

# Medicina y Ética

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

VOLUMEN XXI

NÚMERO II

2010 / 2

ABRIL - JUNIO

ISSN 0188-5022

Dignidad Humana y Bioética. Sobre los riesgos relativos al reiterado "derecho" a morir

*Luciano Eusebi*

La cuestión demográfica y el pensamiento de Juan Pablo II

*María Luisa Di Pietro*

Dementia, Human Dignity and Help to Die. A Theological Perspective

*Agentia Sutton*

Ulipristal Acetate. A New Emergency Contraceptive: Ethical Aspects of its Use

*Justo Aznar*

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud  
Facultad de Bioética  
Universidad Anáhuac, México Norte

Centro Di Ateneo Di Bioetica  
Facoltà di Medicina Chirurgia "Agostino Gemelli"  
Università del Sacro Cuore Roma

# **MEDICINA Y ÉTICA**

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.  
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter  
Impreso en Litho Press de México  
Av. Sur 20, núm. 233  
Col. Agrícola Oriental, 08500 México, D.F.

Dirección y Administración:  
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac  
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac  
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52786  
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7205 y 7146)  
Email: chamill@anahuac.mx

Dirección y Redacción en Roma, Italia:  
Centro di Ateneo di Bioetica Facoltà di Medicina Chirurgia "Agostino Gemelli"  
Università del Sacro Cuore, Roma  
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

Distribución:  
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.  
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac

México: 150 pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;  
Otros países: \$85 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque  
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.  
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac  
Universidad Anáhuac. Apartado Postal 10-844, México D.F. 11000

Medicina y Ética.  
Número de Registro de Marca 427526  
Certificado de Licitud de Título 6655  
Certificado de Licitud de Contenido 6923  
Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo 1009-93; control 22235  
Impreso en México. *Printed in Mexico.*  
ISSN 0188-5022

[039 0793]                   Porte pagado.  
                                  Publicación periódica.  
                                  Registro 0390793.  
                                  Características 210451118.  
                                  Autorizado por SEPOMEX.

La Revista *Medicina y Ética* aparece citada regularmente en los siguientes índices:  
*The Philosopher's index*, *Latindex* y *Redalyc*.  
The Journal of *Medicina y Ética* is indexed in: *The Philosopher's index*, *Latindex* and  
*Redalyc*.

# 2

VOLUMEN XXI NÚMERO 2 ABRIL-JUNIO DEL 2010

## MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

---

### *Italia*

#### *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

*Comité científico:* Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani  
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini  
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi  
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

### *México*

*Director responsable:*

Dr. José Kuthy Porter

*Director:*

Dr. Óscar J. Martínez González

*Coordinadores Editoriales:*

Dr. José E. Gómez Álvarez y Dra. Martha Tarasco Michel

*Traductor y corrector:*

Lic. Jesús Quiariarte

*Corrector de redacción:*

Mtro. Vicente Pérez Solsona

*Diseño de portada:*

Miriam Edith Colín Mejía

*Composición tipográfica:*

Tipografía computarizada

*Comité Editorial:*

Dra. Virginia Aspe Armella (Univ. Panamericana), Lic. Antonio Cabrera (Univ. Anáhuac), Mtro. Rafael García Pavón (Univ. Anáhuac), Dra. Ana Marta González (Univ. de Navarra), Dr. Javier Marcó Bach (Univ. de Santiago de Compostela), Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón (Univ. Complutense de Madrid), Dra. Martha Tarasco Michel (Univ. Anáhuac), Dra. María Dolores Vila-Coro (Catedrática de Bioética de la UNESCO), Mtro. Carlos Lepe Pineda (Univ. Anáhuac).

# ÍNDICE

EDITORIAL.....	113
Dignidad Humana y Bioética. Sobre los riesgos relativos al reiterado “derecho” a morir <i>Luciano Eusebi</i> .....	119
La cuestión demográfica y el pensamiento de Juan Pablo II <i>María Luisa Di Pietro</i> .....	143
Dementia, Human Dignity and Help to Die. A Theological Perspective <i>Agentia Sutton</i> .....	165
Ulipristal Acetate. A New Emergency Contraceptive: Ethical Aspects of its Use <i>Justo Aznar</i> .....	179
Reseña bibliográfica <i>José Enrique Gómez Álvarez</i> .....	187



## EDITORIAL

Esperemos que el nuevo diseño presentado en el número anterior haya resultado de mayor beneficio a los lectores. Aunque los editores así lo creemos, como siempre estamos abiertos a sus sugerencias y comentarios respecto a la nueva era de la revista.

En este número de la revista aparecen temas que aunque son clásicos en la Bioética nos dejan ver los matices y necesidad de reflexión continua que se requiere en este tema. Por ejemplo, respecto al paciente con demencia que requiere cuidados, se considera siempre lícito y obligatorio, mientras no cause daño al paciente, la administración de alimento y agua o fluidos. Asimismo, el “derecho a morir” y la dignidad humana. Parece clara en abstracto la respuesta de que atenta contra su dignidad, pero ¿por qué se reitera en el tema? Los temas no son nuevos, pero surgen nuevas aristas o perspectivas. Para ejemplo, basta lo señalado por respecto al paciente demenciado que continuamente rechaza el alimento y los líquidos. Él lo rechaza pero su estado amerita alimentarlo. ¿Qué hacer? ¿forzarlo? si es así, ¿con qué parámetros? estas perspectivas son analizadas por Agentia Sutton en su artículo “Dementia, Human Dignity and Help to Die. A Theological perspective.”

Otro ejemplo, el debate sobre la pildora del día después se centra en el hecho de si permite el anidamiento del embrión o el efecto sólo es anticonceptivo propiamente. Sin embargo, aparecen nuevos fármacos y nuevas “opciones”. La pregunta es que con los datos nuevos de estos nuevos medicamentos, ¿cambia nuestro juicio ético? ¿qué elementos nuevos se descubren con este nuevo producto? Esto pretende contestarse en el artículo de Justo Aznar.

De modo analogo los otros dos artículos de nuestro número abordan temas clásicos pero que son inevitables en el continuo reflexionar la Bioética.

*Dr. José Enrique Gómez Álvarez*  
*Coordinador Editorial*

## Criterios para los colaboradores de “Medicina y Ética”

1. La revista de *Medicina y Ética* es una revista especializada en el campo de la bioética que está enfocada a la difusión académica entre los profesionales afines a las temáticas y discusiones actuales en este campo. En consecuencia, *Medicina y Ética* no acepta artículos de difusión, ni material que puede ser considerado propagandístico de alguna corriente. La Revista no está circunscrita a una visión única de la Bioética, siempre que los artículos cumplan con rigor la metodología propia en la exposición de las ideas.
2. De acuerdo con lo anterior, las opiniones y posiciones son de responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente la posición de la Facultad de Bioética. El Consejo editorial no presupone, en ningún caso, que la institución de origen o de quien da actualmente empleo al autor, suscribe las posiciones de éste, vertidas en el artículo correspondiente.
3. El material deberá ser inédito, no obstante, se aceptan ponencias o comunicaciones, siempre y cuando se señale claramente el lugar y fecha donde se expuso por primera vez la investigación.
4. Se consideran tres tipos de publicaciones: artículos, notas y reseñas. Los artículos deben tener una extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Estos deben ser sobre temas monográficos. Las notas deben ser mayores de 7 páginas y menores de 15. Las notas tienen un carácter de discusión propia del campo científico; la discusión puede ser sobre otros artículos anteriores de la Revista, siempre y cuando cumplan con la calidad académica señalada y no como una mera expresión de una réplica por el afán polémico, sino a la altura del artículo que es motivo del comentario. Las reseñas deben tener una extensión mínima de una cuartilla y máxima de cinco. Las reseñas pueden ser tanto críticas como meramente expositivas.

5. Los artículos serán dictaminados por al menos dos académicos de competencia relevante en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores. El autor podrá realizar las correcciones que considere pertinentes y volverla a presentar, sin que *Medicina y Ética* se obligue a publicar el material. En cualquier caso, no se regresan originales. Los autores que hayan sido elegidos recibirán tres ejemplares de cortesía del número en que fueron publicados.
6. Los artículos publicables deberán escribirse de preferencia en español, aunque se aceptan en idioma inglés, de manera clara y concisa. El texto debe ir en letra Arial (12 pts) a espacio y medio, en papel tamaño carta. El material puede ser entregado en formato electrónico para PC, vía correo electrónico o disquete (Word para windows, o formato RTF).
7. Los artículos y notas deberán contener el título del trabajo, el (los) nombres(s) del (de los) autor (es), el nombre de la Institución a la que pertenezcan. El artículo debe estar acompañado de un resumen (abstract) no mayor de 15 líneas (aproximadamente 150 palabras) en español y en inglés. También deben contener 3 palabras claves no contenidas en el título.
8. Las referencias de libros deberán realizarse de la siguiente forma: APELLIDO DEL AUTOR, nombre del autor. *Título del libro*. Traductor, Editorial, Lugar de edición, año de publicación, página (edición original). Por ejemplo:  
  
SINGER, Peter. Una vida ética. Escritos. Trad.: Pablo de Lora Del Toro, Ed. Taurus, Madrid, 2002, p. 57 (inglés: Writings of an ethical life, 2000).
9. En el caso de las revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre del autor. “título del artículo”, *Título de la revista*, volumen, número, (mes, año), página. Por ejemplo:  
  
ROMANO, Lucio. “Educación de la sexualidad y los adolescentes. Encuesta cognoscitiva y antropologías de referencia”, *Medicina y ética*, XIII, 1, (enero-marzo, 2002), p. 85.

10. Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

**Facultad de Bioética  
Universidad Anáhuac  
Dr. José Enrique Gómez Álvarez, Coordinador Editorial  
Apartado Postal 10 844  
C.P. 11000, México, D.F.  
Email: jegomez@anahuac.mx**

11. No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección distinta de la anterior. Para considerarlo recibido, quien envía deberá contar con un recibo físico con sello, o bien con la respuesta electrónica de la dirección de correo electrónico señalada en el punto anterior.



# Dignidad Humana y Bioética

## Sobre los riesgos relativos al reiterado “derecho” a morir\*

*Luciano Eusebi\*\**

### Resumen

La afirmación de la dignidad humana implica la superación de la idea según la cual se podría actuar negativamente hacia otro individuo en correspondencia a un juicio negativo sobre sus condiciones existenciales, sobre sus calidades y sobre la utilidad de la relación con él. De ello deriva la idea antitética de relaciones intersubjetivas fundadas sobre el reconocimiento de todos los *otros* como sujeto portador de exigencias relacionales propias de la *communitas humana*. En este sentido, dándose una conexión inseparable entre un perfil del humano y la corporeidad, sólo el respeto de la vida en todo el arco en el cual ella está en acto, salvaguarda el principio de igualdad, como presupuesto de la democracia. La misma decisión contra la propia vida, en cuanto produce el disminuir del individuo como sujeto moral, no puede considerarse una afirmación coherente de la dignidad humana. Bajo el perfil jurídico, configurar relaciones médicas finalizadas a la muerte (quedando firme la ausencia del deber de tratamientos desproporcionados) compromete el rol de garantía desempeñado por la tutela de la vida, exponiendo los sujetos más débiles a prejuicios sustanciales de su dignidad.

---

\* El presente trabajo, con mínimas variaciones, ha sido publicado también en: Furlan E (coordinador). *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni e confronto a partire dalla Convention di Oviedo*. Milán: Franco Angeli; 2009: 203-220.

\*\* Profesor de Derecho Penal, Facultad de Jurisprudencia, Universidad Católica del Sacro Cuore, Piacenza (E-mail: [luciano.eusebi@unicat.it](mailto:luciano.eusebi@unicat.it)).

## Summary

### ***Human dignity and bioethics***

Affirming human dignity implies overcoming the idea that one is entitled to act negatively towards another human being, on the basis of a corresponding negatively towards another human being, on the basis of a corresponding negative judgment on his/her personal conditions or qualities, or on the basis of how useful the relationship with him/her might be.

Consequently, the opposite idea has to be fostered, i.e., the idea that interpersonal relationships are grounded in the recognition of every "other" person as someone who carries all the relational needs specifically linked to the *comunitas humana*.

In this sense, given the inseparable connection between all aspects of humanity and our bodily dimension, only the full respect of the human life throughout its course can safeguard the principle of equality, which is a fundamental condition for democracy. The decision to act against one's own life is in itself not coherent with human dignity, since it terminates the individual as a moral agent.

From the juridical point of view, allowing patient-doctor relationships aimed at causing death (accepted that disproportionate clinical treatments are not due) endangers the warranties played by the legal protection of human life, and therefore it substantially affects the dignity of those who are weak.

*Palabras clave:* dignidad, bioética, eutanasia.

*Key words:* dignity, bioethics, euthanasia.

## **Una noción sólo en apariencia genérica**

Aún sin explicitar aquello que deriva de su reconocimiento, la idea de una peculiar dignidad inherente a la existencia humana –lejos de constituir un concepto elevado sino genérico, válido sólo como término que resume unos derechos positivos, de tanto en tanto atribuidos por los ordenamientos estatutarios a los individuos par-

ticulares— puede ser considerado una verdadera y propia piedra angular en la construcción, en sentido sustancial, de la democracia. Un semejante reconocimiento de principio, por otra parte, no lleva en manera automática a deducir las consecuencias de las cuales, parece capaz de representar el presupuesto fundante: así que la referencia a la dignidad humana en los documentos bioéticos corre efectivamente el riesgo de reducirse a un expediente retórico en apariencia unificante (no siendo atribuible a un sistema de pensamiento predefinido) y muy poco comprometedor.

Sin embargo, la percepción del imponerse de una no negociable dignidad de los seres humanos —percepción diríamos adquirida, al menos en cierta medida, al bagaje cultural de la humanidad— tiene en sí una fuerza intrínseca que la hace de algún modo orientativa hacia resultados a ella coherentes: incluso en los casos en los cuales su papel sea solamente aquel de evocar la duda acerca de la compatibilidad de determinadas decisiones con los principios declarados.

Lo anterior, en cuanto a que la afirmación de la dignidad humana, presupone implícitamente una serie de presupuestos de máxima importancia.

### **La apertura a estilos de comportamiento no basados sobre la reciprocidad respecto al juicio que sea dado de “otro”**

Esta afirmación expresa, ante todo, la superación de la idea, muy enraizada, según la cual la conducta a sostener hacia otros individuos no podría sino tener carácter de reciprocidad, en relación al juicio acerca del rol, positivo o negativo, que estos últimos asumirían para quien deba decir cómo actuar ante ellos: un juicio referido, por tanto, no sólo al *actuar* ajeno, y en tal modo a la eventual consciencia de un determinado sujeto, sino inmediatamente a los efectos, valorados favorables o desfavorables, que el *existir*, del mismo comporte para quien llegue a encontrarse en relación con él.

En tal perspectiva, sería justo –hegelianamente en las cosas– responder a cuanto de negativo se reconozca unido a la condición existencial de los otros; o sea, a cuanto en un cierto individuo se suponga constituir un obstáculo al expandirse del propio ser, con una conducta negativa correspondiente. Se considera de esta manera, en contraste o, si es posible (cueste lo que cueste), de eliminar la incidencia de lo negativo en la propia vida (lo negativo que fácilmente referimos a los comportamientos o a la misma presencia de otros individuos).

La afirmación de la dignidad humana hace emerger la idea del todo antitética de relaciones intersubjetivas; dichas relaciones no son construidas sobre el modo de manifestarse de la existencia ajena, considerado como objeto de un juicio el reconocimiento del *otro* como sujeto (como un “tú”), sino como portador de una *humanitas* compartida: en otras palabras, de exigencias relacionales propias de la *communitas humana*. En modo que, donde el comportamiento de un ser humano carezca de correspondencia a tales exigencias, no se deriva sólo una privación para este último, sino también una no realización en términos de humanidad para quien habría podido actuar en aquel modo y no lo haya hecho.

Esto permite que el respeto de la dignidad humana, aún antes de hacer de cada individuo abstractamente titular de derechos, lo cualifique a un tiempo como *portador y destinatario* de deberes en la relación con los otros seres humanos. Así, se exige que ninguno, entre estos últimos pueda ser tratado similarmente a las *cosas*, de modo puramente instrumental o abandonado (si no incluso suprimido) a la indiferencia por sus condiciones existenciales y por su destino.

