser sometido a procedimientos terapéuticos de sostén vital cuando, a juicio de los médicos a su cuidado, la muerte intervendría de todos modos a corto plazo.

El segundo documento declara que antes del 14º día desde la fecundación hay que excluir que el embrión tenga «vida personal».

Pero analizándolos atentamente, ambos documentos no dejan de producir cierta perplejidad. Si el testamento biológico es la formulación del rechazo del empecinamiento terapéutico, es inútil, en cuanto que existe ya el código deontológico y con él la ética médica que aclaran este punto; si en cambio es la certificación de la autodeterminación de la eutanasia, es ilícito, en cuanto que el hombre no tiene el poder de disponer de su vida, siendo ésta sagrada e intocable.

Por lo que concierne al documento sobre el embrión, es necesario aclarar que la totipotencialidad de las células antes del día 14º desde la fecundación no justifica la experimentación en cuanto que, como sostenía el Prof. Compagnoni, «ya a nivel de mórula hay una estrecha unidad estructural y funcional, por la que biológicamente no hay dificultad en hablar de individuo humano».

La profesora R. Levi Montalcini intervino sobre el tema de la experimentación animal, reiterando la necesidad de la experimentación para el avance de la investigación científica en los límites del respeto del animal y auspiciando la urgencia de una normativa al respecto.

Recensiones

*

HOLMES J., LINDLEY R., *The Values of Psychotherapy*. Nueva York: Oxford University Press, 1989, pp. 256.

En los últimos años se ha podido advertir un enorme aumento del interés en torno a las psicoterapias y se han multiplicado los cursos de perfeccionamiento y especialización en las diversas ramas de la psicoterapia, entendida tanto en sentido preventivo como terapéutico del trastorno y de la enfermedad mental.

Este fenómeno tiene su causa también en el creciente requerimiento de intervención por parte de las personas directamente interesadas o de sus familiares; en general se ha podido notar un aumento de la sensibilidad respecto de los problemas psicológicos y de los medios terapéuticos especializados capaces de afrontarlos.

Sin embargo, la estructuración metodológica de las psicoterapias no está unívocamente aceptada por parte de los estudiosos y los clínicos.

Los autores de este libro afirman decididamente la importancia de la psicoterapia como medio terapéutico y preventivo, examinan-

do sus bases éticas y sus presupuestos epistemológicos.

En la primera parte se aborda el problema de la evaluabilidad teórica y metodológica de las terapias psicológicas, en respuesta a las numerosas críticas hechas desde diversas partes desde el punto de vista científico, filosófico y político-económico.

Holmes y Lindley identifican la aportación científica de las psicoterapias dentro de las ciencias humanas, en su capacidad de aumentar la autonomía emotiva de los individuos, e indican lo que a su parecer es el punto de encuentro entre los fundamentos teóricos de Freud y los de Mill.

En la segunda parte del libro se ponen de evidencia los problemas éticos y clínicos específicos que surgen en algunos tipos de psicoterapia —la analítica, la conductual y la sistemática— y se indican algunas posibles soluciones.

Los autores plantean luego algunos interrogantes fundamentales sobre la oportunidad clínica y ética de decir siempre, a toda costa, la «verdad» a los pacientes (rasgo típico de la medicina anglosajona y estadounidense en particular), sobre las implicaciones éticas y profesionales de las relaciones

sexuales entre paciente y terapeuta y sobre cuáles son las bases «éticas» de las terapias que tienden a la manipulación de la voluntad del paciente.

Desde el punto de vista social se aborda el problema de la «imponibilidad» jurídica de la psicoterapia, problema por demás actual en Italia a la luz de las propuestas de ley sobre el que hace uso de sustancias estupefacientes.

En la última parte los autores tocan el problema de la oportunidad de la elaboración de un código deontológico para la práctica profesional en las psicoterapias.

Los autores concluyen con la hipótesis (y las dificultades) de la constitución de una categoría totalmente independiente de psicoterapeutas, eventualidad muy próxima también en Italia. La obra es el resultado de una fructífera colaboración entre un profesionalista y un epistemólogo que, juntos, conducen a un análisis atento y agudo de los problemas éticos, a menudo menospreciados, sometidos a la práctica clínica cotidiana de la psicoterapia.

Aunque no se den respuestas definitivas a los numerosos interrogantes planteados, se proponen no obstante numerosos puntos para un análisis y una reflexión en profundidad sobre esta rama de la medicina tan compleja y recia en implicaciones éticas y filosóficas, estrechamente ligada a las

ciencias humanas y a la medicina. El riesgo para la psicoterapia es el de reducirse a una «biologización» del trastorno que ignora la absoluta prioridad de la libertad individual y del «espíritu» (para decirlo en términos filosóficos) en los seres humanos, reduciéndolos a una mera serie de funciones orgánico-metabólicas. Este riesgo ha sido superado por los autores. La lectura resulta bastante ágil, a pesar de las subdivisiones de los capítulos, dictadas también por la necesidad de esquematizar al abordar del modo más sistemático posible los numerosos y complejos problemas ligados a la metodología, a la práctica clínica y a los presupuestos epistemológicos de las psicoterapias.

Adelia Lucattini

PAGANO M., MASTROIACOVO P., *La prescrizione dei farmaci in gravidanza. Guida alla valutazione del rischio teratogeno*. Milán: Mc Graw-Hill Italia, 1988, pp. 298.

En la práctica profesional es casi constante el caso en que el médico debe proporcionar a sus pacientes informaciones relativas al uso de los fármacos que prescribe, a sus efectos benéficos y sobre todo a los efectos colaterales y a sus

contraindicaciones. Esto comporta evidentemente la necesidad de una constante puesta al día del médico, para que pueda hacer frente a cualquier requerimiento en ese sentido por parte de los pacientes. Estas solicitudes se plantean a veces de forma dramática, por el temor de que el haber tomado un fármaco en dosis excesivas o en asociación con otros o en circunstancias particulares, pueda determinar daños inmediatos e irreparables.

Además, con frecuencia es el mismo médico el que se encuentra en la necesidad de hacer correr al paciente un riesgo vinculado con la administración del fármaco, porque el no tomarlo podría comportar daños aún más graves que los temidos por parte del fármaco mismo.

El volumen que presentamos, que forma parte de una reciente colección de libros de bolsillo dirigida al médico práctico, es una respuesta a esta necesidad de actualización específica, por lo menos en lo que se refiere a una situación particular, el embarazo, en la que una correcta información es tanto o tal vez más necesaria que en otras circunstancias, primero para el médico y luego para la mujer que a él acude. En esa situación, efectivamente, si la madre ha tomado fármacos, el feto corre el riesgo de un destino trágico: el de ser suprimido.

La obra está escrita por P. Mastroiaco, profesor asociado de Pediatría Preventiva y Social y Director del Departamento de Epidemiología y Clínica de las Malformaciones Congénitas en la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Roma, y por M. Pagano, médico de base, especialista en pediatría y consultor del Archivo de los Factores de Riesgo Teratogénico en la misma Clínica Pediátrica.

«Durante el embarazo —escriben los autores en la *Introducción*— la posibilidad de que el niño nazca con algún defecto congénito representa uno de los motivos de ansiedad más frecuente. El problema es aún más sentido, tanto por la pareja como por el médico, cuando la mujer por un motivo cualquiera ha tomado o debe tomar un fármaco. Para establecer si un fármaco puede alterar o no el desarrollo del feto, (...) sería útil que el médico tuviera a mano en su práctica diaria un texto de rápida consulta que le proporcionara de forma sistemática las informaciones relevantes sobre la teratogenicidad de cualquier fármaco».

A fin de proporcionar estas informaciones, opera desde 1978 en Suecia el FASS (*Informador Farmacéutico Sueco*) que proporciona información subdividiendo los fármacos en cuatro categorías de riesgo; en los EUA desde 1979 la *Food and Drug Administration* (FDA) ha

impuesto a las firmas farmacéuticas proporcionar fichas informativas con indicaciones precisas sobre la posible teratogenicidad de los fármacos si se administran en el embarazo, utilizando cinco categorías de riesgo. En Italia, el *Archivo de los Factores de Riesgo Teratógeno* (AFRT) opera desde 1983 en el Servicio de Epidemiología y Clínica de las Malformaciones Congénitas dirigido por el mismo profesor Mastroiacovo, y ha preparado una clasificación de los fármacos actualmente presentes en el mercado italiano en cuatro categorías de riesgo.