En el fondo, hablar de la dignidad insuprimible de todo ser humano significa admitir que cuanto corresponde más plenamente a la unidad de nuestra condición existencial, es dado por la actitud de acogida; o sea, del compromiso para realizarnos a nosotros mismos a través –y no *contra*– de la realización del *otro* (por tanto, a través de nuestro empeño en que él realice lo mejor posible las po-

tencialidades de su vida).<sup>1</sup> Significa optar ante lo negativo – inocente o incluso culpable – que nos ha sido dado acercarnos en el impacto tal vez doloroso con la vida de otros individuos, no por la reciprocidad de una correspondiente conducta negativa que nos surja de aquel encuentro, sino por proyectos de los cuales podemos distinguir, en tales situaciones, aquello que es *diferente* de lo negativo o, si se quiere, del *mal*.

Estas motivaciones, que fundan los derechos inviolables del hombre mucho más allá de un mero contrato social de recíproca no beligerancia, ha dado amplias demostraciones de ser inesperada donde estén en consideración interlocutores débiles (o, si se quiere, no *plenamente cooperadores*) y en la esencia de un interés tangible por mantener hacia ellos relaciones iguales.

Cuanto se ha dicho implica que la dignidad humana compete, simplemente, al subsistir de cada ser humano, de las capacidades o de las cualidades (filosóficas, psíquicas o incluso morales) que la existencia en un momento dado manifieste. De ello depende la *igualdad* de los seres humanos<sup>2</sup> y, con ella, la configurabilidad de las relaciones sociales efectivamente inspiradas en la noción de democracia: la cual, antes de toda ulterior característica, requiere que cada uno en la sociedad, incluso el más débil, cuente.

Es entonces suficiente que exista una vida humana para que exista dignidad humana. Por lo demás, cuanto distingue a la existencia humana de las formas de vida, resulta inseparablemente ligado al ser en acto, es decir, una vida biológicamente humana. La corporeidad no es accidental a nuestra vida: lo que es típico de esta última, se expresa a través del cuerpo, según una unidad que no permite separar el darse de la vida biológica de aquel del humano en su conjunto (hoy ya ninguno sostendría que las dimensiones psíquicas o intelectivas hayan *descendido* al cuerpo desde el exterior).<sup>3</sup>

Desde cuándo y hasta cuándo va desenvolviéndose una vida perteneciente a la especie humana, está en juego, por tanto, la pre-

sencia del humano y de su dignidad. Se tratará de una vida siempre marcada por la caducidad, por la vulnerabilidad, por el inconcluso. Las mismas capacidades típicas de la existencia humana irán actualizándose y en muchos aspectos debilitándose, para cada uno en modo desigual, a lo largo del arco de su duración. De frente a la vida se percibirá, quizá, el estupor por aquello que queda, el vértice de aquello que existe, mientras, acaso, prevalecerá el sufrimiento por la heridas que la acompañan. Tal es la condición humana: no un estado de perfección, inmutable y estático.<sup>4</sup>

Aquello que liga el desarrollo del existir, en su fracturas, como en su aspiración a la plenitud, aquello que hace unitaria la vida individual más allá de las carencias que marcan su recorrido y los modos que asume en los particulares instantes temporales<sup>5</sup> (además de la misma discontinuidad de la consciencia,<sup>6</sup> el *defluir* de la realidad psíquica<sup>7</sup> o las vicisitudes de los procesos de socialización<sup>8</sup>) y precisamente el elemento, para cada uno idéntico, de su humanidad.

No es casualidad, entonces, que percibido el sentido de la dignidad humana a la luz del carácter de *indigencia* que contradistingue la vida, la función primaria del derecho haya sido descubierta en el “tematizar la *defensa de los sujetos débiles*” o quizá, de todo ser humano en su debilidad. Por lo cual podemos “individualizar como derecho fundamental de toda persona aquello que se puede denominar un derecho al sustento”,<sup>9</sup> en paralelo a la imagen de un ser humano que manifiesta entre sus necesidades aquello “de cuidar de los otros entrando en relación con ellos”.<sup>10</sup>

De todo esto, puede constituir un paradigma la primera fase, sobre todo aquella anterior al nacimiento, en la cual toda vida, donde se verifican condiciones que impiden el interrumpirse de su proceder, necesita de ser gratuitamente *acogida*: de este modo, quien ha vivido ha contraído un débito de solidaridad para repetir hacia los otros, como un *habitus* del ser humano que no debe traicionar, cuanto ha caracterizado su mismo ser.

## “Algo” a ser reconocido en términos no derivables de decisiones ideales antecedentes

La afirmación de la dignidad humana, en cuanto no reducible a una decisión determinada por intereses materiales (puesto que actuar conforme a tal dignidad puede bien resultar *bic et nunc*, para nada ventajoso bajo aquel punto de vista), implica admitir, también, que exista algo por comprender, o sea por *reconocer*, no solamente en relación al descubrimiento de las reglas que gobiernan las realidades físico-naturalistas,<sup>11</sup> si bien también sobre el plano antropológico y, en consecuencia, sobre el plano ético.<sup>12</sup>

De ello se deriva que la apertura a los contenidos éticos se manifiesta, en la óptica en examen, como experiencia humana *originaria*, en tal modo de poder constituir un terreno de participación y de encuentro. Al contrario de la opinión actualmente difundida según la cual contenidos similares serían describibles exclusivamente como logros de decisiones subjetivas anticipadas (filosóficas, políticas, religiosas...), o bien como mero reflejo de las diversas pertenencias culturales: en modo de resultar argumentables sólo al interior de los contextos así definidos.

Emerge, por tanto, con la idea de la dignidad humana –desde la época del iluminismo en la cual fue estructurándose la noción moderna de democracia– el convencimiento que puedan darse, puntos de vista autónomos del interés de parte, teniendo cuidado exclusivo a la *humanidad* propia de cada individuo y susceptible de ser percibido, al imponerse, de cualquier sujeto.

Puntos de vista, en otras palabras, orientados a acoger exigencias relacionales de principio conformes en sí mismas a la justicia (o, si se quiere, de naturaleza objetiva), cuyo reconocimiento jurídico queda confiado, más que a poderes preconstituidos, a la comunidad social en su conjunto, con ello haciéndose manifiesta la corresponsabilidad de cada miembro suyo, en cuanto sujeto moral.

Una perspectiva ha dado lugar, como bien se sabe, a la apuesta representada por la Carta de los derechos humanos y por el parale-

lo reconocimiento de estos últimos (en modo que toda otra norma debería constituir un camino realizativo) en las Constituciones. No se trata de cuánto a tales derechos<sup>13</sup> haya aportado argumentaciones convincentes.

El reconocimiento de la dignidad humana en la Constitución, como también su efectiva traducción en las leyes particulares y en los comportamientos concretos, no pueden ser objeto de decisiones conexas a la autonomía moral de los miembros de la comunidad civil:<sup>14</sup> son decisiones que tienen necesidad de permanecer firmes en el tiempo y de ser hechas propias por las nuevas generaciones.

Cosa bastante diversa del recibimiento pasivo de los principios hetero-impuestos en antinomia con el rol cardinal de la libertad personal. Como es propio de las instancias morales, el respeto (en sede legislativa y en la praxis) de la dignidad humana presupone una decisión en tal sentido, repetida en el tiempo, por parte de los individuos que componen la comunidad social.

El paradigma de la dignidad humana extrae su fuerza del hecho de no presuponer un específico sistema de pensamiento, resultando directamente unido a la cuestión moral (en la vida no se trata sólo de *querer*, sino que hay también algo para *entender*), en cuanto antecede sin subordinar, las diversas visiones del mundo. Esta cuestión hace ineludible para cada uno, el interrogativo prioritario sobre el modo de imponerse respeto al *otro* y *forzosamente*, sobre el modo de imponerse también respeto por la propia realidad existencial. No es casualidad que el reconocimiento de todo *otro* como *alguien* cuya vivencia humana nos atañe,<sup>15</sup> haya podido conducir a identificar en la *persona*, según la evidente formulación de Antonio Rosmini, “el derecho subsistente, la esencia del derecho”.<sup>16</sup> *La inseparabilidad del “humano” de su dimensión biológica (sobre la tentación lato sensu eugenética)*

Si el cuerpo es esencial a la humanidad del ser, entonces la tutela de aquello que es humano y que lleva su dignidad implica, el respeto de la vida humana que se expresa a través del cuerpo.

Ahora, la vida de todo individuo es identificable como un proceso que, desde el momento en el cual tiene inicio hasta su término, se desarrolla en modo *continuo* y *autónomo*; es decir, con el resultar en acto un proceso existencial coordinado y guiado desde su interior, según las características de la especie de pertenencia.

Cada uno *se encuentra* en en una vida que procede por fuerza propia. Puede hacerse cargo de las condiciones externas necesarias (entre las cuales el contraste de los eventos patológicos) a fin que su camino existencial, o aquel de otro individuo, no se interrumpen antes de tiempo. Es capaz de actuar para poner término a su misma vida, pero no de tener parte activa respecto al subsistir de la misma.

Ya se ha visto que en el arco de la vida los seres humanos expresan y realizan en modos diversos las capacidades inherentes a su humanidad, que permanece para todos idéntica. Ellos, además, comparten con los otros vivientes la *gradualidad* del desarrollo en la primera parte de la existencia. Pero también este último aspecto no puede legitimar diferencias cualitativas —referidas al estado de avance de la evolución psicofísica— entre vidas humanas igualmente en acto. Por un lado, no tendría ningún fundamento racional concebir el estructurarse de las capacidades que caracterizan lo humano —sobre todo aquellas intelectivas— como distinto del proceso existencial en su unidad, casi que el primero pueda tener un inicio autónomo del segundo y ser acoplado desde el exterior, como ya se observaba, al desarrollo meramente biológico del cuerpo. Las capacidades típicas de la existencia humana se vuelven actuales en el ámbito de un itinerario indivisible, cuyo inicio es uno solo y, por tanto, no existe una fase de la vida humana en la cual no se encuentre el constituirse de las funciones que son propias del ser humano.<sup>17</sup> Por otro lado, precisamente la realización *ab intrínseco* de la progresión que caracteriza la formación de las actitudes inherentes a la vida humana, indica cómo ya subsista aquello que sostiene en el tiempo el desplegarse de la misma, haciéndolo expresión de una realidad existencial unitaria.

No por casualidad representa una de las adquisiciones más radicales de la civilización moderna el convencimiento de que niños no han de considerarse inferiores en dignidad humana y en derechos respecto a los adultos. De hecho, el preámbulo de la Convención Internacional sobre los Derechos de la Infancia, citando el preámbulo de la Declaración aprobada de la ONU sobre los derechos del niño, afirma que “a causa de su falta de madurez física e intelectual necesita una protección y cuidados *particulares*, incluida una protección legal apropiada, tanto antes como después del nacimiento”.<sup>18</sup>

Tal vez se observa, por otro lado, que la destrucción de una semilla apenas germinada no es percibida como aquella de una planta al completar su desarrollo. Pero la pertinencia del parangón con la vida humana es sólo aparente: si, de hecho, el valor que se atribuye a la planta está ligado exclusivamente a la fruición (estética, agroalimentaria, industrial...) que otros la puedan tener (y si las semillas son ampliamente sustituibles), entonces la observación resulta inobjetable. Donde por el contrario se discuta de una realidad esencial que tiene valor en sí, y no en relación a la ajena delectación en una dada fase de su existencia, entonces el paralelismo no se sostiene: en el caso en el cual a la existencia misma de la planta fuese atribuido valor en sí —por ejemplo porque su especie está en vías de extinción— no se sería indiferente a la destrucción de la semilla.

Por lo demás, incluso quien quisiese atribuir valor sólo a la actualidad de una vida consciente, debería explicar por qué el adulto en coma por un trauma, y con modestas *oportunidades* de recuperación, ha de ser atendido, mientras el embrión, que cuando es dejado vivir se desarrolla ciertamente, salvo eventos traumáticos, podría ser destruido.

Bien difícilmente, además, un adulto sería sincero en declararse indiferente respecto a la eventualidad de que *su* embrión, en el pasado, hubiese sido destruido. Si lo declara es porque sabe que, ahora, cuanto afirma aceptar no puede verificarse. Pero si esto es ver-

dad, afirmar desinterés por el destino de embriones *diferentes* del propio, viola el principio de igualdad.

Desde cuándo está en acto una secuencia de desarrollo existencial coordinada y unitaria que tiene carácter humano —es decir desde la fecundación o desde el momento en el cual, tal secuencia haya tenido inicio— se trata, por tanto, de actuar hacia ella en modo conforme a su dignidad humana, renunciando a cualquier perspectiva *latu sensu* eugenética.<sup>19</sup>

Esto hasta que la coordinación unitaria del organismo —y por tanto el proceso en el cual consiste la vida de cada individuo— venga a menos, es decir hasta la muerte. En este sentido, el criterio que identifica la muerte cierta de un ser humano es de tipo sustancial y no, como alguno sostiene, meramente convencional. Por otra parte, la determinación de esta última no implica, obviamente, la degeneración contemporánea de todas las células que componen un organismo adulto, ni excluye la posibilidad de continuar a sostener técnicamente, en un individuo cuya muerte haya tenido lugar mientras era sometido a terapia intensiva, la temporal eficiencia de determinados órganos o el interactuar todavía al menos parcialmente coordinado de determinadas partes del cuerpo.

Otra cuestión es establecer el momento en el cual las condiciones descritas por el susodicho criterio se realicen, momento hasta ahora reconocido en modo ampliamente compartido en la muerte completa del cerebro, que es irreversible —las actividades cerebrales, por lo demás, no son técnicamente sustituibles— y de la cual deriva el extinguirse de todas las ulteriores funciones del organismo (si bien algunas entre ellas pueden ser mantenidas incluso por un tiempo notable después de la muerte cerebral mediante formas de sustento adecuadas, como atestigua un cierto número de embarazos proseguidos, en tal estado, hasta la inducción del parto). Las voces que recientemente han puesto en duda el coincidir de la muerte de un individuo con aquella de su cerebro<sup>20</sup> deberían aducir argumentos, para hacer plausible que cuanto puede temporalmente permanecer gracias a la intervención médica después de la muerte

cerebral, aún expresando funciones del cuerpo humano susceptibles de utilizar, por ejemplo, actividades nerviosas espinales todavía activas, sea aún indicativa de la subsistencia del organismo, en su unidad sistémica, de un individuo humano. No sería ciertamente verificable tal subsistencia, por ejemplo, en los órganos (aunque fuesen varios) trasplantados en otro individuo y que cuando se ha hipotetizado en literatura, un irreal trasplante de cabeza, se ha observado que se trataría más bien del trasplante del resto de cuerpo respecto al sujeto identificado por su cabeza. La muerte del cerebro como órgano a través del cual encuentran realización las características de un individuo humano parece dar lugar, en otras palabras, no solamente a una aún gravísima discapacidad, como puede determinarse a través de varios tipos de lesión cerebral (incluida la así llamada anencefalia), sino al disolverse la existencia misma del individuo, aún ahí donde permanezcan *vivos* materiales biológicos más o menos complejos pertenecientes a su cuerpo.

En fin, una cuestión diferente es discutir acerca de las modalidades a través de las cuales contrastar empíricamente que el momento antes mencionado sea intervenido (obviamente, según procedimientos no idóneos para resultar dañinos, en el caso de permanencia de la vida): criterios formalizados desde hace tiempo, respecto a la muerte cerebral, aún desde el punto de vista legislativo.

## **La proporcionalidad de las intervenciones para salvaguardar la vida y la no configurabilidad de una relación sanitaria orientada a la muerte**

Quedando firme que la *dignitas* humana subsiste en todo el arco de la vida y que el reconocimiento de todo individuo, de ello no se deriva, sin embargo, el deber de actuar a cualquier costo, mediante los instrumentos técnicos hoy disponibles, con la finalidad de conseguir todo posible margen disponible de postergación del deceso. La existencia humana, de hecho, es mortal. Esto, en cierto modo,

puede decirse que es parte de su misma dignidad, si es verdad que, paradójicamente, pone al vivir en la perspectiva del absoluto, en cuanto logra que las decisiones adoptadas por motivos éticos en la esfera de lo contingente (quizá hasta aceptar el riesgo de la muerte) puedan asumir características de total incondicionalidad y gratuidad. Entonces, aparece coherente con la dignidad humana aceptar la naturaleza mortal de la vida, en una óptica del todo diversa de aquella de una negación del valor que compete al estar en vida de un determinado individuo (o al propio estar en vida), la cual derive de un juicio acerca de las condiciones esenciales del mismo.

Esta situación puede darse donde una intervención terapéutica comportaría, sufrimientos y deterioros agregados respecto al estado en el cual se encuentra el enfermo:<sup>21</sup> efectos, en otras palabras, no compensados por los beneficios previstos. Tener como único objetivo el perseguir todo espacio de ulterior prolongación de la vida, prescindiendo de consideraciones inherentes a la *proporcionalidad* de la intervención terapéutica, terminaría por desatender que, aún siendo la tutela de la vida relacionada a la dignidad humana, no toda modalidad de tal tutela es automáticamente impuesta por la salvaguarda de la susodicha dignidad.

De hecho, ciertamente la tutela de la dignidad humana ha de ser entendida como tutela de la persona, no como garantía de la investigación. Muchos hoy deducen, sin embargo, que los criterios comportamentales concernientes a la utilización de terapias de salvación de la vida, sean reconducibles a la sola voluntad del paciente y que esta última resulte incontrolable. Una posición similar constituye, en efecto, la correlación de un riguroso contractualismo en las relaciones intersubjetivas: si las relaciones con los demás —excluida toda relación con principios reconocidos como válidos en sí— pueden fundarse sólo sobre el encuentro de voluntades no ulteriormente argumentables, entonces la actitud hacia el propio ser, que *prima facie* no implica alguna incidencia sobre la esfera de la libertad ajena, será necesariamente para entenderse (salvo las carac-

terísticas de la relación con el médico) como el ámbito de la más total protestabilidad.

No obstante, un acercamiento tal se expone a objeciones fundamentales. En primer lugar, resulta contradictorio sostener la incontestabilidad moral de la decisión de no tutelar la propia vida, o de darse directamente la muerte como expresión de la propia autonomía. Con la muerte, de hecho, decae la subsistencia misma del individuo como sujeto moral capaz de incidir en la realidad natural y en las relaciones interpersonales a través de elecciones fundadas sobre su responsabilidad. De por sí, entonces, elegir la muerte no afirma, sino destruye la autonomía. También la actitud en relación con las terapias capaces de tutelar la propia vida es valorable desde el punto de vista moral, en modo que una decisión abstencionista actúa la referencia a criterios éticamente generalizables referentes a la proporcionalidad de las mismas.

Un problema distinto es aquel que se refiere al comportamiento en relación con un sujeto que rechaza la activación de terapias que aparezcan del todo proporcionales, es decir, en contraste con la indisponibilidad de la propia vida. El propósito es clarificar, preliminarmente, que no se da un “derecho” de morir: expresión sintética, esta última, que indica la posibilidad de establecer una relación intersubjetiva, en particular con el médico, finalizada al producirse la muerte. Semejante posibilidad, hasta hoy, ha sido siempre excluida del derecho (incluso a través de específicas normas penales), ya que está en contraste con la actitud debida hacia la dignidad humana. Lo cual encuentra confirmación en el código de deontología médica, por el cual constituyen objeto exclusivo de la actividad sanitaria “la tutela de la vida, de la salud física y psíquica del hombre y el alivio del sufrimiento”.<sup>22</sup>

Quedando firmes estas premisas, es por el contrario ampliamente reconocido que existe un límite acerca de la intervención (aún cuando consista en una terapia proporcional) sobre la intimidad de la esfera corpórea de un individuo consciente y competente del punto de vista psíquico, límite constituido por la no coercibili-

dad de la intervención misma. Se pone en evidencia, de hecho, que en el momento en el cual la subjetividad moral del individuo es capaz de expresarse, la relación con él (con su ser corpóreo) debe establecerse a través de ella, es decir, a través de su consentimiento. De cuanto se ha dicho deriva, que ante el rechazo de terapias proporcionales, el médico no podrá limitarse a la actuación del mismo, sino deberá siempre procurar la tutela de la salud a través de medios no coercitivos, y por tanto a través de la información, el diálogo, el alentar, el sostenimiento moral y psicológico. También deberá predisponer, cuando sea posible, modalidades de intervención alternativas a aquellas a las cuales el enfermo se opone. También a la luz de la bien conocida constatación psicológica según la cual el enfermo que declara renunciar a terapias no desproporcionadas, expresa ordinariamente una petición profunda al no abandono, tanto del punto de vista humano, como del punto de vista del *derecho* de no sufrir, es decir de usufructuar del recurso a los instrumentos propios de la medicina paliativa.

Si la relación terapéutica no puede ser instaurada en modo coactivo en relación de un enfermo consciente y competente, dicha relación no puede ser orientada a la muerte. Se sigue que del primero de tales presupuestos no es deducible la legitimidad de la petición al médico de activarse para interrumpir la operatividad de una situación la cual asegure una condición en acto de tutela de la salud, según modalidades proporcionales. Como no es deducible la legitimidad de la previsión de un vínculo para el médico a instaurar para el futuro una relación con el declarante, la utilización de instrumentos proporcionales, es decir de una relación en sí no orientada a la tutela de la salud.<sup>23</sup>

Emerge la referencia ineludible, incluso desde el punto de vista jurídico, a criterios que describen en sentido sustancial los límites de deber del tratamiento terapéutico, criterios en su mayoría sintetizados a través de la noción de proporcionalidad. Mientras la solicitud de una prestación médica que no constituya un acto de tutela proporcionada de la salud resulta tanto ética como jurídicamente

inadmisible. Se ha dicho, por el contrario, que la referencia a la proporcionalidad asumiría contornos excesivamente objetivistas, excluyendo todo resalto de factores inherentes a la vivencia personal. La misma reflexión moral de la Iglesia católica, tradicionalmente muy atenta a la tutela en sí de toda vida humana, no se pone, por ejemplo, en una línea tan rígida.<sup>24</sup> Si acaso, parece decisivo que tales factores pongan de relieve según modalidades susceptibles de ser compartidas, y no en la óptica de una mera subjetivización del juicio. Precisamente por esto es bueno que se discutan y afinen las criteriologías, en los diversos sectores, a la luz del sol, incluso si se quisiese elaborar un procedimiento de toda decisión terapéutica, nunca sería posible evitar contextos en los cuales sea necesario decidir sin disponer de una expresión del querer del interesado o de su representante.

## Dignidad humana y eutanasia pasiva

Los principios expresados en esta materia en algunas sentencias recientes de la jurisprudencia motivan en cambio un sentido muy diverso. Tales sentencias vienen a considerar que a través de una expresión de la voluntad referible al enfermo (incluso regresiva y reconstruida en términos del todo presumibles) pueda legítimamente pedirse al médico cualquier intervención dirigida a interrumpir la operatividad o la suministración de elementos necesarios para la sobrevivencia (incluso no tendientes al contrarrestar una patología o el dolor y, por tanto, de carácter no terapéutico, como la hidratación y la alimentación); o bien —con relación a la eventual instauración *futura* de una relación sanitaria— la no activación de cualquier elemento vital: esto es a prescindir de toda consideración sobre las características que asuma, dadas las condiciones actuales del enfermo, el elemento del cual se discute. Afirmación que encuentra un desarrollo ulterior en la opinión según la cual los mismos poderes habrían de atribuirse, cuando no resulte disponi-

ble una expresión de la voluntad del enfermo, a terceros, los cuales representen *ex lege* o por delegación.

Sobre esta vía vendría *tout court* legitimada la eutanasia voluntaria (o reconstruida como tal) que se realice por omisión o mediante actos interrumpidos de prestaciones vitales, cuando menos donde esto suceda en el ámbito de una relación médica. El principio según el cual no son legítimas las relaciones interpersonales, tanto activas como pasivas, orientadas a la muerte, resultaría superado. Lo cual aparece tanto más preocupante si se considera como finalidad eutanásica en situaciones de precariedad existencial casi siempre puedan ser realizadas sin recurrir a actos que produzcan directamente la muerte. Pero si se considera cuán fácilmente una expresión de la voluntad sea susceptible de traducirse en un acto de contornos sumamente formales.

Se trata de una orientación que ha podido afirmarse a través de un camino jurídico bastante discutible. Este se funda, en primer lugar, sobre una lectura forzada e innovativa de las normas constitucionales, referida sobre todo al art. 32, 2º constitucional, según el cual "nadie puede ser obligado a un determinado tratamiento sanitario sino por disposición legal". Una norma similar, aún a la luz de su elaboración en la Asamblea Constituyente, tutela al individuo respecto a la pretensión proveniente de cualquier poder —el Estado, el empleador, el experimentador, una sociedad aseguradora, un equipo deportivo, *etc.*— de poner en acto intervenciones que incidan sobre la gestión de su salud, puesto que tal gestión debe permanecer de competencia exclusiva de la relación terapéutica entre aquel sujeto y su médico. El artículo 32, 2º constitucional, en cambio, no ha pretendido en modo alguno cambiar (nada, en el texto, indica una intención de este tipo) los principios que regulan la relación terapéutica, y en modo particular, legitimar una relación con el médico que no esté orientada a la salvaguarda de la salud (o al alivio del sufrimiento). En práctica, un derecho de la así llamada autodeterminación terapéutica, que se vuelve derecho (incondicionado) de morir y de establecer una relación con el médico conforme a seme-

jante intención, con el único límite, bastante frágil, de la inadmisibilidad de la suministración por parte del médico, de sustancias que produzcan en modo directo la muerte.

Todo esto sobre la base, además, de la discutible afirmación según la cual la jurisprudencia podría aplicar directamente las normas constitucionales, sin esperar a que eventuales nuevas problemáticas sean afrontadas por el legislador e ignorando las normas de derecho positivo en contraste con la lectura que se haya dado de la Constitución: problemática, esta, entre las más delicadas acerca de las relaciones entre los Poderes del Estado.

Habiendo considerado lo anterior, se trata de preguntarse si la intención en examen –que excluye toda prominencia de criteriologías compartidas acerca de los límites de la intervención médica– represente verdaderamente una ampliación completa de las oportunidades de realización sustancial de los derechos fundamentales y de la dignidad humana. En otras palabras, se trata de preguntarse si existen razones, como en otros sectores del derecho, para considerar que gestionar determinadas relaciones sobre un plano meramente contractual (o incluso a través de actos vinculados unilaterales, muy poco compatibles con la noción de alianza terapéutica) comporte efectos opuestos a aquellos que la referencia a la promoción de una mayor libertad podría considerar. Similares *contra efectos* son bien vistos, muy relevantes y van más allá del mismo dato de fondo. Esto se evidencia en la primera parte de esta contribución, según la cual admitir relaciones sanitarias que impliquen la muerte, sin ninguna consideración por las características del acto médico en tal modo excluido, significa infiltrar la obligación del mutuo reconocimiento entre los seres humanos en su existencia, sobre el cual se funda el principio de igualdad.

La intención susodicha orienta a una postura de *defensa* del enfermo en relación de la actividad médica, presentada como potencialmente enemiga (en clara antinomia, también en este caso, con la perspectiva de la alianza terapéutica) y es tal como para poder ser contrastada, en su presunta vocación a actuar extralimitada-

mente, haciendo valer el así llamado derecho a morir. Ahí donde la efectiva exigencia de los pacientes, una vez aclarado que no han de ser impuestas formas desproporcionadas de intervención, se concreta en la satisfacción del opuesto derecho a *no ser abandonados* por la medicina. El sufrimiento ligado normalmente a la ausencia del contrastar los procesos patológicos y, donde tal contraste no sea ya posible, a la ausente activación de los necesarios procesos paliativos: o sea, en síntesis, a la *cesación* del compromiso médico.

Por tanto, se trata de una orientación que enfatizando el “derecho” a morir y proponiéndolo como afirmación de la propia personalidad ante el *poder* de la medicina, impulsa hacia su utilización y favorecimiento de espontáneas salidas de escena de los enfermos que representarían un costo económico para la colectividad. Lo que nadie podría admitir es el objetivo de una reducción de las cargas necesarias a la asistencia de los enfermos no recuperables a una vida productiva. Tanto más si se considera que, admitido el derecho del enfermo a morir, su ser atendido en situaciones de precariedad existencial ya no es la normalidad sino se vuelve el objeto de una decisión: con el inevitable instaurarse de la sensación que la sociedad se espere, en ciertas condiciones, un paso atrás; y con un *trend* relacionado al inculcamiento desgarrador hacia los enfermos y sus respectivas familias que continúen a pedir el compromiso terapéutico. Entre el derecho y el deber *moral* de morir, el espacio es sumamente restringido.

Al mismo tiempo, trasladado el centro del interés biojurídico del derecho de ser atendidos (art. 32, 1º constitucional) al derecho de no ser atendidos; es decir, de la exigencia que la relación médica asegure la salvaguarda (proporcional) de la salud a la óptica de un mero cumplimiento por parte del médico de las peticiones provenientes del enfermo, se produce un impulso inevitable hacia la medicina defensiva: en otras palabras, hacia una situación en la cual cada vez el médico podría tener fuertes resistencias a proponer, o a sostener ante el enfermo necesitado de sostenimiento psicológico, una terapia seguramente necesaria para tutelar la vida o la salud,

pero no ausente de una cierta posibilidad de inducir eventos adversos. El médico sabe que no es fácil acertar sobre el plano jurídico, el nexo causal que reconduzca la muerte (anticipada) de un paciente gravemente enfermo a un si bien indebido abstencionismo terapéutico. Y, en la óptica de la medicina meramente contractualista, es fácil que advierta bastante más consistente respecto al riesgo de deber responder por la “pérdida” de un enfermo, el riesgo de ser llamado a responder –donde active la terapia antes mencionada o, con mayor razón, donde la intervención adversa verdaderamente se verifique– por una no exhaustiva prestación del consentimiento. Este último riesgo es favorecido por un análisis absoluto del consentimiento es impracticable y, además, contraproducente respecto a las exigencias de comprensión del enfermo, como también por el hecho de que si bien la aceptación psicológica de la enfermedad por parte de este último, quedando firme el deber de no mentir, requiere una cierta gradualidad informativa.

De ello deriva la tendencia bien conocida a la formalización de los módulos de consentimiento informado, entendidos bajo esta perspectiva, mucho más como pólizas liberatorias para el médico de responsabilidades por sucesos adversos aunque extremadamente improbables (con previsible efectos *terroristas* en la representación de muchos enfermos), que como instrumentos de una efectiva alianza terapéutica.

Esto refiere los riesgos totales derivados de la formalización de las relaciones sanitarias, no pudiéndose ignorar la incidencia de la circunstancia por la cual es bien difícil en los estados agudos de la enfermedad considerar toda expresión exterior del querer, aún cuando no sea confrontable una patología psíquica, como manifestación directa de la subjetividad de su autor. No es casualidad, como ya recordábamos, que la psicología clínica recomiende una lectura no superficial de las necesidades expresadas incluso a través de declaraciones de renuncia a las terapias, muy raramente localizables en un contexto de atención al alivio del dolor y a la cercanía humana. Ni se puede olvidar cuán fácil sea expresar declaraciones

renunciatarías en contextos psicológicamente inactuales respecto al subsistir de una dada patología. O como bien difícilmente un enfermo rechazaría la firma del *testamento biológico*, que le fuese propuesto por la estructura sanitaria en la cual confía la oportunidad de salvación de su vida, si bien él mismo pueda asumir los contornos de una liberatoria de ulteriores compromisos, en el caso de resultado no óptimo de las terapias.

La misma atribución formal de libertad, además, corre el riesgo de relegar al enfermo a una soledad angustiante: el enfermo y sus familiares piden las más de las veces ser *ayudados* a decidir; es decir, de poderse confiar a una reflexión moral compartida, y no de asumir la carga de opciones relevantes para la vida y para la muerte sin alguna coparticipación de la comunidad.

Ante tales riesgos, se confirma el convencimiento de que el no abandono del principio de indisponibilidad de la vida en ámbito médico, mantenga todo su esplendor de ayuda, y no de límite, respecto a la afirmación de la dignidad humana.<sup>25</sup>

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> Véase: Vigna C. *Sulla dignità della vita umana in prospettiva bioetica* en Cattorini P, D'Orazio E, Pocar V (coord.). *Bioetiche in dialogo. La dignità della vita umana, l'autonomia degli individui*. Milán: Zadig: 1999: 21. “Se puede intervenir por la existencia humana (la mía o la de otros), es decir en su favor. De ello se deriva que la vida humana en su totalidad no puede ser objeto de decisión, sino como proyecto de “cumplimiento” de sus potencialidades” (cursiva nuestra).

<sup>2</sup> Cfr.: Schockenhof E. *Etica della vita. Un compendio teologico*. trad. it. Brescia: Queriniana; 1997; 172. Ver también: Sgreccia E. Casini M. *Diritti umani e bioética*. Medicina e Morale 1999; 1: 42: “No es racionalmente posible introducir una distinción de valor entre vidas humanas o al interior de la única vida humana sin al mismo tiempo, negar de raíz el principio cardinal de los derechos humanos: la igual dignidad de todo ser humano, la igualdad, la no discriminación”.