A este Archivo pueden dirigirse incluso telefónicamente los médicos para tener informaciones precisas y completas acerca del uso de fármacos en el embarazo. Además, vinculada al mismo Servicio, ha surgido la iniciativa del «Teléfono Rojo»: se trata de un número telefónico al que pueden llamar mujeres o parejas que tengan dudas acerca de la correcta evolución de su embarazo, en relación con la exposición a factores de riesgo (no sólo fármacos) que puedan provocar malformaciones en el que va a nacer.

Se trata, en otras palabras, de un conjunto de iniciativas que tiene como objetivo el mismo: proporcionar una información cada vez más completa y correcta a fin de hacer realidad una real y eficaz prevención del aborto voluntario.

En la misma perspectiva se ubica, pues, este libro, constituido por seis capítulos, cada uno completado con la reseña bibliográfica (muestra escogida entre la reciente y numerosísima literatura médica sobre el problema).

Tras enunciar los principios generales (*capítulo 1*), entre ellos la definición de defecto congénito y malformación, las causas principales de tales defectos y la definición de efecto teratógeno, se ilustran (*capítulo 2*) las metodologías de estudio que se utilizan habitualmente para la identificación de los fármacos teratógenos: los estudios toxicológicos, los estudios sobre animales de laboratorio, las observaciones clínicas esporádicas, la vigilancia epidemiológica y los estudios epidemiológicos. Estos últimos, con mucho los más importantes, son aquéllos en los que se basa gran parte de la actual investigación médica inherente a la etiología de las diversas entidades nosológicas. Además, se proporcionan los lineamientos para la interpretación de los resultados obtenidos a través de los estudios epidemiológicos, a los que siguen los criterios para «evaluar si una asociación entre un fármaco y un defecto congénito, encontrada en uno o más estudios epidemiológicos, debe ser o no considerada como causa»: en esencia, los criterios para evaluar el nexo de causa-efecto.

El capítulo 3 está enteramente dedicado a la descripción de los fármacos (o de las clases de fármacos) universalmente reconocidos como teratógenos en el hombre, para cada uno de los cuales se proporcionan sintéticamente las nociones farmacológicas, la estimación del riesgo atribuible y algunas consideraciones de orden práctico. Tales fármacos son: el *ácido valproico*, que es la causa de la espina bífida en el 1-1.5 por ciento de los casos expuestos; los *andrógenos*, que pueden causar masculinización de los fetos de sexo femenino; algunos *antineoplásicos*, como la aminopterina y el metotrexato, que pueden provocar malformación en el sistema nervioso central y en las extremidades, sobre todo superiores; algunos *antitiroideos* (propiltiouracida y derivados imidazólicos), que pueden causar bocio congénito, hipo- o hipertiroidismo y retraso mental; el *carbonato de litio*, que produce sobre todo malformaciones cardíacas y de los grandes vasos; la *penicilamina*, que está asociada en cerca del 1 por ciento de los casos a *cutis laxa*, con características de gravedad variables en cada caso; los *progestágenos de acción andrógena*, en especial la noretisterona, comercializada en Italia, que provoca masculinización como los demás andrógenos; los *retinoides* (como la isotretinoína y el etretinato) y la *vitamina A a altas dosis*, que pueden causar defectos

a cargo del sistema nervioso central, del oído y del corazón; la *estreptomina* y la *kanamicina*, que pueden llevar a la sordera en el 6-8 por ciento de los expuestos; las *tetraciclinas*, cuyo empleo se ha reducido muchísimo en los últimos años, que llevan a alteraciones de la coloración de los dientes decíduos, mientras no está claro su papel en la génesis de la displasia del esmalte y en una mayor susceptibilidad a la caries; la *warfarina* y los demás *derivados cumarínicos*, que pueden causar en el 10-20 por ciento de los expuestos malformaciones múltiples a cargo del sistema esquelético, del sistema nervioso central y del ojo. Junto a estos fármacos, se recuerdan los que, aun siendo altamente teratógenos, no tienen actualmente ningún interés práctico porque no están ya en uso (*dietilestilbestrol*, *tali-domida*, *trimetadión*).

En relación con el uso durante la edad fértil de la mujer, para algunos fármacos se da la indicación de utilizar un «eficaz método anticonceptivo», sin que se mencione ningún método en particular. Es útil subrayar a este propósito que en esta situación, supuesta la necesidad y urgencia del fármaco, para cuantos como nosotros nos remitimos a la moral católica, deberán tomarse en consideración los métodos naturales de regulación de la fertilidad, cuya validez en el plano de la relación de pareja está ya universalmente reconocida y

cuya eficacia ha sido recientemente reiterada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, *Natural Family Planning. A guide to provision of service*. Ginebra, 1988).

El Capítulo 4 aborda el problema de la elección de los fármacos en el embarazo: se ha demostrado que algunos fármacos son ciertamente teratógenos; ¿es cierto igualmente que hay fármacos ciertamente seguros? La respuesta es naturalmente negativa, porque no es posible estar seguros de que un fármaco, o algún factor, no juegue algún papel en determinar la aparición de ciertas alteraciones malformativas. Y entonces, ¿cómo orientarse? «En la práctica clínica —escriben los autores— debemos tratar de entender cuáles son los fármacos que pueden ser razonablemente usados en el embarazo sin dañar al feto. (...) El principio básico que deberá tomar en la máxima consideración es la *evaluación del riesgo/beneficio* (...) (Efectivamente) no tratar ciertas patologías maternas puede llevar a riesgos más elevados tanto para la gestante como para el feto. Basta pensar en las gestantes afectadas de patologías graves, como tumores, epilepsia, diabetes, asma, infecciones bacterianas». Por esto, basándose en estas consideraciones, se proponen los estudios efectuados sobre los fármacos de uso más corriente, con un juicio sintético acerca de su posible

empleo. Las categorías de fármacos considerados son: *analgésicos, anestésicos, antiarrítmicos, antiasmáticos, antibióticos, anticoagulantes, antidiabéticos, antiheméticos, antiepilépticos, antiinfecciosos, antihipertensivos, antirreumáticos, hormonas, psicofármacos*.

En el capítulo 5 se trata el que probablemente es el problema fundamental, que suscita en el médico incluso los mayores interrogantes de orden ético, esto es el de una correcta consultoría farmacológica en el embarazo. Las situaciones posibles, a las que de hecho el médico tiene que enfrentarse, son esencialmente tres: la primera, que un embarazo esté programado; la segunda, que se haya iniciado el embarazo y que se pueda programar el tratamiento; la tercera, finalmente, que la mujer haya tomado fármacos una vez iniciado el embarazo.

Cada una de estas situaciones es analizada por los autores detalladamente. En especial, en el tercer caso, ciertamente el más frecuente y comprometido, las respuestas que pueden darse son sustancialmente de dos tipos: una respuesta «científicamente rigurosa» y otra «basada en el buen sentido “educado” por todas las observaciones científicas disponibles». En el primer caso la respuesta «no podrá excluir casi nunca que ese fármaco no comporta algún riesgo para el que va a nacer». Frente a semejan-

te respuesta, la gestante deduce sin más que el que va a nacer corre riesgos, con las consecuencias para el embarazo que fácilmente se pueden imaginar.

En el segundo caso, la respuesta «se basa en la evaluación de si, para ese fármaco determinado, se han producido suficientes informaciones como para deducir de ellas un riesgo bastante elevado. Si el riesgo es sólo teórico (...) se le debería proporcionar a la mujer una respuesta clara de completa tranquilización. (...) Si existe un riesgo no desdeñable ligado al fármaco, la mujer debe ser informada de ello de una forma simple, clara y completa. La sola indicación de que un fármaco determinado comporta un elevado riesgo teratógeno es incompleta, superficial y un profesional nunca debería darla. Para todo fármaco que posee cualquier teratogenicidad existen informaciones suficientes acerca de cómo calificar, cuantificar, y a veces controlar con mayor precisión el riesgo con un diagnóstico prenatal. (Además) (...) no se puede dejar de lado el evaluar si existen otros tipos de riesgo y proporcionar una completa asesoría preconceptiva o prenatal. No es raro, en efecto, que una mujer esté preocupada por haber tomado un fármaco, pero no tome en su justa consideración el hecho de haber tenido anteriormente un hijo malformado o de tener una edad reproduc-

tiva avanzada. Así como está claro que, cualquiera que sea la decisión que adopte la pareja, será oportuno seguirla a distancia en el tiempo y ayudarla a afrontar eventuales problemas que se puedan presentar».