<sup>3</sup> Véase: Scheler M. *Il formalismo nell'etica e l'etica materiale dei valori*. trad. it., Cinisello Balsamo: Edizioni San Paolo; 1996: 518 s. “El individuo contenido en la propia corporeidad parece, en un cierto sentido, “trascurrir” sin relación con (la) existencia dotada de duración. Entre la durabilidad del yo y la del cuerpo-propio subsiste en cambio a nivel fenoménico una relación fundamental *exactamente*

opuesta que se manifiesta en estados de ánimo contrarios a aquel precedentemente descrito y caracterizados por el hecho que nosotros, por así decir, “vivimos en nuestro cuerpo-propio” (cursiva nuestra).

<sup>4</sup> Permanecen instructivas, a este propósito, las consideraciones de: Levi-Montalcini R. *Elogio dell'imperfezione*, 5ª ed. (reimp.), Milán: Garzanti: 2002, en particular pp. 9 ss. y 279 ss., que identifica precisamente en la imperfección “una nota dominante del comportamiento del *Homo sapiens sapiens*” (p. 280).

<sup>5</sup> Cfr.: Runggaldier E. *Presupposti metodologici e ontologici del dibattito sulle neuroscienze* en Eusebi L (coord.). *Dinamiche della volizione e libertà*. Milán: Vita e Pensiero: 2008: 42 ss.

<sup>6</sup> Cfr. Schckenhof. *Etica...*, p. 87 ss.

<sup>7</sup> Valga una vez más la referencia a: Scheler. *Il formalismo...* “El cuerpo-propio no se manifiesta ni como “nuestro-propio”, ni como “sometido a nuestro poder”, ni como “simplemente momentáneo”; él es, o parece ser, nuestro mismo yo y al mismo tiempo algo que compenetra el tiempo objetivo en modo *estable, duradero, continuo*, y respecto del cual la realidad psíquica trascurre como algo “pasajero” (cursivas del Autor)

<sup>8</sup> Se vea: Haberman J. *Il futuro della natura umana. I rischi di una genética liberale*. trad. it., Turín: Einaudi; 2002: 60 s. “La persona podrá concebirse como autora de acciones responsables, así como fuente de pretenciones auténticas sólo presuponiendo la continuidad de un Sí que permanece idéntico a través de la historia-de-vida. (...). En las vicisitudes de la historia de vida nosotros podemos reafirmar nuestro “ser nosotros mismos” sólo cuando podemos establecer una diferencia entre aquello que *nosotros somos* y aquello que *a nosotros sucede*. Esta diferencia nosotros la fijamos a una existencia corpórea en la cual se prolonga un “destino de naturaleza” que hunde sus raíces más allá de un “destino de socialización” (cursivas del Autor).

<sup>9</sup> Así D'Agostino F. *Il diritto di fronte alla disabilità mentale* en AaVv. *Dignità e diritti delle persone con handicap mentale*. Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 2007: 202 ss. (en referencia a Nussbaum M. *Giustizia sociale e libertà umana*. Trad. it., Bologna: Il Mulino: 2002: 120): Mieth D. *Che cosa vogliamo potere? Etica nell'epoca della biotecnica*. trad. it., Brescia: Queriniana: 2003: 556, habla de “una opción a favor de la preeminencia de las personas vulnerables (“*vulnerable persons*”).”

<sup>10</sup> Así Nussbaum. *Giustizia...*, p. 40 s. (el pasaje es retomado en D'Agostino. *Il diritto...*).

<sup>11</sup> Bajo este punto de vista puede en efecto sorprender cómo no obstante la naturaleza puramente cognitiva de las ciencias, constituyente del ámbito de la actividad humana quizá más valorado como expresión de lo moderno, subsistan en esta fase histórica tan grandes dificultades para admitir que algo pueda existir para leer aún con relación a aquello que realiza al humano sobre el plano relacional: salvo reconsiderar la cuestión precisamente a la luz de indicios derivados de investigaciones empíricas (véase, por ejemplo, una síntesis periodística de las indagaciones presentadas en esta materia a la sexta edición de la *International*

*Conference on Thinking* desarrollada en San Servolo del 21 al 23 de agosto de 2008 por iniciativa de la *British Psychological Society* y de la *Fondazione Scuola Studi Avanzati di Venezia*; cfr.: Piatelli Palmarini M. *Così si forma el giudizio morale. Le intuizioni etiche sono innate e i processi razionali arrivano dopo*. Corriere della Sera. 27 de agosto de 2008, p. 45).

<sup>12</sup> Valga la evocación, a propósito, a los problemas nuevos que engloban a la humanidad entera, como aquel representado, en relación a las técnicas hoy disponibles y a las potencialidades de la ingeniería reproductiva, de los  *criterios* de la generación humana: con el fin de que esta última pueda permanecer como un acto relacional humano y no configurarse como mera aplicación de habilidades biomédicas.

<sup>13</sup> Ellos representan el lado especulativo de los  *deberes* implícitos a la admisión de la dignidad humana.

<sup>14</sup> Cfr.: Guardini R. *Ética*, trad. it. Brescia: Morcelliana: 2001: 20. "El ser humano lleva en sí auténticas dimensiones esenciales, que sin embargo viven en la esfera de la libertad".

<sup>15</sup> En cuanto portador de una humanidad compartida cuyas heridas representan un incompleto cumplimiento para la misma humanidad de quien permanezca indiferente hacia ellas.

<sup>16</sup> Rosmini A. *Filosofía del derecho*. V, 3.1: 1841-1845.

<sup>17</sup> Cfr., por ejemplo: Reichlin A. *Aborto*. Roma: Carocci; 2007. "La persona está presente desde el momento en el cual está presente el individuo biológico que en seguida desarrollará tales capacidades": quedando firme "que, en el ámbito de una común naturaleza personal, diversos individuos pueden presentar diferentes niveles de actualización de la capacidad racional y de la capacidad de libre decisión" y, además, "que existen fases de su existencia en las cuales estas capacidades no está todavía presentes, así como en otras fases de su ciclo biológico ellas pueden cesar momentáneamente o definitivamente, en parte o del todo".

<sup>18</sup> En el mismo sentido se vea ya, por otra parte, el art. 25, 2ª coma, de la misma *Declaración Universal*. Se considere también el art. 24, 1ª coma, del *Pacto internacional sobre los derechos civiles y políticos* y el cuarto alinea de la parte introductoria a la misma *Convención internacional sobre los derechos de la infancia* (adoptada por la Asamblea general de la Onu el 20 de noviembre de 1989), del cual además se evalúe el art. 23, sobre los derechos del niño *física o mentalmente inhábil*. Significativamente, a la afirmación citada en el texto hace explícita referencia a la sentencia n. 35/1997 de la Corte constitucional italiana, relator Giuliano Vassalli, ahí donde declara el derecho a la vida de los no nacidos "consagrado" por el art. 2 constitucional.

<sup>19</sup> En otras palabras, a cualquier conducta lesiva que derive de un juicio negativo sobre una determinada existencia humana. Bajo esta visión emerge la centralidad que debería asumir la renuncia a utilizar los conocimientos genéticos en sentido selectivo entre vidas ya iniciadas, como también la renuncia a generar, mediante fecundación *in vitro*, vidas humanas *sub conditione*, es decir en vista de un *screening* posterior fundado sobre técnicas de diagnóstico preimplante. Acerca de la

exigencia de regresar a compartir un serio compromiso de prevención del aborto, es útil la referencia a la amplia convergencia entre diversas inspiraciones culturales realizadas en sede de redacción del documento aprobado por el Comité Nacional para la Bioética en diciembre de 2005 sobre *Ayuda a la mujer embarazada y depresión post-partum*.

<sup>20</sup> Cfr., por ejemplo: Becchi P. *Morte cerebrale e trapianto di organi*. Brescia: Morcelliana: 2008.

<sup>21</sup> A tal problemática se agrega aquella delicadísima y fácilmente instrumentalizable respecto a las características de una correcta colocación de los recursos disponibles. Sobre el tema cfr.: Bresciani C. *Proporzionalità della cura e utilizzo razionale delle risorse* en Eusebi L (coord.). *Etica, risorse economiche e sanità*. Milán: Giuffrè Editore; 1998: 143 ss.

<sup>22</sup> Se confronte el art. 2 del código deontológico. En el mismo sentido profesional del médico, que menciona los deberes "de perseguir la defensa de la vida, la tutela de la salud física y psíquica del hombre y el alivio del sufrimiento", como también "de no cumplir nunca actos que provoquen deliberadamente la muerte de una persona".

<sup>23</sup> Se permite la referencia, para un análisis más extenso, a: Eusebi L. *Criteriologie dell'intervento medico e consenso*. Rivista italiana di medicina legale 2008; 1227 ss. (también con respecto, en tema de *actualidad* del eventual rechazo, a las argumentaciones de Cass., sez. III civ., 15-9-2008, n. 23676, como también en relación a la amplia gama de contenidos diversos de aquellos mencionados en el texto que las declaraciones anticipadas pueden legítimamente asumir).

<sup>24</sup> Se consideren los números. 14-16 de la *Declaración sobre la eutanasia* aprobada en 1980 por la Congregación para la Doctrina de la Fe.

<sup>25</sup> Valga a propósito la referencia a la segunda parte del art. 32, 2° constitucional.

# La cuestión demográfica y el pensamiento de Juan Pablo II

*María Luisa Di Pietro\**

## Resumen

El artículo ofrece una síntesis de la enseñanza de Juan Pablo II sobre la así llamada "cuestión demográfica", que se presenta con diferentes escenarios en las diversas partes del mundo. En los países ricos se registra, de hecho, una preocupante disminución de los nacimientos, mientras en los países pobres se asiste al aumento de la población, lo cual se ve no compatible con las frecuentes condiciones de subdesarrollo. De aquí la notable referencia a las conocidas teorías malthusianas y a su reformulación por parte del neomalthusianismo, del organicismo y del ecologismo, que proponen como solución el control de la natalidad. No existiendo, sin embargo, una real e insuperable desproporción entre crecimiento de la población y disponibilidad de los recursos. Las políticas antinatalistas aparecen más que como una decisión racional, un truco para resolver problemas muy diferentes, como por ejemplo las políticas económicas de muchos países ricos. La verdadera causa del subdesarrollo hay que buscarla en la falta de equidad en el acceso a los recursos. E incluso cuando se probase que el crecimiento de la población es la causa del subdesarrollo, el respeto a la dignidad y al valor incondicionado e inalienable que se debe a toda persona, hace moralmente inaceptable recurrir a cualquier medio para contener los nacimientos (como la contracepción, la esterilización o el aborto) o su imposición por parte de las políticas del Estado.

---

\* Profesora Asociada del Instituto de Bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore. Roma (E-mail: mldipietro@rm.unicatt.it).

## Summary

### ***The demographic matter and John Paul II's thought***

The article aims to offer a synthesis of John Paul II's teaching about the so-called "demographic matter", present in different ways in the various parts of the world. Rich and advanced Countries see a fall in the births; instead, poor Countries see an increase in the population, which is not easily tolerable in a context of underdevelopment. The idea of the Malthusian Theory and its reformulation pointed by the neo-Malthusianism, the Organicism and the Environmentalism, intent "to solve" the demographic matter by birth control. Because of there is not an effective gap between population growth and resources availability, anti-birth policies, therefore, seem to be an escape to resolve different problems that, otherwise, would debate economic policies in many rich Countries instead of a choice imposed by rationality. In fact, the true reason of underdevelopment must be found in the lack of equity in resources access. But, even if underdevelopment be proved by population growth, respect for human dignity makes morally unjustifiable any means for birth control (as contraception, sterilization or abortion) or their imposition by government policies.

*Palabras clave:* cuestión demográfica, control de los nacimientos, subdesarrollo, sobrepoblación.

*Key words:* demographic matter, birth control, underdevelopment, overpopulation.

### **La así llamada "cuestión demográfica"**

"Otro fenómeno actual, el cual es frecuentemente acompañado por amenazas y atentados contra la vida, es el demográfico. Se presenta en diferentes modos en diversas partes del mundo: en los países ricos y desarrollados se registra una preocupante disminu-

ción o caída de los nacimientos; los países pobres, en cambio, presentan en general una elevada tasa de aumento de la población, difícilmente sostenible en un contexto de menor desarrollo económico social, o incluso de grave subdesarrollo. Frente a la sobrepoblación de los países pobres hacen falta, a nivel internacional, acciones globales –políticas familiares y sociales serias, programas de crecimiento cultural y de justa producción y distribución de los recursos– mientras se continúa con la actuación de políticas antinatalistas”.<sup>1</sup>

Con estas palabras, Juan Pablo II introduce la “cuestión demográfica”, evidenciando los puntos principales del debate sobre el tema: las diferentes condiciones entre las poblaciones de los países ricos y las poblaciones de los países pobres; el recurso a las políticas de control de la natalidad; la posibilidad de poner en acto programas de solidaridad social y de equitativa distribución de los recursos.

Las “diferentes condiciones de las poblaciones”, es el punto de partida de una reflexión sobre la cuestión demográfica desde el momento en que son objeto de estudio de los demógrafos las “poblaciones” y no la “población”. Este término, en apariencia de claro y compartido significado, es frecuentemente interpretado en modo equívoco por cuantos –impulsados por erróneos presupuestos ideológicos– consideran la “población” un “mal”, que en su crecimiento puede poner en peligro el “bien” representado por el ambiente y el desarrollo. En consecuencia, el objetivo primario de las políticas demográficas sería el de mantener/modificar la estructura y dinámica de la población a través de políticas antinatalistas, si los números se elevan, o a través de políticas pronatalistas si los números se reducen.<sup>2</sup>

El término “población” es utilizado, sin embargo, también con otra acepción que –aún siendo comprensiva de las variaciones numéricas– las analiza en sus varios aspectos (ciclo vital, extinción, sustitución), teniendo presentes los cambios tanto cuantitativos como cualitativos que pueden producirlos (nacimientos, muertes,

flujos migratorios, modelos de vida, etc.). En esta óptica, se vuelve necesario además de indicar la población mundial, explicar también las razones por las cuales existen países con un notable decremento de los nacimientos y envejecimientos de la población, y países con un rápido crecimiento demográfico. En este horizonte se prefiere hablar de “poblaciones” y diversificar las intervenciones dependiendo de las necesidades locales, incluyendo también, aunque no solamente, la dimensión cualitativa.

Teniendo como objeto de estudio las “poblaciones”, ¿en qué términos se puede hablar de “implosión” o de “explosión” demográfica? Para encontrar una respuesta a estas preguntas, se deben analizar –antes que nada– los “números” por continentes y por Estados, la composición por sexo, por edad, por situación, por estado social; para llegar luego al estudio de las modalidades del ya realizado crecimiento o decrecimiento, etc. Una tarea no fácil, sobre todo cuando nos adentramos en el mundo de las previsiones y de los resultados no siempre transparentes, sobre todo si surge la duda que los números sean frecuentemente asertivos respecto de finalidades en pro del bien de una población. De frente a cifras repetidamente riesgosas y exorbitantes, que llevan a temer el peligro de una Tierra sobrepoblada y de muerte segura para todos, está quien tiene posiciones más moderadas y sostiene no sólo que esté equivocada la afirmación de un aumento rápido de la población (lo cual se ha verificado –a la luz del esquema de la transición demográfica– en modo gradual o con ritmos diversos en los diferentes países) sino que es incluso improbable una explosión demográfica. Se prevé, de hecho, un escenario de implosión en los países ricos y una desestabilización en los países pobres. La implosión en los países ricos debería ser consecuencia de las actuales tasas de fecundidad hasta la desaparición de la población; mientras en los países pobres se debería asistir –después de una primera fase de crecimiento– a la reducción de la población.

El escenario mundial presenta, por tanto, países ricos en los cuales la declinación de la natalidad está comprometiendo el cam-

bio generacional, y países pobres en los cuales la tasa de fecundidad es superior o igual a la tasa de mortalidad. En los países ricos se registra el progresivo envejecimiento de la población con posibles efectos a corto (aumento de la desproporción entre personas en edad productiva y personas en edad de retiro; decremento del número de niños en edad escolar; exceso del personal empleado en las escuelas; reducción de los consumos propios de la infancia y de la adolescencia) y a largo plazo (falta de cambio generacional). En los países pobres, se teme el crecimiento excesivo de la población respecto a la disponibilidad de los recursos. En ambos casos se temen graves e irreversibles daños para el ambiente y para el futuro de la humanidad. ¿Qué respuestas se dan normalmente a estos hechos?