El *capítulo 6*, el último, refiere la lista completa de las sustancias farmacológicas de uso en Italia, con las informaciones esenciales para su utilización en relación con el embarazo. En base al riesgo, se indican las tres clasificaciones propuestas respectivamente por la FDA, a través de las informaciones proporcionadas por los laboratorios farmacéuticos, por el FASS y por el AFRT. Tales clasificaciones, puesto que siguen criterios y lógicas diferentes, «deben ser usadas no confrontándolas sino complementándolas unas con otras» por parte del médico práctico, a fin de que éste esté en grado de dar a la mujer una información lo más completa posible.

Pero, de todos modos, la información completa por sí sola no basta, sobre todo en el caso en que la mujer sea informada de un riesgo real para la salud del que va a nacer: se requiere, en cambio, poner en marcha una acción de apoyo moral y material que, aun proclamada enfáticamente tanto por la ley 194/1978 sobre la interrupción voluntaria del embarazo, cuanto por la 833/1978 que instituye el Servicio Sanitario

Nacional, ha quedado de hecho en letra muerta en la mayoría de los casos.

El libro, en conclusión, se propone a la atención del lector ante todo por la facilidad de consulta y por tanto por lo práctico de su uso, logrando cumplidamente el obje-

tivo propuesto al escribirlo: el de ofrecer un instrumento actualizado y de seguro rigor científico, bastante útil para el médico práctico en su diaria práctica profesional.

Paolo Marchionni

De la Literatura Internacional

A cargo de Antonio G. Spagnolo

Consentimiento informado para experimentar psicofármacos en los ancianos

GURIAN B.S., BAKER E.H. y otros, *Informed consent for neuroleptics with elderly patients in two settings*. J. Am. Geriatr. Soc. 1990; 38: 37-44.

Desde que, en 1979, la Corte Suprema del Estado de Massachusetts (EUA) emanó algunas indicaciones que confirmaban el derecho de los pacientes, hospitalizados involuntariamente, a rechazar las terapias —no siendo excluible *a priori* su capacidad de decisión— los derechos civiles de los pacientes psiquiátricos han sido apoyados y confirmados por las Cortes federales de otros muchos Estados norteamericanos.

Este hecho ha llevado a una evolución de la relación médico/paciente y de los criterios para decidir la aplicación de un tratamiento, proponiéndose de modo crítico al tradicional enfoque paternalista en que el paciente a menudo no tenía que hacer más que consentir en cuanto el médico le proponía. La afirmación de los derechos de los pacientes, en

cambio, ha contribuido a establecer otro enfoque en el que el paciente puede decirse que es «socio» del médico-investigador viéndose activamente implicado en el proceso de decisión. Las indicaciones proporcionadas por la Corte Suprema, y por otras cortes posteriormente, se referían sólo al paciente hospitalizado involuntariamente en una institución asistencial, no estando en discusión —por lo menos teóricamente— la necesidad del consenso en todos aquellos pacientes que piden voluntariamente ser hospitalizados.

En el caso de los pacientes con patología psíquica, sin embargo, al pedirle su consentimiento, se impone evaluar, caso por caso, la capacidad de los pacientes para manifestar su consentimiento real.

Los autores de este trabajo subrayan cómo incluso en el caso de los pacientes ancianos, hay un riesgo «especial» de que su autonomía de decisión corra peligro sobre todo por lo que se refiere a la administración de fármacos neurolepticos cuyos efectos colaterales son particularmente evidentes con motivo de las modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas que se asocian con la edad. Estos

autores, por tanto, han tratado de subrayar los fundamentos de los derechos de los pacientes ancianos verificando luego en la práctica clínica cuál era de hecho la actitud de los médicos a su respecto. La investigación fue llevada a cabo bien mediante estudios retrospectivos de toda la documentación clínica que fue posible encontrar, relativa a un cierto número de pacientes, bien mediante cuestionarios dirigidos a los médicos que exploraban las fases del proceso de prescripción de los neurolépticos a sus pacientes ancianos.

Los resultados indican que en los centros asistenciales y en los servicios de geriatría un notable porcentaje de médicos no informa en absoluto a los pacientes de los riesgos asociados a la prescripción de los fármacos neurolépticos, no les pide su consentimiento y no evalúa la capacidad de estos sujetos para tomar una decisión. En los hospitales universitarios, en relación a fases agudas de la enfermedad, se da en cambio la práctica de informar a los pacientes ancianos de los efectos de los fármacos; sin embargo tanto el consentimiento en el tratamiento cuanto su capacidad para darlo se presumen mientras, o a menos que, el paciente no se rehúse.

Los autores concluyen que una actitud de este tipo demuestra escasa comprensión de los beneficios que se pueden obtener con

una mejor relación médico-paciente además de estar claramente en conflicto con las leyes de varios Estados y con el derecho internacional que reiteran la igualdad y la no-discriminación entre los pacientes. Los autores recomiendan, por eso, que toda intervención significativa sobre el paciente anciano esté precedida por una evaluación estándar de su capacidad de consentimiento y de actuación y documentación de un *decurso* muy preciso de adquisición del consentimiento informado.

A.G. Spagnolo

Ética médica islámica en el siglo XX

RISPLER-CHAIM V., *Islamic medical ethics in the 20th century*. Journal of Medical Ethics 1989; 15: 203-208.

La cultura científica y las aplicaciones prácticas de la medicina occidental son hoy ya conocidas en el mundo entero por parte de cualquier médico, independientemente de su grupo étnico o de su religión: el lograr sus estándares está condicionado esencialmente por las posibilidades económicas de las instituciones en las que el médico trabaja.

Por el contrario, los principios éticos a los que el médico hace

referencia están influidos por la religión de pertenencia y por todo el contexto cultural al que se adhieren y en el que viven. Es notable, por tanto, la aportación que las grandes tradiciones religiosas pueden dar a la composición del amplio panorama de la bioética, junto con la aportación de las diversas corrientes filosóficas.

En base a esto se justifica, por ejemplo, el notable espacio que la *Enciclopedia of Bioethics* (1978) da a la aportación de las religiones: el profundizar la motivación de la fe religiosa hace emerger dimensiones esenciales para la bioética en cuanto que le impiden caer a veces en un formalismo y, por otra parte, la incitan a no contentarse con trazar una frontera entre lo lícito y lo ilícito sólo sobre una base rígidamente racional (una traducción italiana de algunos capítulos de la *Enciclopedia de Bioética* sobre este tema aparece en el volumen a cargo de Spinsanti, *Bioetica e grandi religioni*. Ed. Paulinas, 1987).

A la confrontación y al examen de la aportación de las diversas religiones está dedicado también un reciente número de la revista *Journal of Medicine and Philosophy* (1988; 13: 225) en el que se definen los presupuestos de lo que se ha dado en llamar «ética médica comparada».

En este artículo que presentamos el autor, que es lector en la Universidad de Harfa-Israel, delinea

algunas características de la ética médica islámica que la hacen diferente de la ética de las demás religiones. Hay que decir, ante todo, que el fundamento de la ética médica islámica del siglo XX se basa en su mayor parte, además de en la ley islámica contenida en el Corán y en la tradición oral (*Hadith*), en la llamada *fatawa*, esto es el pacer legal formulado, a menudo en forma de pregunta/respuesta, por famosos estudiosos y por médicos musulmanes. Todos los modernos tratamientos médicos son interpretados constantemente a la luz de la ley islámica de manera que el musulmán no se pregunta si una forma de tratamiento es compatible o no con la ley islámica.

Y cuando la ley del Estado y la ley islámica están en contradicción en relación con algunos problemas de ética médica, se va en busca del *fatawa* para ver si existe una mediación.

Otra característica de la ética médica islámica es la de ser apologética y de mostrar continuamente la superioridad del estilo de vida islámico respecto del de todas las demás sociedades especialmente occidentales.

Finalmente, esa ética está estrecha e inseparablemente vinculada a los problemas sociales y políticos.

En el artículo se consideran detalladamente estas características y junto a los problemas éticos

universales, como el aborto, el trasplante de órganos, la inseminación artificial, el SIDA, se examinan también temas específicos del Islam como el problema de los fármacos que contienen alcohol, el de las enfermedades y de las condiciones físicas que infringen el estado de pureza, las situaciones que pueden impedir el ayuno del Ramadán, etc.

A.G. Spagnolo

Prueba para verificar la permeabilidad de los preservativos a los virus

BEYTOUT D., CHAMBON M. y otros, *Une méthode simple et rapide de contrôle de l'imperméabilité aux virus des préservatifs*. La Presse Médicale 1989; 18 (33): 1651-1653.

En tiempos de difusión de las enfermedades sexualmente transmitidas, entre ellas el mortal SIDA, el preservativo ha subido a los honores de la investigación científica, a la que se dedican tiempo y recursos económicos en un intento por evaluar su eficacia como barrera antiviral.