Respecto del envejecimiento de la población, se hace notar que esto podría llevar a la mayor demanda de servicios por incapacidad y enfermedad, y al aumento del costo social, reduciendo los recursos económicos para otras edades de la vida; hasta el punto que el intento del sistema social, de sostener la vejez y de contener los costos de los eventuales nuevos nacimientos, podría actuar en sentido antinatalista, agravando la actual situación de los países ricos. Hay, por tanto, quien propone –luego de años de políticas antinatalistas– políticas pronatalistas con intervenciones económicas y sociales a favor de la familia y de la maternidad, o de alentar la inmigración. En este último caso se subraya que la tendencia a la implosión de los países ricos y la tendencia a la explosión en los países pobres podrían resultar incluso complementarias o resolutivas. Muy diferentes son las soluciones prospectadas para los países pobres. Desde el momento que –en los países pobres– al aumento numérico de la población no se ha seguido un adecuado desarrollo económico, social y cultural, se asiste a la caída en la miseria de las condiciones de vida, agravada también por las continuas tensiones y guerras. El hambre, la sed y el miedo de “ser demasiados” respecto a los recursos disponibles sobre la tierra, encuentran sin embargo una sola respuesta: detener el crecimiento de la población

por todos los medios disponibles. Es esta – se sigue repitiendo – la única solución proyectable, de otro modo el hambre ya no será un problema sólo de los países pobres sino también de los países ricos, y las guerras y la contaminación se ocuparán a continuación de matar a cuantos no se hayan ya muerto de hambre.

“El antiguo faraón –se lee en el n. 16 de la Carta Encíclica “*Evangelium Vitae*”–, sintiendo como una pesadilla la presencia y el multiplicarse de los hijos de Israel, los sometió a toda forma de opresión y ordenó que fuese sacrificado todo neonato varón de las mujeres hebreas (cfr. Es. 1,7-22). Del mismo modo se comportan hoy no pocos potentes de la tierra. Ellos también perciben como una pesadilla el desarrollo demográfico en acto y temen que los pueblos más prolíficos y más pobres representen una amenaza para el bienestar y la tranquilidad de sus países. En consecuencia, más que querer afrontar y resolver estos graves problemas en el respeto de la dignidad de las personas y de las familias, y del inviolable derecho a la vida de todo hombre, prefieren promover e imponer por cualquier medio, una contundente planificación de los nacimientos. Las mismas ayudas económicas, que estarían dispuestos a dar, son injustamente condicionadas a la aceptación de una política antinatalista”.

El control de la natalidad como “solución” de la cuestión demográfica es lo que ahora se propone a la luz de las viejas teorías malthusianas. Según Thomas R. Malthus, la producción alimentaria crece en progresión aritmética, mientras la población crece en progresión geométrica, creando así una diferencia entre población y recursos disponibles. Para obviar esta situación, Malthus sugería reducir los nacimientos retrasando el acceso al matrimonio y favoreciendo la selección natural. Estas afirmaciones, basadas sobre una idea pesimista de la realidad y ampliamente desmentidas por los hechos, son nuevamente propuestas por el neomalthusianismo.<sup>3</sup>

Para el neomalthusianismo, el principio de referencia del actuar humano es el placer. Desde el momento en que el placer es consi-

derado un “bien”, mientras que una eventual concepción se estima un “riesgo” si no incluso un “mal” a evitar, el acto sexual queda disociado de la procreación. Esta visión utilitarista es hoy siempre más evidente en la vivencia del embarazo, considerado frecuentemente una “enfermedad” a combatir: una enfermedad social, porque el incremento de los nacimientos sería causa del empobrecimiento de Mundo; una enfermedad física, porque la morbilidad/mortalidad ligada a los embarazos es todavía muy elevada en los países pobres; una enfermedad psicológica, porque el hijo se quiere sólo si ha sido programado. La disociación del acto sexual de la procreación lleva, por tanto, a recurrir a la contracepción y a la esterilización, objeto de libre elección o de imposición a la mujer o a la pareja. Las teorías neomalthusianas han sido hechas propias por las organizaciones de gobierno dedicadas a las políticas de control demográfico, que han puesto a disposición –a partir del final de los años 50’s– todo medio para derrotar al “enemigo”: el aumento de los nacimientos.<sup>4</sup> Para convencer a los países pobres de la necesidad de contener el número de los nacimientos, los países ricos han iniciado a subordinar las ayudas económicas a firmes políticas de gobierno tendientes a frenar la tasa de crecimiento de la población en el país beneficiario. Han sido así financiadas campañas anti-natalistas, y a la contracepción se han añadido prontamente la esterilización y el aborto.

También durante las conferencias internacionales sobre la población –a partir de la II Conferencia Internacional realizada en Belgrado en 1965– se ha asistido a la progresiva afirmación de estas tesis. Inicialmente, en modo cauto y respetando algunos principios (la familia como fruto de la unión entre un hombre y una mujer; la sacralidad de la vida humana); luego, en modo siempre más desprejuiciado, hasta llegar a la Conferencia Internacional del Cairo (1994). En esta ocasión, se ha asistido a un fuerte contraste entre las delegaciones de los diversos países por una parte y la delegación de la Santa Sede por otra, en relación a la propuesta –luego

anulada, al menos en el papel— de considerar el aborto como un “medio de reducción de los nacimientos”.

“El borrador del documento —escribía Juan Pablo II a la señora Nafis Sadik— ignora completamente el consenso internacional manifestado durante la Conferencia Internacional sobre la Población, realizada en Ciudad de México en 1984, sobre el hecho de que “en ningún caso el aborto debe ser promovido como método de planificación familiar”. En efecto hay la tendencia a promover el derecho internacionalmente reconocido a poder abortar por petición expresa, sin alguna restricción y sin alguna consideración hacia los derechos de los no nacidos, en un modo que supera aquello que actualmente, por desgracia, es admitido por las leyes de algunas naciones. La visión de la sexualidad que inspira el documento es individualista. El matrimonio es ignorado como si perteneciese al pasado. Una institución tan natural, universal y fundamental como la familia no puede ser manipulada sin causar serios daños al tejido y a la estabilidad social”.<sup>5</sup> Y de hecho, también en ocasión de la Conferencia Internacional sobre la mujer, celebrada en Pekín en 1995, ha sido solicitado considerar el aborto un “derecho humano”.<sup>6</sup> Lo que ha sucedido después de la aplicación de las políticas de control de la natalidad es un hecho conocido. Los millones de indios esterilizados en menos de diez meses durante el gobierno Gandhi, las mujeres esterilizadas sin anestesia en Bangladesh, la esterilización por coacción de las mujeres peruanas durante el gobierno Fujimori, la política china de un hijo por pareja perseguida con el aborto del segundo hijo, son sólo algunos ejemplos. Más aún, paralelamente al aborto quirúrgico, se está difundiendo el aborto químico (RU486, prostaglandinas, etc.) y la “contracepción de emergencia”.

Según el organicismo, la sociedad humana es un cuerpo cuyos miembros son diversos bajo la relación de la unidad, del valor y de la dignidad. Es pues considerado inadmisibile que quien está menos dotado, acarree daños al resto de la raza humana: por esta razón —se dice— es necesario ayudar a la naturaleza a actuar su selección. En el caso de las políticas demográficas, esta selección debería su-

ceder en base voluntaria y no sólo natural. En otras palabras: partiendo del presupuesto de que los pobres son “perdedores” y los “ricos” son “vencedores”, que los pobres son “inferiores” y los ricos son “superiores”, se debe impedir que los pobres procreen y favorecer la procreación entre los ricos. Más aún, los pobres deberían considerar como un “deber moral” su propia autolimitación. Esta dimensión voluntarista y eugenésica de las políticas de control demográfico, ha surgido claramente desde la Conferencia Internacional sobre la población, llevada a cabo en Bucarest en 1974.

Para el ecologismo, el aumento de la población pone en riesgo el ambiente de la Tierra. Deforestación, despilfarro de recursos, calentamiento global, deterioro de la ozonósfera; dependen –se sostiene– del aumento de la población y, en particular, de las poblaciones más pobres. Los equilibrios naturales deben ser defendidos aún a costa –según el ecologismo– de una selección “por hambre” de los pobres. Ya en la Conferencia Internacional sobre Población en Bucarest en 1974, se presentó el crecimiento de la población como causa de la destrucción del ambiente. También en la Conferencia de Estambul, en 1996, en el curso de la cual se ha vuelto a proponer la relación entre planificación territorial y planificación de los nacimientos. Pero como subrayaba Juan Pablo II en la misma Carta a la señora Sadik: “el crecimiento demográfico es frecuentemente desaprobado por motivos ambientales, sabemos que el problema es más complejo. Los modelos de consumo y de desperdicio, en particular en las naciones desarrolladas, el agotamiento de los recursos naturales, la ausencia de límites o de salvaguarda en algunos procesos industriales o productivos, dañando el ambiente natural”. La búsqueda, por tanto, de una “seguridad demográfica” a través de la reducción de los habitantes de los países pobres, a la cual también los países ricos deberían dar el ejemplo. ¿Lo que se propone se configura realmente como una política a favor de las poblaciones, o no se trata, más bien, de intervenciones de “ingeniería demográfica” dictadas por una lógica meramente matemática? Donde los números se reducen, se pide tener hijos y/o de abrir

las fronteras a los inmigrantes; donde los números parecen demasiado altos, se pide o se impone no tener hijos o de emigrar. Todo lo cual sin detenerse a pensar que tras un número, un aborto, un inmigrado, hay una persona con una dignidad y con derechos que han de ser respetados: “La Iglesia –se lee en el mensaje de Juan Pablo II al Secretario General de la Conferencia Internacional sobre Población, realizada en 1984 en Ciudad de México– reconoce el rol que compete a los gobiernos y a la comunidad internacional en el estudiar y afrontar con responsabilidad el problema de la población en el contexto y en la perspectiva del bien común de cada nación y de toda la humanidad. Pero las políticas demográficas no deben considerar a las personas como simples números, o sólo en términos económicos, o a la luz de cualquier otro prejuicio. Ellas deben respetar y promover la dignidad y los derechos fundamentales de la persona y de la familia”.<sup>7</sup>

Y por el contrario, con tal de contener los números y en nombre de la “razón” de Estado, no se ha tenido consideración de gastos ni del hecho que se estaba pisoteando el derecho a la vida del concebido y de la dignidad de los esposos. La anticoncepción es presentada como el “remedio” de la pobreza y del subdesarrollo y como el único medio para asegurarse un mundo más civilizado y humano; la fecundidad se vuelve así “área privilegiada” de intervención: la difusión y el conocimiento de los anticonceptivos/abortivos son considerados la única explicación de los comportamientos diferenciados en el ámbito de la fecundidad entre países ricos y países pobres. La realidad es, sin embargo, muy diferente. La difusión de los contraceptivos/abortivos es, de hecho, elevada también en los países pobres, aún cuando el porcentaje de las mujeres que los usan es bajo. Son múltiples las estrategias de difusión utilizadas: la producción local de contraceptivos/abortivos por parte de industrias afiliadas a las multinacionales; la participación de los gobiernos en los programas de planificación de los nacimientos; la individualización de objetivos específicos (los campamentos de prófugos; los inmigrantes); la utilización de personal no

médico (por ejemplo, para colocar el dispositivo intrauterino (DIU); la distribución del kit “hazlo tú mismo” (por ejemplo, anticonceptivos de emergencia o asociación de mifepristona+misoprostol para el aborto químico). Las mujeres son, además, usadas como “conejiillos de indias” para la experimentación de estos productos, partiendo del presupuesto que los riesgos ligados a un embarazo serían de algún modo menores a los de la experimentación. En algunos casos no se han dado a conocer ni siquiera los riesgos de algunos productos por temor que la experimentación sea suspendida. Ciertamente, una correcta información no hace ética de por sí la experimentación de productos anticonceptivos/abortivos, pero permite –al menos– respetar el derecho de la mujer a disponer en modo consciente de sí y puede representar también una ocasión de reconsideración sobre la utilización de estos productos.

El bajo porcentaje de uso de anticonceptivos/abortivos parece estar relacionado no tanto a la falta de difusión de los anticonceptivos/abortivos, sino más bien a la motivación de usarlos o no usarlos. De hecho, mientras en los países ricos la anticoncepción representa una libre elección –condicionada siempre por una cultura claramente antinatalista y por una sociedad que no tutela de modo adecuado la maternidad–, en los países pobres se ha vuelto un “deber moral” de la población, un “servicio” a la humanidad entera. Esta imposición choca, sin embargo, con culturas donde la familia y los hijos son todavía un valor. Se trata del así llamado *deseo procreativo*: ninguna mujer renuncia *a priori* a un embarazo; además, en algunas sociedades tener muchos hijos es considerado una ventaja, ya sea porque una familia numerosa es signo de mayor prestigio y la fertilidad es estimada como una forma de protección contra las incertezas de la mortalidad, tanto porque tener más hijos significa tener más brazos para trabajar y más jóvenes para asistir a los ancianos.

“Por otra parte –se lee en la Carta Encíclica *Sollicitudo Rei Socialis*– resulta muy alarmante constatar en muchos países el lanzamiento de campañas sistemáticas contra la natalidad por iniciativa

de sus gobiernos, en contraste no sólo con la identidad cultural y religiosa de los mismos países, sino incluso con la naturaleza del verdadero desarrollo (...).<sup>8</sup> Y la máquina de la anticoncepción/esterilización/aborto continúa trabajando en la búsqueda de nuevos métodos anticonceptivos o abortivos, buscando implementar la difusión del aborto quirúrgico y de multiplicar los servicios de salud reproductiva. En la búsqueda de este último objetivo no concurrirían, sin embargo, las intervenciones preventivas y terapéuticas dirigidas a crear condiciones (físicas, psíquicas, socioeconómicas y ambientales) óptimas para la concepción, la gestación y el nacimiento; sino el control de los nacimientos o la garantía de elegir sobre la propia sexualidad y reproducción en modo independiente a toda referencia de valores.

## Las verdaderas causas de la pobreza

El punto de partida de las teorías mathusianas y del movimiento neomalthusiano son las dos ecuaciones: más población = más pobreza; más población = más contaminación. Como ya se ha dicho la alarma demográfica nació en los años 50's para luego aumentar en los años 70's. De aquella época es el conocido libro *La bomba P* de Paul Ehrlich.<sup>9</sup> Apoyándose en el temor del uso de armas nucleares por parte de una de las dos grandes potencias militares (USA y URSS), el título de este libro apunta el dedo contra una amenaza considerada gravísima, la "población": "Cientos de millones de seres humanos –se lee en el prólogo– morirán de hambre en los años 1970-1980" y "nada podrá evitar un importante crecimiento de la tasa de mortalidad mundial".

También en los años 70's se ha publicado el reporte *Alt alla crescita* preparado por el Club de Roma: un libro que ha creado mucha aprehensión sobre la cuestión demográfica, reportando cifras inauditas, estadísticas "explosivas", previsiones catastróficas.<sup>10</sup> E incluso, Ester R. Brown escribía –en el libro *I limiti della popolazione*

*mondiale*— que el límite del desarrollo sostenible sería eliminado en el arco de 25 años:<sup>11</sup> una teoría desmentida por los hechos, desde el momento que más de 25 años después es posible constatar que tanto los cálculos como sus teorías malthusianas han sido equivocados. Por otra parte, Malthus no podía prever que los recursos naturales, y sobre todo la disponibilidad de alimentos, habrían aumentado en el curso de los años. Se considera, incluso, que los actuales recursos alimentarios sean suficientes para una población en crecimiento y se prevé que intervenciones cuidadosas en el campo —por ejemplo— de la agricultura puedan incrementar ulteriormente la producción para hacer frente al aumento de población previsto por las proyecciones demográficas.

¿Por qué, entonces, en tantos países se muere de hambre? La causa es la falta de equidad en el acceso a los alimentos, tan es así que sólo los países ricos se dividen cerca de tres cuartas partes del producto mundial bruto, si bien albergan sólo a una cuarta parte de la población. A esto se asocian la incapacidad o la mala voluntad de los países interesados en responder a la emergencia por la reducción de la disponibilidad de alimentos; las grandes diferencias económicas internas por las cuales riqueza y poder están concentrados en manos de pocos, mientras el resto de la población vive en la pobreza y en la miseria; la inestabilidad política y las guerras que hacen más difícil el despegue económico de un Estado y llevan a muchos países pobres a transferir gran parte de los sus recursos a sectores no productivos desde el punto de vista económico, como el militar, sustrayendo personas y medios a actividades que promoverían, en cambio, el desarrollo.

Una denuncia en tal sentido se encuentra en el n. 14 de la Carta Encíclica *Sollicitudo Rei Socialis* donde Juan Pablo II escribe: “La primera constatación negativa a realizar es la persistencia, y frecuentemente el ensanchamiento del abismo entre el área del así llamado Norte desarrollado y aquella del Sur en vías de desarrollo. Esta terminología geográfica es sólo indicativa, porque no se puede ignorar que las fronteras de la riqueza y de la pobreza atraviesan

en su interior las mismas sociedades tanto desarrolladas como en vías de desarrollo. De hecho, como existen desigualdades sociales hasta niveles de miseria en los países ricos, así, paralelamente, en los países menos desarrollados se ven, no raramente, manifestaciones de egoísmo y ostentaciones de riqueza, tan desconcertantes cuanto escandalosas. A la abundancia de bienes y de servicios disponibles en algunas partes del mundo, sobre todo en el Norte desarrollado, corresponde en el Sur un inadmisibile retardo, y es precisamente en esta franja geopolítica donde vive la mayor parte del género humano. Mirando la gama de los diversos sectores – producción y distribución de víveres, higiene, salud y habitación, disponibilidad de agua potable, condiciones de trabajo, en especial el trabajo femenino, la duración de la vida y otros índices económicos y sociales –, el cuadro general resulta desilusionante, al considerarlo tanto en sí mismo como en relación con los datos correspondientes de los países más desarrollados”.

Resulta, además, demasiado genérica la ecuación más población = menos recursos sin cuantificar al mismo tiempo las exigencias de bienes para cada individuo según su propio estilo de vida y de la condición climatológica de la región en la cual habita; y es carente de fundamento la ecuación más población = más contaminación desde el momento que la contaminación, ciertamente preocupante, no es ciertamente debida al número de los individuos sobre la tierra, sino a las tecnologías utilizadas, y no parece existir una relación directa entre el crecimiento de la población y la degradación ambiental. Más aún, precisamente donde existe desarrollo económico la defensa del ambiente puede resultar más eficaz.

Por cuanto hasta aquí se ha dicho, se puede extraer una primera conclusión: no debería existir una real e insuperable desproporción entre crecimiento de la población y disponibilidad de recursos: lo que es necesario mejorar es la repartición de los recursos. Una tarea que países y gobernantes deben asumir, buscando los modos para repartir equitativamente recursos y bienes de consumo: esto requiere que exista, sobre todo, la voluntad de allanar la rivalidad,

evitando devastantes situaciones de conflicto. Por otra parte, si se nos pregunta sobre las verdaderas razones del hambre en el mundo, nos podemos dar cuenta que “la causa profunda de un ausente o difícil desarrollo reside –se lee en el documento «El hambre en el mundo». Un desafío para todos; el desarrollo solidario del Pontificio Consejo *Cor Unum*– en el decaimiento de la voluntad y de la capacidad de servir gratuitamente al hombre y de trabajar a favor del hombre, actitud que es fruto del amor. Tal carencia compromete de por sí esta realidad compleja a todos los niveles: técnico en sentido amplio, estructural, legislativo y moral; ella se manifiesta en la concepción y en la realización de actos cuyas implicaciones a nivel económico pueden ser grandes y pequeñas. Los países industrializados deben plantearse seriamente el siguiente problema: ¿Su actitud y también su preferencia en relación con los países con dificultad de desarrollo se funda sobre las cualidades de los responsables políticos en ámbito social, técnico y político, o su apoyo se basa en otros criterios?”<sup>12</sup>

Y aunque fuese verdad que el planeta Tierra está sobrepoblado, ¿la sobrepoblación es inevitablemente causa de subdesarrollo? Parecería que no, desde el momento en que los países pobres tienen en general una densidad de población en gran proporción inferior a aquella de los países ricos: “Nunca –escribe Michel Schooyans– se ha demostrado una correlación entre desarrollo y población. Se dan esquemas de todas las situaciones. Si existen países pobres que están poco poblados (como Liberia), encontramos países ricos que están en la misma situación (Austria). Si se dan países pobres que están muy poblados (Bangladesh), se hallan países ricos que están en la misma situación (Holanda) (...). Estos contrastes tienden a poner en evidencia la importancia de los gobiernos de los cuales están dotados los países”.<sup>13</sup> E incluso –según Julian L. Simon– se ha de tener en consideración, en la valoración de la relación población/desarrollo, no tanto la tasa global de la población de un país, cuanto su densidad demográfica: se ha visto, de hecho, que en los

países en los cuales es muy alta, hay elevadas tasas de crecimiento económico.<sup>14</sup>

Con la fuerza de la razón, Gary S. Becker –premio Nobel de economía de 1992– habla de “capital humano”, refiriéndose a las cualidades, a la educación, a la salud y al adiestramiento profesional de las personas: un “capital” porque estas capacidades y educación son una parte integrante del hombre que se mantiene en el tiempo, del mismo modo en el cual duran en el tiempo una máquina, una línea de montaje o una fábrica.<sup>15</sup> La importancia del “capital humano”, que comprende cerca del 80% del capital o de la riqueza de los Estados Unidos y de otros países ricos, por el crecimiento económico es testimoniada por la experiencia de algunas economías asiáticas que han crecido rápidamente (Japón, Taiwán, Hong Kong, Corea del Sur) y que vuelven evidente cómo los países pobres en recursos naturales y discriminados en la exportación de sus productos hacia los países occidentales, han sido –por el contrario– capaces de crecer con extrema rapidez: esto se debe a que tienen una fuerza de trabajo bien adiestrada, instruida y deseosa de trabajar. Un desarrollo tal es posible a todo país con la condición que sean revisadas las políticas que algunos gobiernos imponen a sus propias poblaciones.

Pensar en resolver el problema del subdesarrollo por medio de la contención de los nacimientos podría ser, en cambio, un atajo peligroso. Y así las políticas antinatalistas aparecen más una decisión dictada por la racionalidad, que como un subterfugio para resolver problemas del todo diversos, que requerirían poner en discusión las políticas incluso económicas de muchos países ricos. Aquello de que tienen necesidad los países pobres, es una intervención global de desarrollo, que prevea el mejoramiento de las condiciones económicas, el crecimiento humano, la educación y la capacidad de autogestión.

“Se notará, por ejemplo” –escribía Juan Pablo II en ocasión de la Conferencia de El Cairo– “que el tema del desarrollo, inscrito en el orden del día del encuentro de El Cairo, con la problemática su-

mamente compleja de la relación entre población y desarrollo, que debería constituir el centro del debate, pasa por el contrario casi inobservada; tan reducido es el número de las páginas a él dedicadas. La única respuesta a la cuestión demográfica y a los retos propuestos por el desarrollo integral de la persona y de las sociedades parece reducirse a la promoción de un estilo de vida cuyas consecuencias, si fuese aceptado como modelo y plano de acción para el futuro, podrían revelarse particularmente negativas. Los responsables de las naciones tienen el deber de reflexionar a profundidad en consciencia sobre tal aspecto de la realidad”.<sup>16</sup>

## **El valor de referencia: la persona humana**

Los problemas con los cuales deben enfrentarse los países pobres y los países ricos son, por tanto, por diferentes razones, muy graves. Frente a la disparidad de condiciones, a la falta de respeto por la vida humana, a los fenómenos de emigración/inmigración impuestos por la necesidad de escapar a la miseria y al hambre, hay quien considera –por desgracia– como problema prioritario la fecundidad que ha alcanzado, según ellos, niveles intolerables. Es incluso reductivo pensar que la fecundidad sea el único y el más importante indicador del malestar de una población y que el control de la natalidad sea la solución: “son preocupantes –se lee en el Discurso de Juan Pablo II a los Obispos de América Latina– ciertas posturas relativas a la cuestión demográfica. A este propósito, en Santo Domingo, les recordaba que “es falaz e inaceptable la solución que propugna la reducción del incremento demográfico sin preocuparse por los medios empleados para obtenerla. No se trata de reducir a toda costa el número de los invitados a la mesa de la vida; lo necesario es potenciar las posibilidades y distribuir con mayor justicia la riqueza con el fin de que todos puedan participar con equidad de los bienes de la creación”.<sup>17</sup>

Es entonces necesaria una intervención global y atenta a las necesidades económicas, sociales, culturales, espirituales y morales de las personas, con referencia a “algunos principios éticos y verdades fundamentales: toda persona, independientemente de su edad, sexo, religión y de la nación de pertenencia; la misma vida humana, desde el momento de la concepción hasta aquel de la muerte natural, es sagrada; los derechos del hombre son innatos y prescinden de cualquier orden constitucional y la unidad de la raza humana exige que todos se empeñen en edificar una comunidad libre de la injusticia y que luche por promover y tutelar el bien común”.<sup>18</sup>

Es a partir de estos principios éticos y de estas verdades fundamentales, que se puede reflexionar sobre las modalidades específicas de intervención, sin olvidar nunca la salvaguarda de los derechos fundamentales. Por este motivo, aunque se comprobase que el crecimiento desmedido de la población es la causa del subdesarrollo, no es aceptable recurrir a cualquier medio para la contención de los nacimientos o su imposición por parte de políticas gubernamentales. Una pareja debe ser puesta en las condiciones de construir su propio futuro y de participar en la transformación y en el desarrollo de la sociedad en modo responsable. Por este motivo los gobiernos y las organizaciones internacionales deben ayudar a los cónyuges, creando las condiciones económicas que favorezcan la vida familiar, la generación y la educación de los hijos. Es necesario además, proveer una información realista sobre la situación demográfica en modo que los esposos puedan valorar sus propias obligaciones y sus propias responsabilidades, incluso sociales: informar es de hecho la primera forma de respeto de la libertad de los demás. A los esposos se ha de dejar la libertad de elegir “si” y “cuando” tener un hijo, quedando firme la apertura a la vida que ha sido ya concebida: esto no quiere decir, sin embargo, que tal fin sea perseguido de cualquier modo, incluso con medios dañinos de la dignidad de la pareja (contracepción, esterilización) y de la vida no del nacido (aborto): “Las autoridades públicas –escribe Juan Pablo II en el n. 91 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*–

tienen ciertamente la responsabilidad de emprender “iniciativas con el fin de orientar la demografía de la población”; pero tales iniciativas deben siempre presuponer y respetar la responsabilidad primaria e inalienable de los cónyuges y de las familias, y no pueden recurrir a métodos que no respeten a la persona y a sus derechos fundamentales, comenzando por el derecho a la vida de todo ser humano inocente. Es, por tanto, moralmente inaceptable que, para regular la natalidad, se promueva o incluso se imponga el uso de medios como la contracepción, la esterilización y el aborto”.

La propuesta de la regulación natural de la fertilidad permite, en cambio, respetar la intimidad conyugal, promoviendo la dignidad del hombre y de la mujer y eliminando de la relación de pareja formas de dominio y de instrumentalización, también por parte de los gobiernos. Es necesario volver a crear, al mismo tiempo, una cultura del don y del amor por la vida, con el fin de que las mismas políticas pronatalistas no sean vividas sólo bajo un punto de vista instrumental, y las condiciones de tutela de las situaciones de mayor fragilidad: “Más que reafirmar el rol fundamental de la familia en la sociedad –escribía también Juan Pablo II a la señora Nafis Sadik– deseo dirigir una particular atención a la condición de los niños y de la mujeres, que demasiado frecuentemente son los miembros más vulnerables de nuestras comunidades. Los niños no deben ser tratados como un peso o un inconveniente, sino deberían ser amados, ya que son portadores de esperanza y promesas para el futuro. El cuidado, esencialmente de su crecimiento y desarrollo, debe provenir principalmente de sus padres, no obstante la sociedad debe contribuir a sostener la familia en sus necesidades y en sus esfuerzos por conservar un ambiente solícito en el cual los hijos puedan crecer”.

Respetar la libertad individual significa también respetar las políticas a favor de los inmigrantes. La migración no puede ser considerada un instrumento resolutivo para la evolución de los países pobres ni para la reducción de la natalidad en los países ricos. Y, si

bien no es justo prohibir la inmigración de los países más pobres, es sin embargo necesario un mayor compromiso para favorecer el desarrollo local con el fin que nadie deba verse obligado a dejar familia, tierra y cultura para poder sobrevivir.

Otro grande recurso para el desarrollo es la educación, que debe mirar al crecimiento de la capacidad humana y profesional de cada individuo, ayudándolo a individualizar los caminos que puedan garantizar un futuro sereno para su propio país. En un proyecto educativo no han de olvidarse las mujeres: su contribución es fundamental para el desarrollo del país. Una buena instrucción de las madres mejora, de hecho, el crecimiento de los hijos; si las mujeres son más instruidas, ellas tienden a invertir siempre más en su propia salud y en la salud de sus propios hijos. La instrucción permite a las mujeres colaborar también en el aumento de la producción, en la realización del desarrollo, en la evolución económica y política de sus propios países. La instrucción de las mujeres podría influir incluso en la tasa de fertilidad de un país, porque una mujer instruida llega al matrimonio normalmente en época más tardía y puede también tener la oportunidad de recibir una información más completa sobre cómo gestionar su propia fertilidad en el ámbito conyugal, sin someterse a injustas imposiciones externas y a comportamientos perjudiciales a su dignidad.

Todo país deberá por tanto confrontarse con los numerosos problemas locales: el trabajo de los jóvenes, el sustento de los ancianos, la aportación de la investigación científica, las intervenciones para aumentar los recursos agrícolas y alimentarios disponibles, las modalidades para activar circuitos económicos equitativos. Pero si el bien común como producto del bien de los individuos es el objetivo que se quiere alcanzar, si la voluntad de trabajar para los demás y con ellos es sincera, si la cooperación internacional se vuelve una verdadera ayuda y no otra fuente de enriquecimiento, si existe una verdadera cultura del don, sólo así será posible realizar un real desarrollo social y humano.

## Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> Juan Pablo II. Carta Encíclica *Evangelium Vitae* (25.03.1995)
- <sup>2</sup> Sobre la cuestión demográfica, cfr. Dumont GF. Les populations du monde. Paris: Armand Colin; 2001; Id. Il fenomeno demografico e le politiche di controllo della popolazione en Sgreccia E, Lucas Lucas R (coordinador). Commento interdisciplinare alla "Evangelium Vitae". Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 1997: 548-572; Golini A. La popolazione del pianeta. Bolgna: Il Mulino; 1999; Teitelbaum MS, Winter JM. La paura del declino demográfico. Bologna: Il Mulino; 1987.
- <sup>3</sup> Schooyans M. Controllo delle nascite e implosione demografica en Pontificio Consejo para la Familia (coord.). Lexicon. Bologna: Edb; 2006<sup>2</sup>: 173-185.
- <sup>4</sup> Vázquez CS. Estudio histórico-crítico del concepto y término de Planificación Familiar. Murcia: Fundación Universitaria San Antonio; 2004.
- <sup>5</sup> Juan Pablo II. Carta a la señora Nafis Sadik, Secretaria General de la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo (18.03.1994) en Insegnamenti di Giovanni Paolo II. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 1994, vol XVII/I: 747-755.
- <sup>6</sup> O'Leary D. Maschi o femmine? La guerra del genere. Soveria Manelli: Rubettino; 2006.
- <sup>7</sup> Juan Pablo II. Messaggio al Segretario generale della Conferenza Internazionale sulla Popolazione (07.06.1984) en Insegnamenti di Giovanni Paolo II. Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 1984, vol. VI/1, pp 1625-1637.
- <sup>8</sup> Juan Pablo II. Carta Encíclica "Sollicitudo Rei Socialis" (30.12.1987) en Insegnamenti di Giovanni Paolo II. Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1987, vol. X/3: 1547-1612.
- <sup>9</sup> Ehrlich P. The Population Bomb. Ballantine: Books; 1968.
- <sup>10</sup> Club di Roma. The limit to growth. New York: Mit Press: 1972.
- <sup>11</sup> Brown LR. I limiti della popolazione mondiale, una strategia per contenere la crescita demografica. Milán: Arnoldo Mondadori; 1975<sup>2</sup>.
- <sup>12</sup> Pontificio Consejo Cor Unum. La fame nel mondo. Una sfida per tutti: lo sviluppo solidale (04.10.1996) en Enchiridion Vaticanum. Bologna: Edb; 1999, vol. 15: 684-833.
- <sup>13</sup> Schooyans M. Controllo delle nascite e implosione demografica. ... p. 181.
- <sup>14</sup> Simons JL. Population and development in por countries. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1992.
- <sup>15</sup> Becker GS. A treatise on the family. Cambridge (MA): Harvard University Press: 1994.
- <sup>16</sup> Juan Pablo II. Lettera ai capi di Stato di tutto il mondo e al segretario generale dell' Onu circa la conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (19.03.1994) en Insegnamenti di Giovanni Paolo II. Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana: 1994, vol. XVII/I: 763-766.

<sup>17</sup> Id. Discorso ai presidenti delle Commissioni episcopali dell'America Latina per la famiglia e per la vita (18.03.1993) en Insegnamenti di Giovanni Paolo II. Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 1993. Vol XVI/1: 653-659.

<sup>18</sup> Id. Lettera alla signora Nafis Sadik...