El preservativo constituye el objeto de estudio de un equipo de los servicios de higiene hospitalaria y de bacteriología de la Facultad de Medicina de la Universidad

de Clermont-Ferrand (Francia).

Es sabido que todas las técnicas utilizadas para el control de calidad de los preservativos se refieren a medidas químicas o físicas de evidencia de la pérdida de líquidos: esto es, se trata de medidas indirectas no siempre fáciles de reproducir ni de estandarizar. Por otra parte, las pruebas de calidad utilizando directamente los virus deben ser realizadas por virólogos particularmente expertos y en condiciones de máxima seguridad. Tales pruebas, además, son largas y difíciles y no pueden utilizarse rutinariamente, por lo que todavía la permeabilidad del condón a los virus sigue siendo desconocida.

Los autores de este trabajo consideran poder resolver la cuestión proponiendo la utilización de una prueba con los bacteriófagos de la *Escherichia coli*, cuyas dimensiones son comparables con las de los virus humanos y cuyo uso no determina peligro alguno.

Después de describir las condiciones experimentales realizadas y el instrumental utilizado, los autores refieren los resultados relativos a las pruebas llevadas a cabo en ocho marcas de preservativos en el mercado (3 pruebas para cada marca). En un caso, de 24 pruebas, el preservativo se rompió en el mandril portapreservativo. En relación a la permeabilidad, para dos marcas los

resultados fueron claramente positivos (permeabilidad); para cuatro marcas los resultados fueron unas veces positivos y otras negativos, para otras dos marcas los resultados fueron negativos (impermeabilidad). Los preservativos que se mostraron permeables a los bacteriófagos deben considerarse tales también al papovavirus, al virus de la hepatitis y, presumiblemente, también al virus del SIDA.

Los autores concluyen, en una perspectiva estrictamente médico-epidemiológica, que con estos datos sobre los preservativos en el mer-

cado es absolutamente necesario introducir normas de control para estos medios de barrera como también para los guantes y otros materiales de protección de uso médico y paramédico.

En el plano global de una estrategia preventiva nos parece tener que subrayar, sin embargo, que —por lo que se refiere al preservativo— a la lógica de la búsqueda del sexo seguro debería sustituir la de la eliminación del comportamiento de riesgo; éste es el fundamento etiopatológico más propio de cualquier prevención.

A.G. Spagnolo

Consentimiento informado para la obtención de ADN

KNOPPERS B.M., LABERGE C., *DNA sampling and informed consent*. C.M.A.J. 1989; 140: 1023-1028.

Los recientes avances de la tecnología aplicada al ADN y de la biología molecular han hecho posible el diagnóstico de las enfermedades hereditarias mediante la identificación directa de los genes implicados a través de sondas o indirectamente mediante el análisis del «ensamble» (esto es, la localización de los *locus* génicos vecinos conocidos que están asociados frecuentemente al gen alterado).

Estos nuevos enfoques han ofrecido la posibilidad de predecir un riesgo en el individuo antes de cualquier manifestación clínica de la enfermedad de la que es portador; también, la posibilidad de una cuidadosa identificación de la paternidad en el ámbito de la medicina forense, de hacer levantamientos epidemiológicos familiares y de población, etcétera.

Los riesgos de predicción en los estudios individuales y familiares, especialmente en aquellas enfermedades que tienen un inicio tardío y una baja frecuencia de expresión de los genes, han suscitado diversos problemas éticos y jurídicos en relación con la partici-

pación misma de los sometidos a estos estudios y con el consentimiento dado por ellos referente a los métodos que se utilizan para el análisis y con la ausencia de tratamientos terapéuticos específicos. El problema diagnóstico, además, está ligado al hecho de que la identificación del gen mutante tanto de forma directa como indirecta no siempre implica un pronóstico definitivo puesto que la expresión fenotípica depende de una interacción entre el gen y el ambiente: se dice que la presencia de un gen alterado no quiere decir automáticamente la enfermedad.

Dos investigadores canadienses exponen en este trabajo la consideración de que los procedimientos estándares para solicitar el consentimiento del paciente en el ámbito de la experimentación o en el de la práctica clínica no bastan en el caso de la obtención de muestras del ADN bien para el análisis diagnóstico o para la conservación. Consideran, así, que esta intervención es más que un procedimiento técnico, representando ante todo un acto médico que reclama el respeto del secreto profesional y la actuación de una correcta relación médico-paciente. En efecto, aun cuando la toma de muestra en sí se pueda llevar a cabo en unos minutos, el paciente debe ser informado, antes de dar su consentimiento, de todo el recorrido que la muestra seguirá: los

centros de estudio que están implicados, el uso que se le dará a los resultados obtenidos, las implicaciones para él y para su familia, etc.

Los autores, poniendo de manifiesto en cambio una carencia en las informaciones que de hecho se le proporcionan a los sujetos, han elaborado un formulario específico e integrado a fin de que se pueda obtener un consentimiento plenamente informado; y hacen referencia a seis principios básicos que vale la pena resumir: 1) clara y simple explicación sobre los fines, el cuidado, el significado y los límites de la investigación de diagnóstico, con la indicación, cuando sea posible, de las terapias existentes; 2) descripción del método y de los medios que se usarán en la toma de muestras, los riesgos y la posibilidad de tener que repetir el examen; 3) la necesidad de correlacionar los datos de la muestra con una investigación familiar sin que esto implique la violación del secreto profesional; 4) la posibilidad de que el consentimiento pueda limitarse sólo a una fase (por ejemplo, la obtención de la muestra) pero no a otra (por ejemplo, el traslado de los datos a otros centros); 5) garantía de un secreto total mediante códigos de identificación; 6) la garantía explícita para el sujeto de poderse retirar del estudio en cualquier momento sin que esto cierre el

paso a un sucesivo acceso al diagnóstico o las posibilidades terapéuticas.

Estos principios han sido plasmados por los autores en un módulo de información que se proporciona al sujeto o a su representante legal antes del consentimiento.

A.G. Spagnolo

Realidad y mecanismo del riesgo vascular por anticonceptivos orales

Beaumont V., Beaumont J.L., *Le risque vasculaire des contraceptifs oraux: réalité et mécanisme. I. Evaluation du risque*. La Presse Médicale 1989; 18 (24): 12-3-1206.

El riesgo vascular por anticonceptivos orales, sospechado desde hace tiempo, ha sido confirmado por estudios epidemiológicos a gran escala. Es precisamente la existencia de ese riesgo en la que se basa la investigación de nuevos anticonceptivos que sean menos peligrosos.

De hecho se tiene conocimiento exacto de los mecanismos de ese riesgo y en el momento de la difusión en el mercado del anticonceptivo oral no se cuenta con estudios experimentales y clínicos que puedan definir ese riesgo. Esto se pone de relieve cuando, después

de que decenas de millones de mujeres han utilizado los anticonceptivos y los especialistas en enfermedades vasculares periféricas, cardíacas y cerebrales han evidenciado luego sus consecuencias. Fue el problema que se planteó a finales de los años 60 cuando comenzaron a verse de pronto en jóvenes mujeres, en buenas condiciones de salud, incidentes vasculares que anteriormente eran absolutamente ocasionales. Seguidamente aparecieron en los EUA y en la Gran Bretaña estudios epidemiológicos que permitieron definir con precisión este riesgo. Tales estudios fueron llevados a cabo tanto mediante «casos/control», llamados retrospectivos en cuanto que utilizan las gráficas clínicas de los hospitales, confrontando a las mujeres que tuvieron accidentes vasculares y relacionándolas con el uso o no de los anticonceptivos orales cuanto de forma prospectiva, haciendo el seguimiento de grupos de población que utilizan o no los anticonceptivos orales y registrando luego la aparición de complicaciones en uno y otro grupo.

Ambos métodos tienen ventajas y desventajas que son analizadas en este artículo. El riesgo ha sido confirmado también por estudios que demostraron que la reducción de la dosis de estrógenos en el anticonceptivo disminuía la frecuencia de trombosis venosa sin

modificar la de la trombosis arteriosa y de la mortalidad.

En términos de morbilidad y de mortalidad la frecuencia de las complicaciones se calculó respectivamente en 1 por 1,000 mujeres/año y 1 por 5,000 mujeres/año.

Muchos internistas y ginecólogos, hacen notar los autores, se muestran un tanto escépticos ante estos resultados y las razones de este escepticismo serían diversas: por ejemplo, quienes prescriben los anticonceptivos no son los mismos que ven a las pacientes cuando se manifiestan las complicaciones; también, no siempre el médico del hospital indica explícitamente en el historial las causas de las complicaciones que ha visto aun contraindicando la continuación de la anticoncepción oral. Finalmente, para el médico en particular, hay una escasa posibilidad de observar tales complicaciones en sus pacientes siendo el riesgo del orden arriba indicado.