# Dementia, Human Dignity and Help to Die

## A Theological Perspective

*Agenta Sutton\**

### Resumen

¿Cuándo, si es que es así, en el mejor interés de la persona con demencia mantener o no mantener tratamiento médico, incluyendo el proporcionar alimento y agua? Este artículo cuestiona el supuesto de que las directrices anticipadas respecto al no tratamiento realizadas en una etapa previa de la vida deben ser consideradas como obligatorias moralmente. Se argumenta que las personas con demencia deben ser alentadas de tomar parte en las decisiones acerca de su tratamiento. Si el paciente es incapaz de tomar parte en la decisión, debe ser recordado que él o ella sigue siendo una persona la cual su dignidad debe ser respetada. Incluso cuando parte de la mente se ha perdido, el cuerpo humano sigue siendo el hogar del alma humana; la parte sensible de la persona y de su relación. En consecuencia, debe haber siempre un presupuesto a favor de mantener la vida, mientras los tratamientos fútiles o desproporcionados deben ser evitados. Nunca debe tomarse una decisión respecto al tratamiento respecto a si es menos digno o su vida es menos digna. Si el tratamiento es dejado o retirado debe hacerse en base al juicio del valor del tratamiento en sí mismo. Este solo es el mejor interés del paciente, visto y respetado como una persona con dignidad humana.

---

\* Visiting Lecturer, Department of Pastoral Theology, Heythrop College, University of London (e-mail: a.sutton@heythrop.ac.uk).

## Summary

### ***Dementia, human dignity and help to die: a theological perspective***

When, if ever, it is in the best interest of a person with dementia to Withold or withdraw medical treatment, including artificial provision of food and fluid? This paper questions the assumption that Advance Directives about non- treatment made at an earlier stage in life should always be regarded as morally binding. It is argued that people with dementia should be encouraged to take part in decisions about their treatment. If the patient is incapable of taking part in such a decision, it must be remembered that he or she remains a person whose intrinsic human dignity must be respected. Even when the mind is partialy gone, the human body remains the home of human spirit; the touchable part of the personal and relation self. Thus there should always be a presumption in favour of supporting life, while futile or overly burdensome treatment should be withheld. Never should a tratment decision be based on an assessment of wether the patient is worthless or wether his life is worthwhile. If treatment is withheld or withdrawn, this should be on the basis of the judgement of the value of the treatment itself. This alone is in the best interest of the patient, seen and respected as a person with human dignity.

*Palabras clave:* demencia, directrices anticipadas, eutanasia.

*Key words:* dementia, advance directives, euthanasia

The Nuffield Council on Bioethic's report on dementia, published on October 1, 2009,<sup>1</sup> is to be welcomed for bringing to the fore moral issues arising in the care for people with dementia. Yet some of its recommendations are dubious.

The report comes in the wake of Mary Warnock's call on people in the early stages of dementia to ask for help to die. In September 2008, Dame Mary Warnock gave an interview to the

Church of Scotland magazine *Life and Work*. In it she argued that people diagnosed with Alzheimer's should ask for help to die to avoid becoming a burden on families and public services.

Best known as the chairperson of the Warnock Committee, which in 1984 recommended that the UK government should legalize embryo research until 14 days after fertilization, Lady Warnock does not believe in the intrinsic value of human life from the time of fertilization until natural death. The Warnock Committee's recommendation to the UK resulted in trend-setting legislation which set its mark on laws regulating embryo research in many parts of the World. Today Lady Warnock wants voluntary euthanasia to be legalized not only for those who are dying and suffering unbearable pain, but also for people who could have years left to live. In a society increasingly populated by elderly patients needing care, such legislation would put pressure on people diagnosed with Alzheimer's to ask for help to die.

Lady Warnock's call is not an eccentric and lone cry in the wilderness. According to opinion polls, the UK population is in favour of voluntary euthanasia. Several attempts have been made to get a euthanasia bill through parliament, although the British medical profession has expressed its opposition both to euthanasia and to assisted suicide.<sup>2</sup>

Should we be surprised at the "culture of the death" represented by such calls for help to die and legalized euthanasia. Probably not! Europeans live in an aging society. Health care statistics point to future state and family burdens of care for the elderly. At the same present-day nuclear, or single-parent families cannot easily acomodate, and often will no readily welcome, elderly and dependent relatives. Coupled with this is an attitude of ageism. Those who no longer contribute to the economy or who are dependent on others are sometimes treated condescendingly. Youth, physical beauty and independence are celebrated. There is nothing wrong in that by itself; and it is quite natural. What is wrong is to measure

quality of life as well as value of life in terms of capacity, independence, full health and productivity.

Produced by a Working Party, chaired by Professor Tony Hope, the Nuffield Council on Bioethic's reported that dementia presents a more balanced and humane view than that expressed by Lady Warnock. It suggests that people with early stages of dementia should consider making Advance Directives involving refusals of certain kinds of treatment in the future. While questioning the assumption the Advance Directives are morally valid under all circumstances, the report stresses the importance of joint decision making wherever appropriate. However, the report does not prioritise the patient's present wishes and feelings. It says that both past and present wishes and feelings must be taken into account.<sup>3</sup>

The Mental Capacity Act 2005 (covering England and Wales) and the Adult's with Incapacity (Scotland) Act 2000 allow mentally competent people to make decisions about future medical care in anticipation of a time when they will no longer be competent. The rationale behind this is that nobody has the right to impose medical treatment on a competent patient against his or her will. Hence, it also follows that as long as a person remains mentally capable, he or she can withdraw or alter an Advance Directive at any time.

The Nuffield Council report provides examples that highlight the difficulties and carers might face when there is an Advance Directive- and thus an advance treatment refusal. As the laws stand today, there is a presumption in favour of following the Advance Directive. At the same time, as noted in the Nuffield Council Report, the laws both in England/ Wales and in Scotland say that where decisions are made for people who lack capacity, such decisions must be in the person's best interests. This raises the question of when it is in the patient's best interest to respect an Advance Directive about non-treatment.

In this paper I contest the assumption that the "real person" is no longer present when the mind is declining. I shall discuss the implications of this assumption with respect to the question of

what is in the person's best interest. For this purpose, the first part of the paper presents an analysis of the relationship between mind and body. It then turns to the question of the value of life when the mind is declining and to the question of whether or when it is in the patient's best interest to respect an Advance Directive about non-treatment. Following this special attention is given to the question of help with feeding in the case of patients suffering from advanced dementia.

## Body and mind

Denouncing the "culture of death" Pope John Paul II wrote in *Evangelium Vitae*: "Within this same cultural climate, the body is no longer perceived as a properly personal reality, a sign and place of relations with others, with God and with the World. It is reduced to pure materiality: it is simply a complex of organs, functions and energies..."<sup>4</sup>

John Paul II was referring to the dualism embraced by those who suggest that the lives of those whose mental faculties are failing are worthless and would best be cut short. This dualism is characterized by an elitist understanding of personhood that ascribes human rights and personhood to the rational and sounds of mind only. Personhood is attributed in virtue of mental faculties alone. The body does not count. The philosopher Peter Singer, a prominent proponent of this kind of view, only ascribes personhood to those in possession of rationality and self-consciousness. Not counting those with advanced dementia as persons, he would not ascribe to them those rights typically ascribed to persons, the first and foremost one of which is the right to life.<sup>5</sup>

This kind of view also represents a secular failure to recognize the sanctity of the human body and our redemption as *bodily-cum-spiritual* creatures. It is a form of secular materialism reducing the body to mere physical matter. By contrast, on the understanding

of the body as part of our personal reality, the human body is an aspect of our relational nature in the image of the triune God. It is as *bodily-cum-spiritual* creatures that we are relational beings reflecting the inner nature of our *triune* God.

We may have a tendency to put the emphasis on our mental and spiritual relationship, but it is an embodied creature that we communicate with one another. The body is our vehicle of Communications and communion and also, as St Paul says, the temple of the Holy Spirit (1 Cor 6:19). When in his Letter to the Romans St Paul refers to “the redemption of the body” (Rom 8:23) he means that the redeeming love of Christ is directed at the whole man, “man constituted in the personal unity of body and spirit”, as John Paul II says in the *Theology of the Body*.<sup>6</sup> It is an embodied creature that, according to Christian belief, we will rise among the Saints in Heaven and encounter God in the resurrection.

Referring to the First Letter to the Corinthians 12:18-25, John Paul II observes that “the Pauline description of the body corresponds precisely to the spiritual attitude of respect for the human body, due because of the holiness (1 Thes 4:3-5, 7-8) which Springs from the mysteries of creation and redemption”.<sup>7</sup> To be sure, the fact that humans are created in the image of God and have been redeemed by Christ for resurrection in the body confers a special dignity not only on the human person as *body-cum-soul*, but on the very body itself as housing the human spirit.

“Christ has imprinted new dignity on the human body- on the body of every man and every woman, since in Him the human body has been admitted, together with the soul, to union with the Person of the Son-Word”.<sup>8</sup>

Seen as part of our personal relation being, the body of a human being cannot lose its dignity and inherit value even when the human mind is declining. As long as there is life, the body remains the home of the spirit and the touchable part of the person and “a sign and place of the spirit and the touchable part of the person and World”. As long as there is life there is a person with human

dignity and personal interests to be respected. But the dualism explicitly embraced by philosophers such as Peter Singer- and implicitly embraced by many other people- lend itself to a very different understanding. The view according to which the body is mere materiality promotes the view that the patient with advanced dementia is no longer a “real person”. It promotes the view that the former person is reduced to no more than a burden on family and society and somebody whose life is not worth living. Of course, it is hard on this understanding to appreciate that a patient with advanced dementia might still enjoy life and might still want to go on living. To speak about the patient’s best interest might seem meaningless. Yet it is always in the patient’s best interest to be treated as a person with personal interests.

## **Dementia and Advance Directives**

As noted above, when a British patient has an Advance Directive there is a presumption in favor of following the same. Yet at the same time the laws both in England/Wales and in Scotland state that health care decisions made on the part of patients lacking mental capacity must be in the person’s “best interest”. This raises the question of when it is in the patient’s best interest to respect and Advance Directive about non-treatment.

Let us consider the fictional case of Mrs. A, a lady suffering from advanced dementia. Assume that she is a contented lady living in a well run care home with television and other facilities that allow her to enjoy life. One day she contracts a severe chest infection. She has made an Advance Directive. This is to the effect that, if having lost her mental capacity she should contract a severe chest infection, she would not want antibiotics. What should the doctors do?

Is it obvious that they should abide her Advance Directive? Would that be in Mrs. A’s best interest? If the Advance Directive is

legally binding, the doctors must abide by it. But while there is a legal presumption in favor of following such a directive there is always a question of its proper application. Has Mrs. A totally lost her mental capacity? Might she still be able to express preferences verbally or otherwise? Moreover, given that Mrs. A's is happy with life; would it not be in her best interest to receive antibiotics? This might cure her of her illness and allow her a few more happy years. There is a conflict here. This is not only from a human point of view. There is a legal conflict here. The Advance Directive points to non-treatment, whereas the requirement to respect the patient's best interest points to provision of antibiotics.

The Nuffield Council on Bioethic's reports answer to this dilemma is that "people with dementia should be supported to help them to take part in decisions as much as possible".<sup>9</sup> The suggestion is that even if they cannot make decisions entirely on their own, they might be able to do so with the help of trusted family members or friends. The Council thus recommends that the Codes of Practice linked to the laws on Advance Directives should "emphasize the importance of good Communications and supportive relationship with families, so that joint decision making is encouraged wherever appropriate".<sup>10</sup>

This would mean that with the help of a sympathetic relative or friend people such as Mrs. A might be given a chance to revoke an Advance Directive about non-treatment. This would seem a welcome development. Surely it is only right that people should be given this chance. As the Nuffield Council on Bioethic's report notes, "past and present wishes may be quite different".<sup>11</sup>

There is, however, also the possibility that the patient would be discouraged from revoking an Advance Directive or even persuaded to insist on its binding force. The report does not recommend that the Codes of Practice should prioritize present wishes and feelings. It says that both past and present wishes and feelings must be taken into account.<sup>12</sup> This is cause for concern inasmuch as it could mean that an Advance Directive made in the past could

take precedence over the patient's present wishes to receive treatment. This is especially true if the patient cannot vocalize her wishes very well. If the patient is capable of communicating-verbally or non -verbally- his or her desire, not forego treatment should surely be respected. It should surely be respected on the ground that doing so would be in the patient's best interest. It should also be taken into account that the patient might be temporarily more incapacitated than usual. In that situation the wishes expressed when the patient was mentally more alert should be respected. Not to respect a patient's wishes is disrespectful. And failure to respect the human and personal dignity of the patient can never be in his or her interest.

Furthermore, should there not always be a presumption in favor of treatment, unless it is clear that the treatment in question would not be in the patient's best interest, because it would be futile or overly burdensome?

Questioning the value of Advance Directives, the Nuffield Council would like to see the introduction of Advance Care Planning which should be regularly reviewed.<sup>13</sup> As well as the kind of treatment the person would want, or not want an advance care plan would include their wishes about where they would like to be as they are dying, their particular likes and dislikes and who they would want most to be with them. Regularly reviewed Advance Care Planning might be a good idea inasmuch as it would favor presently or most recently expressed wishes. But the practice should not pre-empt attempts to identify present wishes. And there should always be a presumption in favor of supporting life, while futile and overly burdensome treatment should be withheld.

## **Dementia and help with feeding**

Among the kinds of treatment that might be refused under an Advance Directive is artificial provision of food and fluid. This raises

the question whether the presence of Advance Directives might be used to justify euthanasia by withholding or withdrawing life-sustaining provision of food and fluid. In the case of people with Alzheimer's this is cause for concern. Such patients may not only forget to eat. They might not want to eat. Difficulties with eating are common in patients with dementia. When faced with such patients, takers might give up trying to help with feeding, thus letting them slowly starve to death. So should patients with dementia be force-fed if they refuse to eat?

In order to answer this question it might be helpful to reflect on Pope John Paul's reasoning with respect to patients in the vegetative state. He wrote: "The administration of water and food even when provided by artificial means always represents a natural means of preserving life, not a medical act. Its use, furthermore, should be considered, in principle ordinary and proportionate, and as such morally obligatory, insofar as and until it is seen to have attained its proper finality, which in the present case (vegetative state), consists in providing nourishment to the patient and alleviation of suffering."<sup>14</sup>

His statement is applicable not only to patients in the vegetative state but also to patients with advanced Dementia, even if some clinicians and ethicists might take issue with the view that artificial provision of food and fluid should not be regarded as medical treatment inasmuch as it is invasive. The main point of John Paul II's statement does not hang on the question of whether or not artificial provision of food and fluid is described as a medical act. The question is when, if ever, food and fluid should ever be withdrawn or withheld.

All of us need food and fluid- until the body can no longer process the same. As observed by John Paul II, "death by starvation or dehydration is, in fact, the only possible outcome as a result of their withdrawal".<sup>15</sup> Hence he argued the withdrawal of food and fluid; even in cases where there is no hope of recovery may constitute euthanasia. The crucial point of his argument is the declara-

tion that assisted nutrition and hydration “should be considered in principle, ordinary and proportionate and as such morally obligatory insofar as and until it is seen to have attained its proper finality”. And the proper finality of the procedure is “nourishment to the patient and alleviation of suffering”.

As noted by the Catholic theologians the International colloquium organized by the Canadian Catholic Bioethics Institute in 2004<sup>16</sup>, by using the phrase in principle John Paul II was making us clear that the rule to help unresponsive patients with food and fluid is not necessarily without exceptions. His point was that provision of food and fluid by artificial means (or help with oral feeding) is generally to be regarded as ordinary care- as opposed to extraordinary care- when the patient is incapable of feeding himself or will not feed himself. In other words, the phrase in principle leaves room for assessment of individual cases. It implies us that in some circumstances the provision of food and fluid by artificial means or by hand may be regarded as extraordinary and disproportionate. That is, it may be so regarded even if in most cases the provision of food and fluid may be regarded as an expression of respect and of solidarity with the sick person.

To return to our question: What one should do when a patient with Alzheimer's refuses to eat? Also, what should one do when a patient with a percutaneous endoscopic gastronomy persistently tries to pull it out, because he cannot understand its purpose? That opinions vary is clear from the medical literature.<sup>17</sup> Artificial provision of food and fluid is obviously fairly widespread when the patient is unwilling to eat. At the same time there is evidence that many clinicians consider that often the burdens to the patient outweigh the benefits of artificial feeding and that in end-stage dementia the procedure is of little or no clinical value. From a moral point of view, it may seem obvious that artificial provision of food and fluid should be withheld or withdrawn only if it is of no benefit to the patient's well-being, or would be overly burdensome. However, use of force or attempts to restrain an unwilling patient

could be regarded as a form of assault and an insult to human dignity and constitute treatment that it is overly burdensome.