Se va, no obstante, hacia un cierto acuerdo de la comunidad médica de que existe un «precio por pagar» si se elige este tipo de anticonceptivos, pero que este precio en definitiva sería menospreciable. La pregunta, entonces, que se plantean los autores y que todo médico debe plantearse es: ¿puede llamarse en conciencia menospreciable ese riesgo incluso para las mujeres que no lo han corrido?

Embarazo en mujeres sin función ovárica

WISWEDEL K. y otros, *Pregnancy without ovarian function. A case report.* S. Afr. Med. J. 1989; 76: 70-71.

Se sabe que la función ovárica, o la ausencia de los ovarios mismos, es causa de esterilidad permanente en la mujer la cual no puede por eso disponer de ovocitos para la concepción. Se trata de una situación clínica en la que, en el plano médico, está «indicada» la donación de los ovocitos, análogamente a lo que se verifica en los casos de infertilidad masculina debida a azoospermia o incluso a oligospermia marcada, y en los cuales precisamente está «indicada» la inseminación heteróloga, estos es, utilizando esperma de algún donador.

En el caso de la donación de ovocitos, sin embargo, la situación es más compleja que en el hombre por cuanto que la ausencia de la función ovárica además de no producir ovocitos impide también la acción de las hormonas ováricas (que no se producen o se producen en cantidad insuficiente) en el endometrio uterino a fin de prepararlo para acoger el embrión fecundado. También, estas hormonas son indispensables para que un embarazo pueda avanzar hasta el momento en que el producto de la concepción comienza él mismo a producir las hormonas que sir-

ven para la adecuada evolución del embarazo. Toda esta acción ausente de las hormonas debe ser, pues, sustituida con la administración de hormonas exógenas primero para preparar al endometrio para que pueda recibir el embrión fecundado obtenido mediante fecundación in vitro de ovocitos donados con esperma del marido de la mujer infértil y sucesivamente para mantener el embarazo hasta la semana 14 de gestación.

Es el caso que se refiere en este artículo descrito en Cape Town, en Sudáfrica concerniente a una mujer de 38 años que tenía menopausia precoz, precisamente por insuficiencia ovárica, desde los 22 años de edad. Los ovocitos habían sido extraídos de los que sobraban derivados de intervenciones concomitantes de FIVET en otras parejas infértiles (en las cuales obviamente estaba presente la función ovárica).

Los autores describen cómo en la selección de la mujer donadora se buscaron aquellas mujeres que respondían a las características fenotípicas de la mujer receptora, en relación al color de la piel (ien Suráfrica es un detalle no menos apreciable!), de los cabellos, de los ojos y de la estatura. En la intervención descrita nacieron, por cesárea, dos niños y una niña, que se requirió como consecuencia de una situación de pre-eclampsia,

en la semana 34.

En el plano de la moral católica la intervención se configura como una intervención de fecundación in vitro heteróloga, totalmente sustitutiva del acto conyugal y por tanto inaceptable, en cuanto que, aparte de todos los límites vinculados con la fecundación in vitro en general, nos encontramos aquí frente a la intrusión en la familia de otras personas que son determinantes en el evento procreativo, suplantando una tarea que compete únicamente a los dos cónyuges en primera persona.

A.G. Spagnolo

Pelvimetría tomográfica computarizada y dedicación de recursos

Moore M.M., Sheared D.R., *Fetal dose estimates for CT pelvimetry*. Radiology 1989; 171: 265-267.

La pelvimetría se practica para determinar las dimensiones de la pelvis inmediatamente antes del parto, de forma particular en los casos de presentación pélvica. A menudo, en este tipo de presentación, se efectúa una operación cesárea, a fin de reducir la mortalidad y la morbilidad fetal. Algunos estudios han demostrado un aumento de complicaciones para la madre como consecuencia de la

operación cesárea, como por ejemplo hemorragias e infecciones. En la presentación pélvica completa, si las dimensiones de la pelvis materna son consideradas suficientes mediante la pelvimetría para el paso rápido de la cabeza del feto a través del canal del parto, se recomienda un parto por vía vaginal, reduciendo, de esa manera, el riesgo materno-fetal.

Para determinar mejor las dimensiones pélvicas los autores de este artículo han introducido en su estructura hospitalaria un protocolo para la pelvimetría con tomografía axial computarizada (TAC). Puesto que ese examen comportaría una exposición del feto a radiaciones ionizantes, se efectuaron mediciones de la dosis de exposición del feto mismo, recurriendo a cálculos sobre maniqués.

El protocolo preveía la ejecución de dos *scout views* (es decir, imágenes radiológicas digitales que proporcionan al radiólogo una visión de conjunto antes de seleccionar los cortes a efectuar), una lateral y otra anteroposterior, asociadas a un corte axial de la pelvis. Recurriendo a la técnica utilizada por anteriores protocolos, la dosis de exposición del feto en las *scout views* variaría en un ámbito comprendido entre 0.21-0.35 mGy, mientras la dosis fetal en curso del corte axial variaría entre 8.2 y 13 mGy.

Reduciendo en el curso del rastreo axial el miliamperaje, aun obtenido imágenes cualitativamente inferiores, pero suficientes para calcular la distancia entre las espinas isquiáticas, los valores de exposición del feto variaban entre 1.2 y 2.5 mGy a nivel de la porción del cuerpo incluida en el rastreo.

Tales dosis de exposición resultan desprovistas de consecuencias perjudiciales para el feto, por lo que el empleo de este método de investigación radiológica no tendría contraindicaciones en esta fase del embarazo. Además, con las indicaciones que podría proporcionar, permitiría reducir las eventuales complicaciones ligadas a la ejecución de una cesárea, encaminando, cuando es posible, hacia un parto por vía natural. Se trataría, pues, de un método sumamente aceptable a la luz de una evaluación riesgos/beneficios referidos al mismo orden de valores, en el caso particular la salud tanto del feto como de la madre.

El problema ético, que dejamos abierto, está en si es correcto recurrir a estos aparatos tan costosos para llevar a cabo este tipo de exámenes, en el contexto de las estructuras hospitalarias cada vez más solicitado en la ejecución de exámenes con TAC por motivos mucho más graves. Por lo demás, las indicaciones para la ejecución de este examen no revisten carácter de «urgencia», son indicadas

por los autores como válidas en general en todos los casos de presentación pélvica.

Giuseppe Francesco Granieri

Libertad de la conciencia, valores y función del Magisterio

Laun A., *Das Gewissen - Sein Gesetz und seine Freiheit. Ammerkungen zur heutigen Diskussion* (La conciencia - Su ley y su libertad. Reflexiones sobre la discusión actual). *Anthropotes* 1989; 2: 161-196.

La discusión teológico-filosófica actual sobre el problema de la conciencia centra la atención sobre tres cuestiones fundamentales: la definición, la relación con el Magisterio y la libertad de conciencia.

Por lo que al primer punto se refiere, Andreas Laun define la estructura de la conciencia utilizando dos términos: obediencia y responsabilidad. La obediencia (fundamentada en sentido bíblico en la fe de que la voluntad de Dios está dirigida al amor por sus criaturas) hace auténtica realidad la dignidad humana sólo si está en conexión con la responsabilidad, entendida como apertura a la voluntad de Dios en un doble sentido: apertura como disponibilidad a conocer, esto es a buscar intelectivamente lo verdadero y como disponibilidad a practicar, es decir

a concretar en la práctica cotidiana la obediencia purificando la voluntad de los múltiples intereses terrenos.

Obediencia y responsabilidad no resultan ser contradictorias, sino estar más bien en una relación de complementariedad: en primer lugar porque la ley divina (objetiva) coincide con la ley interna de la conciencia (subjetiva) y en segundo lugar porque una obediencia responsable no es «ciega», no empobrece, sino que más bien enriquece y fortifica la experiencia individual.

Después de la definición general de la función de la conciencia, el autor aborda uno de los problemas que angustian más profundamente al hombre de hoy y precisamente la comprensión de qué exige Dios al hombre en situaciones éticas concretas particularmente a nivel social e individual. A este propósito Laun distingue el ámbito del «pluralismo» (*Pluralismus*), esto es el presentársele al sujeto diversas posibilidades de decisión cada una de las cuales parece corresponder al criterio de «rectitud» y el ámbito de la «unicidad de significado» (*Eindeutigkeit*): en el primer caso se hace necesaria una ponderación y una búsqueda cognoscitiva que implica a la esfera intelectual, en el segundo caso el único comportamiento ético es la obediencia, siendo toda rebelión, incomprensión o duda fuente de pecado.

El segundo momento de discusión se refiere a la relación conciencia y Magisterio. El Magisterio, en cuanto presencia del Espíritu de Dios en el mundo, por un lado garantiza la verdad de la doctrina de la fe y por el otro se pone al servicio del Evangelio interpretando sus contenidos para ayudar «democráticamente» el camino del pueblo de Dios en la historia. El autor subraya la necesidad de la certeza (*die Notwendigkeit der Gewissheit*) en materia de fe, siendo la fe una opción de vida que implica a la totalidad de la persona humana: «por un mito no se muere, por una teoría se puede combatir; pero por ninguno de los dos se puede vivir», sostiene el autor añadiendo que sólo en la dimensión de la fe se «vive».

Laun individualiza entre las causas del conflicto entre conciencia y Magisterio la no comprensión de los valores que fundamentan la norma y la duda sobre la autenticidad de la doctrina de la Iglesia: en el primer caso subraya la necesidad de la reflexión y de la revisión intelectual y en el segundo caso la obligatoriedad de un acto de fe que reconozca el valor y la autoridad del Magisterio. El último elemento de discusión se refiere al sentido y la importancia de la libertad de conciencia. El hombre es en última instancia libre en los actos que implican la dimensión más interior de su exis-

tencia: el derecho a la libertad religiosa se basa, pues, en la dignidad de la persona humana. Ese derecho, subraya el autor, no es una opción ideológico-pragmática de la Iglesia en una sociedad que no acepta ninguna imposición por la fuerza, sino más bien el reconocimiento de un valor fundamental intrínseco a la naturaleza humana. La libertad es la condición de posibilidad para que el hombre pueda escoger y hacer realidad la «obligación» de buscar con sus fuerzas racionales la verdad: la libertad no se entiende, en efecto, en sentido arbitrario como falta de toda vinculación, sino como valor que permite al hombre la consecución y la actuación de su esencia.

Laura Palazzini

Prevención del SIDA y aspectos psico-sociales

LARROSE B., *SIDA. Limites d'une prévention*. Études 1990; 372/1: 43-52.

Las numerosas campañas de información, tanto nacionales (radio, televisión, prensa) como locales (debates, conferencias, etc.) han proporcionado a la población numerosas noticias sobre la naturaleza biológica del virus responsable del SIDA, sobre las modali-

dades de transmisión, sobre los aspectos epidemiológicos y sobre la actual ausencia de una terapia eficaz, indicando, en general, el uso del condón y de las jeringas «limpias» como únicos medios hoy disponibles para contrarrestar la difusión del virus.

Si por una parte tales campañas han sido útiles para disipar algunas dudas sobre todo acerca de determinadas modalidades de transmisión, hoy consideradas con razón como de ninguna importancia real, como la hipotética posibilidad de contagio por medio de mosquitos o incluso de saludarse de mano, por la otra no han bastado para eliminar las sensaciones de angustia o las fuentes de tensión y de comportamientos aberrantes.

En la importante revista *Études*, publicada en Francia desde 1856 por los padres jesuitas, el autor psicólogo y psicoterapeuta aborda el tema de la prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en relación con algunos aspectos psicosociológicos.

Pone de relieve lo sorprendente que resulta comprobar que el deseo de estar informados sobre la seropositividad de los pacientes o de los usuarios induce a pedir el traslado del secreto médico al campo socio-educativo: las colaboradoras familiares, los educadores, los maestros, los asistentes sociales reivindican el derecho de estar informados, adelantando

como garantía de su propia discreción la disponibilidad a someterse al secreto profesional.

Si por una parte esta solicitud se basa en el deseo de servir mejor al paciente seropositivo, sin embargo expresa la angustia derivada del temor a contagiarse. En consecuencia, surgen conflictos entre las diversas categorías profesionales: por una parte el personal del ámbito social reivindica el derecho a saber, por la otra los médicos y los enfermeros, reafirmando la pertenencia del secreto profesional a su propia categoría, se presentan como los guardianes de los derechos del enfermo y los paladines en la lucha contra toda forma de discriminación. Estas situaciones conflictivas no hacen sino obstaculizar una serena y eficaz asimilación de las informaciones sobre el SIDA. Continuar hablando de «fragilidad» del virus fuera del organismo, recordar que el contagio se deriva del olvido de reglas elementales de higiene, etc., tiene como efecto el de aumentar la angustia y agrandar la idea de un riesgo cotidiano de contagio. El emprender, además, una lucha imaginaria contra las situaciones en las que el virus no es sino hipotéticamente contagioso, contribuye al rechazo de los pacientes seropositivos y aleja la atención de las verdaderas causas de contagio, que son de naturaleza sexual, además de concernir al uso de agujas in-

fectadas por parte sobre todo de los toxicodependientes.

Por otra parte, la promoción del condón como único medio de prevención del contagio deja en suspenso un cierto número de cuestiones. Aparte el problema de la real permeabilidad del condón al virus y sobre lo cual existe mucha literatura, hay que decir de inmediato que una campaña de prevención basada sólo en el preservativo, olvida las otras dimensiones que están en juego: la sexualidad, la relación con el otro, la relación con la muerte. En la práctica, el riesgo es que fallen los objetivos de la responsabilización, de la disminución de la angustia, de la formación de hombres y mujeres abiertos a la vida.

Precisamente respecto de este problema, por ejemplo, una encuesta llevada a cabo en marzo de 1987 sobre las representaciones psico-sociológicas del condón, revelaba que está connotado negativamente y es objeto de fuertes resistencias, ligadas no tanto a su forma o a su aspecto, cuanto a la situación en que es utilizado, so-

bre todo en los encuentros o en las relaciones ocasionales. En la práctica, la promoción del condón en la lucha contra el SIDA se inserta en una concepción cultural de la sexualidad que se basa en el postulado: «la relación sexual no debe fallar», verosímilmente basado a su vez en una cierta cultura psicoanalítica que asocia a las imágenes de potencia-impotencia la realización del acto sexual y la obtención del placer erótico.

El autor, después de criticar esta cultura psicoanalítica, que probablemente es una mala lectura de Freud, afirma, en base también a la investigación psicoanalítica citada, que un razonamiento preventivo de contenido exclusivamente biológico constituye una tranquilización ilusoria y una medicalización de la vida sexual. El acto sexual no es sino un momento del encuentro entre dos, y no puede ser el momento en el que este encuentro se fundamenta.

Giuseppe Fasanella

Indicaciones bibliográficas

A cargo de Maria Luisa Di Pietro

CAPELLA A. (a cargo de), *In cammino verso la libertà. Proposta di una educazione all'amore per adolescenti e per giovani*. Roma: Centro Studi e Ricerche Regolazione Naturale della Fertilità, Universidad Católica del Sgdo. Corazón, 1990, pp. 118.

El problema de la educación sexual de los adolescentes es un tema de permanente actualidad, siendo abordado a menudo de una forma parcial y distorsionada. Comúnmente, en efecto, se tiende a limitar la educación sexual a la simple *información*, dejando de lado el aspecto *formativo*, el único que puede garantizar a la sexualidad su profundo significado de lugar de la entrega personal, en base a la vocación propia.

A la luz de esta visión global de la educación sexual, que debe ser ante todo educación para el amor, se pensó y realizó la Reunión Nacional «En camino hacia la libertad», llevada a cabo en mayo de 1989 en la Universidad Católica del Sgdo. Corazón, cuyas actas presentamos.

El texto recoge las ponencias de tres autores: después de un análisis detallado del desarrollo psico-sexual de los adolescentes y de sus comportamientos sexuales, hecho por Gianfrancesco Zuanazzi, Carlo Caffarra y Stanislaw Grygiel indican el camino para alcanzar la «libertad». Es el camino del autodomínio,, del respeto a sí mismo y a los demás, de la entrega en la comunión personal, de la aceptación incondicional de la vida.

M. L. Di Pietro

CAPELLA A. (a cargo de), *Per una trasmissione responsabile della vita umana*. Roma: Centro Studi e Ricerche Regolazione Naturale della Fertilità, Universidad Católica del Sgdo. Corazón, 1990, pp. 261.

El volumen que presentamos es una recopilación de escritos que constituye el primer volumen de las Actas del IV Congreso Internacional para la Familia de Africa y de Europa, promovido por el Centro de Estudios e Investigaciones sobre la Regulación Natural de la Fertilidad

llevado a cabo del 12 al 15 de marzo de 1988, con ocasión del XX Aniversario de la publicación de la encíclica *Humanae Vitae*.

Una encíclica, la de Pablo VI, definida por muchos como *profética*: después de más de veinte años, su mensaje se sigue poniendo al servicio del amor y de la vida, de la dignidad de la persona y de su vocación, como también al servicio de la sociedad humana y de su futuro. En la encíclica, cuyos contenidos son reiterados y profundizados por Juan Pablo II, los cónyuges encuentran delineado el designio de Dios sobre la procreación humana, al que están llamados como ministros atentos y animosos.

Las problemáticas concernientes a la «conyugalidad» y a la procreación responsable fueron abordadas por diversos ponentes mediante una reflexión filosófica, ética y teológica, con especial atención a la protección de la vida humana desde la concepción: es precisamente la defensa de la vida la que, como recuerda Pablo VI en la homilía en el 15° Aniversario de su Coronación, citando la *Gaudium et Spes*, «Dios, dueño de la vida, encomendó a los hombres (como) su misión altísima...».

M. L. Di Pietro

AUSTIN C.R., *Human Embryos*. Oxford University Press, Oxford 1989, pp. 163.

El Dr. Austin, que se ha dedicado desde hace muchos años a los estudios sobre la filosofía de la reproducción en la Universidad de Cambridge, ha escrito este libro con la intención de aclarar incluso a los no iniciados todas las posibilidades que la biomedicina de hoy ofrece para intervenir en el inicio de la vida humana.

Después de describir el desarrollo del embrión humano, las investigaciones que pueden llevarse a cabo para controlar su crecimiento normal, las terapias génicas en el embrión que se prevén en el futuro, el autor aborda el debatido problema de «cuándo comienza la vida humana».

También para Austin el momento más importante del desarrollo embrional es el 14° día desde la concepción, momento en el que se forma la *estría primitiva* y comienza a existir un *feto* humano.

De hecho Austin rechaza la conocida distinción entre preembrión y embrión, definiendo al *embrión* como sólo lo que el día 14 se convertirá en *feto*. Cambiando el nombre no cambia, sin embargo, la sustancia, y el embrión sigue de todos modos expuesto a la experimentación y sobre todo a los deseos de la pareja de tener un hijo a toda costa.

En la segunda parte del libro se describen las diversas técnicas de procreación artificial humana y las posibles experimentaciones en el embrión humano, a lo que sigue una evaluación de los problemas éticos, sociales y jurídicos que podrían derivarse de ello.

M. L. Di Pietro

AA. VV., *Regolazione Naturale della fertilità femminile*. Bologna: Federazione Regionale per la Vita Emilia-Romagna, Centro di Iniziativa Culturale dell'Università Cattolica, 1989, pp. 531.

La *verdad* de la procreación responsable, tal como ha sido delineada muchas veces por el Magisterio católico, *se hace historia* mediante el recurso a los métodos de regulación natural de la fertilidad. A través del conocimiento y la total comunicación de lo que Juan Pablo II define como *el lenguaje del cuerpo*, que no hay que entender sólo en su dimensión biológica, los cónyuges pueden responder de forma madura a las exigencias de la paternidad y maternidad responsables.

En esta perspectiva, según la cual los métodos llamados naturales son un servicio a la vida y no un modo «natural» de cerrar la puerta a la vida misma, algunos de los más conocidos especialistas en regulación natural de la fertilidad (como J. Billings, E. Billings, J.B. Brown y E. Odeblid) participaron en la Reunión Internacional «Regulación natural de la fertilidad femenina», efectuada en Bolonia del 17 al 19 de marzo de 1988.

La Reunión, promovida por la Federación por la Vida Emilia-Romana y el Centro de Iniciativa Cultural de la Universidad Católica, fue la ocasión para presentar los conocimientos actuales sobre los llamados métodos naturales, entendidos como medio para la mujer de conocer su propio cuerpo y su propia fertilidad para poderse liberar de los condicionamientos externos y vivir de forma armónica la relación con su pareja.

M. L. Di Pietro

BROMHAM D.R., DALTON M.E., JACKSON J.C. (edits.), *Philosophical ethics in reproductive medicine*. Proceedings of the First International Conference

on *Philosophical Ethics in Reproductive Medicine* (University of Leeds, 18-22 april). Manchester: University Press, 1990, pp. 261.

En 1988 se organizó en Leeds (Gran Bretaña) una Reunión Internacional, en la que se congregaron en torno a los temas de la medicina reproductiva médicos, filósofos, teólogos y juristas procedentes de diversos países y de diferentes experiencias culturales. Además de las ponencias oficiales se presentaron más de 50 comunicaciones libres.

El presente volumen, que recoge sólo las ponencias principales, mientras las comunicaciones libres han sido objeto de otra publicación, está dividido en seis partes.

La primera y la segunda parte están dedicadas al estatuto ético y jurídico del embrión humano y a los problemas éticos y sociales suscitados por la difusión de las técnicas de fecundación artificial; la tercera y la cuarta parte tratan el problema de la interrupción voluntaria del embarazo y de la suspensión de los cuidados neonatales; las partes quinta y sexta abordan el problema de la investigación en el campo de la reproducción humana y la necesidad o no de requerir en ese caso el consentimiento informado.

De los contenidos de las ponencias emerge, desafortunadamente, una escasa atención por la vida humana naciente (cuya existencia, entre otras cosas, se haría comenzar en el día 14º desde la concepción) y, en general, por la procreación humana: tales contenidos, sin embargo, son discutidos, de una forma más o menos provechosa, en el debate que se reporta después de cada intervención.

M. L. Di Pietro

AA.VV., *Fidanzamento. L'impegno per un futuro comune*. *Famiglia Oggi* 1990; 43: 6-121.

Este primer número monográfico de la revista «Famiglia Oggi» centra la atención sobre un tema que hoy parecería anacrónico: el noviazgo.

La crisis de la familia de los años sesenta devaluó también el periodo del noviazgo como preludio del matrimonio, haciendo prevalecer la pareja «sin calificativos» sobre todos los demás modelos. Esto llevó en las últimas generaciones a una visión distorsionada de la vida conyugal y familiar y determinó que surgieran en el seno de la comunidad cristiana

«remedios y defensas», haciendo que se difundieran progresivamente los cursos prematrimoniales y los itinerarios de fe para los novios.

Pero todo esto no estaba fundamentado, como lo atestigua el instrumento de trabajo que publicó la Oficina Nacional para la Familia de la Conferencia Episcopal italiana (y que la revista reproduce) y las sugerencias de diferentes diócesis italianas.

Las colaboraciones de este número tratan diversos aspectos: la gradual modificación de la cultura de la sexualidad hacia una cultura de la comunicación interpersonal; la «proyectualidad» del sueño común como fundamento de un vínculo serio; la exigencia de un replanteamiento y una renovación de la pastoral del noviazgo para reconstruir los valores y los principios ciertos puestos en peligro. De todas las intervenciones surge la certeza de que el vínculo del noviazgo, primero, y después, del matrimonio, no puede tener pleno sentido fuera de la fe. Relanzar, por tanto, el noviazgo significa relanzar el matrimonio como vocación, es decir, como llamado a realizar la familia que es la realidad dentro de la cual el amor se vuelve vida y la vida es motivo de esperanza para la humanidad.

A. G. Spagnolo

AA.VV., *La bioéthique en panne*. Esprit 1989; 156: 49-123.

El fascículo de noviembre de 1989 de la revista francesa Esprit, fundada por Emmanuel Mounier en 1932, está en gran parte dedicado a los problemas de la bioética. Después de una breve introducción de E. Conan y P. Bouretz, que se detienen, entre otras cosas, en el proyecto de ley francesa *Les sciences de la vie et les droits de l'homme* (proyecto Braibant), se publica una amplia entrevista con Jacques Testart sobre las problemáticas éticas suscitadas por las investigaciones concernientes a la selección genética aplicada a la reproducción humana.

Catherine Labrusse-Riou, miembro del Comité Nacional de Ética en Francia, en el artículo *L'homme à vif: biotechnologies et droits de l'homme* (pp. 60-70), pone de relieve cómo las tres lógicas predominantes en la cultura actual (productivista, individualista y colectivista), llevan a la abolición de las distinciones entre las personas y las cosas, por una parte; y por la otra, entre la materia y lo viviente.

Las colaboraciones sucesivas se refieren a temas como la elección del sexo (pp. 72-85), el deseo de tener un hijo (pp. 86-98), el eugenismo (pp. 99-115), la relación entre derecho y biología (pp. 116-123). En particular, D.C. Wertz y J.C. Fletcher critican las argumentaciones que pretenden legitimar el derecho de los padres de escoger el sexo de sus hijos, considerando que existen principios válidos contra la «elección» del sexo, basándose por otra parte en la afirmación de la justicia social y en la igualdad entre los sexos. P.A. Taguieff, finalmente, pone en guardia contra el silencioso pragmatismo de una práctica médica que a veces tiende a rebautizar el eugenismo con los términos de «prevención» o de «terapia».

Teofilo Mukeba Katamba

RANIERI P., Diagnosi clinica. Storia e metodologia. Roma: Borla, 1989, pp. 88.

Se trata de una sintética, pero al propio tiempo exhaustiva y meditada historia de la nosografía y del método diagnóstico, permeada toda de la tensión interior del autor. Un homenaje de un profundo pensador al pensamiento humano que al paso de los siglos ha contribuido a construir cuanto ahora poseemos.

El autor ha llevado a cabo un esfuerzo, ciertamente logrado, de concentrar los resultados de su estudio y de su conocimiento verdaderamente amplio y profundo, como resulta por lo demás de la amplísima y valiosa bibliografía a menudo anotada.

Como si de un «arqueólogo crítico» se tratara, el autor excava para nosotros en la medicina griega, en la revolución científica de los siglos XVI-XVII, en la nosología empírica y en la moderna, hasta la nosología contemporánea para extraer de ello un pensamiento vivo todavía y enriquecedor para nuestra mente.

De este «objetivo profundo» suyo, extrae los elementos esenciales y nos los ofrece, como aportación personalizada y nada común a la historia y a la filosofía de la ciencia y de la medicina. Una aportación útil cuando se necesita una raíz también filosófica de la profesión médica, que esperamos reanude el autor para divulgarla a un público cada vez más amplio.

Leonardo Antico

Medicina y Etica

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica médica

Suscríbase y descubra los verdaderos valores morales que giran en torno al área de la salud.

Precios de suscripción anual

México	Médicos y público en gral.....	150,000.00 pesos
	Estudiantes.....	127,500.00 pesos
	Ejemplar.....	50,000.00 pesos
Extranjero	América Latina.....	75 U.S. Dls.
	Otros países.....	85 U.S. Dls.

Medicina y Etica

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica médica

Talón de suscripción (use letra legible)

Adjunto cheque a nombre de
INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES S.C.

por la cantidad de _____

Como suscripción a 4 números de la revista internacional

Medicina y Etica Fecha _____

Nombre _____

Ocupación *Apellido paterno* *Apellido materno* *Nombre*

Calle _____ Dirección _____

Delegación _____ Colonia _____

País _____ Ciudad _____

Teléfono _____

Enviar suscripción a:

Universidad Anáhuac - Escuela de Medicina

A.P. 10844 -1100 México D.F.

Tels. 5892200 y 5899000, ext. 227 y 228

UST Social Research Center, *The elderly in the Philippines*. Manila 1989, pp. 204.

El libro presenta los resultados de algunas investigaciones sobre los ancianos llevadas a cabo en 1983, 1984 y 1986 por el Centro de Investigaciones Sociales de la Universidad de Santo Tomás de Manila.

En los dos primeros capítulos se delinear los aspectos sociológicos de la condición de los ancianos en las Filipinas. Aun con algunas comprensibles limitaciones debidas a las características de la muestra, resultan interesantes las consideraciones sobre las condiciones de vida en la zona rural y en la zona urbana: el análisis se refiere no sólo a los aspectos más específicamente socio-demográficos y económicos, sino también al estado general de salud y a la calidad de vida, las relaciones intergeneracionales, las políticas sociales y la participación en la vida social.

El tercer capítulo (pp. 79-119) desarrolla los resultados de una encuesta sobre la imagen y la percepción de la senectud en todas las franjas de edad, particularmente entre los jóvenes. La originalidad y la importancia de estos estudios estriba sobre todo en el hecho de que no existe un problema de la condición de los ancianos en sí, separado de los problemas de las otras condiciones, como la juvenil.

El libro se enriquece también con un informe sobre la enseñanza de la Geriátría y de la Gerontología en las Facultades médicas y en las Escuelas de enfermeras. En un apéndice aparecen numerosas tablas estadísticas y los cuestionarios utilizados.

Giuseppe Fasanella

BARACCO L. (a cargo de), *Schegge di cultura. Scoperte insieme nell'età di mezzo*. Leumann (TO): LDC, 1989, pp. 237.

El libro recoge una serie de lecciones dictadas en Turín en el ámbito de la iniciativa en pro de los ancianos llamada «Cultura Popolare Famiglia», surgida oficialmente en 1983, pero que hunde sus raíces en los primeros cursos dirigidos, también en Turín, a los animadores del «Movimento Anziani» desde 1970, antes aún de que se difundiera la Universidad para la Tercera Edad.

Los temas tratados son de lo más variados, aun cuando están divididos en cuatro grupos, y se refieren a temas de cultura general, de medicina,

de psicología y de cultura cristiana. Los artículos (54 en total) son bastante breves; sin embargo, con razón Baracco los define como «astillas de cultura», esto es, «fragmentos buenos de una realidad válida y robusta». Se trata, en conclusión, de un volumen ágil útil no sólo para los ancianos (sobre todo aquellos que «en la vida no han tenido la suerte de estudiar»), sino que constituye un valioso testimonio de compromiso y de amor por las personas ancianas.

Giuseppe Fasanella

BOGUSZ J. (pod red.), *Chrozy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie*. Bydgoszcz: Bydgoskie Towarzystwo Naukowe, 1985, pp. 91.

El libro, titulado «Los enfermos en los estadios terminales y la ética profesional en medicina», presenta las Actas de la Conferencia sobre el Enfermo Terminal llevada a cabo el 28 de abril de 1981, organizada por los Hospitales Reunidos de la región de Bydgoszcz y por la Facultad de Medicina de la Universidad de Danzig.

Los temas tratados se refieren a los principales problemas morales y deontológicos que surgen en la gestión de esos enfermos, entre ellos los aspectos de la «conciencia juez supremo», la orientación cristiana para con el hombre agonizante, el conflicto entre el derecho del enfermo a la verdad y la salvaguardia de la psique del paciente frente al pronóstico médico infausto, los dilemas en el manejo de los enfermos psiquiátricos y finalmente la actitud médica frente a la eutanasia pasiva y activa.

La segunda parte del libro contiene el estatuto de los «hospitium», esto es, de los centros especializados para cuidar al enfermo en el periodo terminal de la enfermedad. Tales centros se formaron en Polonia (en Cracovia) por primera vez en 1980, basándose en la experiencia de C. Sanders en Londres. La finalidad de tales centros sería no tanto curar la etiopatogenia de la enfermedad (*to cure*), cuanto proporcionar una asistencia adecuada, predominantemente sintomática, progresiva, capaz de prevenir los sufrimientos del periodo terminal (*to care*).

Este libro representa un intento de sistematización de los conocimientos concernientes a los problemas éticos frente al enfermo terminal y de formulación de un código de conducta común para todos los médicos; una prueba tan esperada, cuanto difícilmente realizable en un país

donde desde hace tiempo se enfrentan dos corrientes de pensamiento, el materialista socio-biológico y el metafísico cristiano.

Ines Magdalena Sulowska

DE RIENZO E., SACCOCCIO C., TORTELLO M., Le due famiglie. Esperienze di affidamento familiare nei racconti dei protagonisti. Turín: Rosenberg e Sellier, 1989, pp. 340.

En el ámbito de la significativa colección «Cuadernos de promoción social», el volumen aborda el tema de la adopción temporal de los menores por parte de una familia, recogiendo tanto los testimonios de los adoptantes y de los muchachos, cuanto las intervenciones de diversas figuras profesionales (juez, neuropsiquiatra, psicólogo, asistente social, animador comunitario), los cuales se ocupan diariamente de tutelar los intereses de los chicos en las complejas relaciones entre las «dos familias», la de origen y la dispuesta a acogerlos en adopción temporal.

Se reconstruyen siete diversas situaciones de adopción, representando cada una un aspecto problemático: la adopción temporal de un niño minusválido, la de un adolescente, la adopción que se transforma en adopción definitiva y la que continúa más allá de la mayoría de edad del muchacho, un caso de reingreso feliz en la familia de origen, otro de intensa colaboración entre los padres y la familia huésped, y los testimonios de dos muchachos ya mayores de edad que vivieron en la adopción una parte determinante de sus vidas. Muy provechoso es el enfoque a varias voces que proporciona un panorama completo para estar informados y verídico para ser «humanos» en esta forma dúctil y desinteresada de ayuda a la familia.

Livia Di Bernardo