Alzheimer's, like most other forms of dementia, is a progressive condition. Unless the patient is in the last stages of the disease, assisted nutrition and hydration might improve the patient's nutritional status, prevent weight loss and relieve feelings of unger and thirst and generally make the patient feel better. If the patient is capable –with or without help– to express her wishes, the decision about what to do must be based on the patient's wishes. If the patient is incapable, the decision should be based on clinical judgment about the benefits or futility or burdensomeness of assisted provision of food and fluid. Never should the decision be based on an assessment of whether the patient is worthless or whether or not her life is worthwhile. Help with feeding and hydration should never be withheld or withdrawn on grounds of a deteriorating mental state or because the patient is seen as a non-person and a burden on takers and society or as having a life no longer worth living. If it is withdrawn or withheld, this should be on the basis of a judgment about the value of treatment itself. This is alone is in keeping with the best interest or the patient, seen and respected as a person.

### **Solidarity with the patient**

To measure the value of human life in utilitarian or pecuniary terms is to show a total inability to identify with other people. It shows a total failure recognize that every human person possesses an intrinsic value. And if Alzheimer's is associated with a loss of dignity, this is because human dignity is measured in terms of human capacities, independence and productivity. The intrinsic dignity of the human person is inalienable. The person whose capacities are failing is still worthy of our respect and solidarity.

To ask those diagnosed with Alzheimer's to call for help to die is to abandon them to fears of being neglected or worse. What they need is emotional and spiritual support and the reassurance that when they need it, they will get the help and care they require. Those who are in an advanced stage of dementia remain our neighbors. They deserve solidarity and respect. Solidarity with the old and the ill is a cornerstone of civilized society.

## Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. *Dementia: Ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics; 2009.
- <sup>2</sup> Two Studies recently Published in Palliative Medicine show that the majority of UK doctors want neither euthanasia nor physician- assisted suicide to be legalized, nor do they practice it in secret. See: SEALE C. Legalization of euthanasia or physician- assisted suicide: survey of doctors attitude. *Palliative Medicine* 2009; 23 (3) 2009: 205-221; ID. End-of-life decisions in the UK involving medical practitioners. *Palliative Medicine* 2009; 23 (3): 198-204. It should be added that all the Medical Royal Colleges and the British Medical Association have declared their opposition both to euthanasia and to physician- assisted suicide.
- <sup>3</sup> NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. *Dementia...*, para.5.32.
- <sup>4</sup> JOHN PAUL II. Encyclical Letter "Evangelium Vitae", para.23.
- <sup>5</sup> *Ibid.*, p.190.
- <sup>6</sup> JOHN PAUL II. *The Theology of the Body: Human Love in the Divine Plan*. Boston: Pauline Books and Media; 1997: 194.
- <sup>7</sup> *Ibid.*, p.203.
- <sup>8</sup> *Ibid.*, p.207.
- <sup>9</sup> NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. *Dementia...*, para.5.23
- <sup>10</sup> *Ibid.*
- <sup>11</sup> *Ibid.*
- <sup>12</sup> *Ibid.*
- <sup>13</sup> *Ibid.*, paras.5.40, 5.41 and 5.48.
- <sup>14</sup> JOHN PAUL II. Address of John Paul II to the participants in the International Congress on "Life-Sustaining treatments and vegetative state: scientific advances and ethical dilemmas". 2004, para.4.
- <sup>15</sup> *Ibid.*
- <sup>16</sup> CANADIAN CATHOLIC BIOETHICS INSTITUTE, *Bioethics Update* 2004; 4 (1).
- <sup>17</sup> The practice of providing artificial nutrition and hydration to Alzheimer's patients seems fairly widespread. See: ROELNE H, PASMANN W ET AL. Discomfort in nursing home patients with severe dementia in whom artificial nutrition and hydration

is foregone. Archives of International Medicine 2005; 165 (15): 1729-1173; CLARFIELD AM, MONETTE J, BERGMAN H ET AL. Enteral feeding in end- stage dementia; a comparison of religious, ethics, and nacional differences in Canada and Israel. The Journals of Gerontology Series A: Biological and Medical Sciences 2006; 6: 621- 627. Arguments against tube feeding in the case of advanced Alzheimer's are presented by, for expale: LACEY D. Tube feeding in advanced Alzheimer's disease: when language misleads. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia 2004; 19 (2): 1225-127; CHERMOFF R. Tube feeding patients with dementia. Nutrition in Clinical Practice 2006; 21 (2): 142-146.

# Ulipristal Acetate

## A New Emergency Contraceptive: Ethical Aspects of its Use

*Justo Aznar\**

### Resumen

Presentaciones actuales de la píldora del día siguiente pueden ser usadas eficazmente hasta las 72 horas después de sexo no protegido. Sin embargo, en algunos casos, el período puede ser más corto. Por esta razón, una píldora, acetato de ulipristal (Ellaone), que es autorizada como anticonceptivo postcoital de emergencia hasta por 120 hours (5 días) después de sexo no protegido o falla anticonceptiva, ha sido comercializada por primera vez.

Un importante aspecto para ser considerado en el uso ético de cualquier droga usada en la contracepción de emergencia es el mecanismo de acción, y el desempeño será muy diferente si la droga actúa por inhibición o retardamiento de la ovulación o impidiendo la implantación del blastocito en el útero materno, ya que en el último caso podría ejercer su acción terminando la vida de un embrión vivo, es decir, un mecanismo abortivo.

En relación al mecanismo del Ellaone cuando la píldora es tomada cinco días antes de la ovulación su acción es básicamente anticonceptiva, y lo mismo si es tomada cuatro días antes. Cuando es tomada tres días antes de la ovulación su acción es básicamente anticonceptiva o evitando la implantación, pero desde ahí el mecanismo por medio del cual Ellaone puede prevenir embarazos no deseados será por un mecanismo anti implantato-

---

\* Medical Doctor, PhD, Institute of Life's Science of the Catholic University of Valencia, Spain (e-mail: justo.aznar@ucv.es).

rio, en otras palabras, abortivo. En resumen, entre el 50% y 70% del tiempo, Ellaone actuará con mecanismo abortivo.

Nos parece que esa es la realidad objetiva acerca del mecanismo de acción del acetato de ulipitral (Ellaone), y en consecuencia su efecto antiimplanatorio deberá ser considerado cuando se emita un juicio ético acerca de su uso.

## Summary

Current presentations of the morning-after pill can be used effectively for up to 72 hours after unprotected sexual intercourse. However, in some cases, the period can be shorter. For that reason, a pill, ulipristal acetate (Ellaone), which is licensed for post-coital emergency contraception up to 120 hours (5 days) following unprotected sexual intercourse or contraceptive failure, has now been marketed for the first time.

An important aspect to be consider in the ethical assessment of any drug used in emergency contraception is its mechanism of action, as this assessment will be very different if the drug acts by inhibition or delaying the ovulation or by preventing the implantation of the blastocyst in the maternal uterus, since in the latter case would exert its action by terminating the life of an already living embryo, i.e. by an abortive mechanism.

In relation to the Ellaone's mechanism of action, when the pill is taken five days before ovulation its action will be basically anti-conceptive, and the same if it is taken four days beforehand. When it is taken three days before ovulation, it may be anti-conceptive or by preventing implantation, but from then on, the mechanism by which Ellaone may prevent unwanted pregnancies will be by an anti-implantation mechanism, in other words, abortive. In summary, between 50% and 70% of the time, Ellaone will act by an abortive mechanism.

It seems to us that this is the objective reality about the mechanism of action of ulipristal acetate (Ellaone), and therefore its anti-implantation effect will have to be taken into consideration when issuing an ethical judgement on its use.

*Palabras clave:* Ellaone, acetato de ulipitral, contracepción de emergencia, mecanismo de acción.

*Key words:* Ellaone acetate ulipristal, emergency contraception, mechanism of action.

## **Introduction**

Current presentations of the morning-after pill can be used affectively for up to 72 hours after unprotected sexual intercourse. However in some cases, this period can be shorter. For that reason, a pill, ulipristal acetate (Ellaone), which is licensed for post-coital emergency contraception up to 120 hours (5 days) following unprotected sexual intercourse or contraceptive failure<sup>1</sup>, has now been marketed for the first time.

The use of the new drug, developed and marketed by HRA Pharma, UK Limited, Kensal Green, London, was authorised in May 2009.

Ulipristal acetate is a synthetic selective progesterone receptor modulator that has antagonistic and partial agonistic effects at the progesterone receptor.<sup>2</sup>

## **Mechanism of action**

An important aspect to consider in the ethical assessment of any drug used in emergency contraception is its mechanism of action, as this assessment will be very different if the drug acts by inhibition or delaying the ovulation or by preventing the implantation of the blastocyst in the maternal uterus, since in the latter case it would exert its action by terminating the life of an already living embryo, i.e. by an abortive mechanism.

In general, the mechanism of action of a new drug can be evaluated using three types of sources: a. Information provided by the manufacturing company itself, b. Reports by the official health bo-

dies that have authorized its use and c. That provided by various scientific bodies or qualified Experts.

Following this criterion, in the first place, according to the company HRA Pharma, the primary mechanism of action of ulipristal acetate is the “inhibition or delay of ovulation, but alterations to the endometrium may also contribute to the efficacy of the medicinal product”.<sup>3</sup>

Secondly, among the reports by official bodies is that issued by the European Medicine Agency.<sup>4</sup> It appears to conclude that its mechanism of action will depend on the time at which the drug is taken. In fact, administration in the mid-luteal period resulted in early endometrial bleeding, indicating a direct action on the endometrium. At mid-follicular phase it caused a suppression of the growth of the lead follicle and subsequent delay in ovulation, and inhibited luteal phase endometrial maturation. At early-luteal phase it did not affect the length of the follicular, luteal or overall cycle length, but caused a significant delay in endometrial maturation.

In conclusion, “the primary mechanism of action is thought to be inhibition or delay of ovulation, but alterations to the endometrium may also contribute to the efficacy of the product”.

With reference to the third group of reports, those produced by scientific societies, the report by the United Kingdom Royal College of Obstetricians and Gynaecologists<sup>4</sup> appears particularly interesting; it states that ulipristal’s primary mechanism of action is thought to be inhibition or delay of ovulation. A single mid-follicular dose has been shown to suppress growth of lead follicles.<sup>5</sup> Administration just before, or in some cases just after; the luteinising hormone surge can inhibit follicular rupture.<sup>6</sup>

Endometrial changes may also play a role. Early luteal administration of ulipristal results in delayed endometrial maturation and alterations in progesterone –dependent markers of implantation.<sup>7</sup> A mid-luteal dose has been shown to induce early endometrial bleeding in a dose–dependent manner,<sup>8</sup> and “it has been postula-

ted that alterations to the uterus less receptive to the trophoblast”.

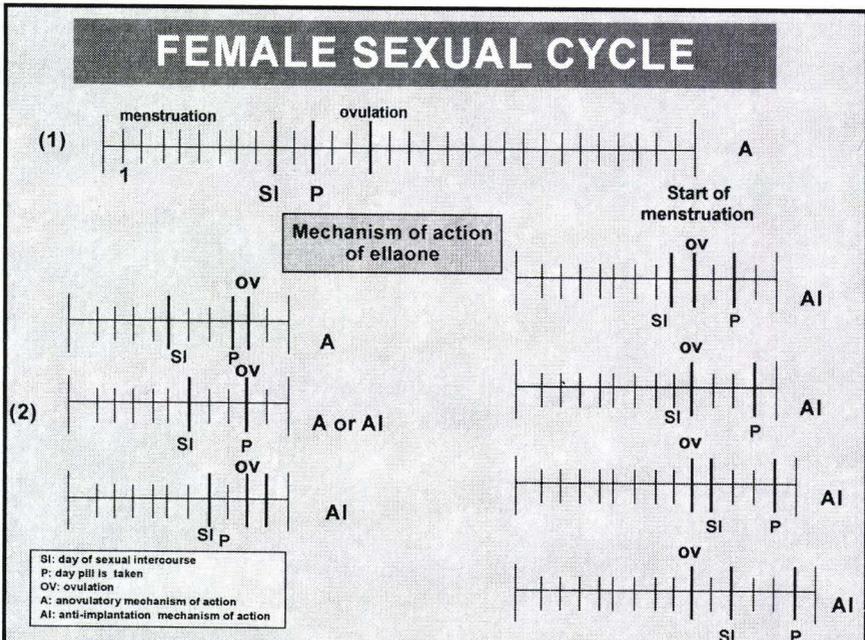
Among the Studies conducted by qualified experts, a paper published by Stratton et al<sup>9</sup> seems especially interesting; they showed that ulipristal acetate causes “alteration in endometrial thickness and P-dependent markers of implantation”. This clearly suggests that one of the Ellaone mechanisms of action may be to make it difficult for the embryo to implant in an altered endometrium.

Therefore, after evaluation of the previous Studies, in our opinion, it can be reasonably concluded that ulipristal acetate (Ellaone) may inhibit or delay ovulation, while altering the endometrium, actions which explain its contraceptive effect; undoubtedly however, how the drug acts in each specific case will essentially depend on the day of the female cycle on which it is taken.

### **So how does this translate in practical reality?**

To evaluate this pill in the first place, it is necessary to refer to its efficacy in comparison with that of levonorgestrel in order to prevent unwanted pregnancies. In this respect, some documents state that ulipristal is at least as effective as levonorgestrel.<sup>10</sup> However, other authors<sup>11</sup> indicate that the efficacy of levonorgestrel taken in the first 72 hours after the sexual act is higher than that of ulipristal acetate, since according to the pharmaceutical company that markets it, the efficacy of levonorgestrel varies around 85%, while that of ulipristal acetate is around 73%.<sup>12</sup> When the drug was used between 48 and 120 hours after unprotected intercourse, the observed pregnancy rate was 2.1%, and the prevented fraction was 61%. Another study<sup>13</sup> specified that when the drug was administered between 48 and 72 hours after sexual intercourse, the efficacy was 61.9%; it was 57.9% when administered between 73 and 96 hours and 75% when taken between 97 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. Agreeing therefore, that the efficacy of levonorgestrel in preventing an unwanted pregnancy is approxima-

tely 85% while that of Ellaone varies between about 60% and 75%, it seems logical to accept that in those cases in which levonorgestrel can be taken within 72 hours of sexual intercourse, this is the pill that will be used. Therefore, the ulipristal acetate pill (Ellaone) will probably be used only when more than 72 hours have passed since sexual intercourse.



**Figura 1**  
Mecanismo de acción de ellaone según el día en el que se toma la píldora.

- (1) Diagrama del ciclo sexual femenino que muestra el día de la relación sexual y el día en el que se toma la píldora.
- (2) Esquema abreviado del ciclo sexual femenino, que muestra solo los 7 días en los que es posible la fertilización.

On the other hand it is also known that sperm can remain active in the female genital tract for about five days and the egg, once released, only two.<sup>14</sup> Consequently, the windows of fertilization will be approximately seven days, five before ovulation and two afterwards. Therefore, (fig. 1) when Ellaone is taken five days before ovulation its action will be basically anticonceptive, and the same if it is taken four days beforehand. When it is taken three days before ovulation, it may be anticonceptive or by preventing implantation, but from then on, the mechanism by which Ellaone may prevent unwanted pregnancies will be by an anti-implantation mechanism, in other words, abortive. In summary, between 50% and 70% of the time, Ellaone will act by an abortive mechanism.

It seems to us that this is objective reality about the mechanism of action of ulipristal acetate (Ellaone), and therefore its anti-implantation effect will have to be taken into consideration when taking an ethical judgment on its use.

## Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> COMITEE FOR MEDICINAL PRODUCTS FOR HUMAN USE (CHMP) . Summary of positive Opinion for Ellaone. (accessed on 04.08.2009, to: <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/opinion/Ellaone16775009en.pdf> on 4/08/09
- <sup>2</sup> ID. Assesment Report of EllaOne. European Medicines Ulipristal acetate. Doc ref: EMEA/261787/2009 (accessed on 04.08.2009, to: <http://www.emea.europa.eu>).
- <sup>3</sup> Ellaone 30 mg. HRA Pharma UK daunted. Summary of Product Characteristics last update on the emc: 18-IX-2009 (accessed on 04.08.2009, to: <http://hra-pharma.com>).
- <sup>4</sup> Mipristal acetate (Ellaone). Faculty of sexual and Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit, New Product Review (October 2009). (access on 04.08.2009, to: <http://www.Ceu.members@gge.scot.nhs.uk>).
- <sup>5</sup> STRATION P, HARTOG B, HAJZADEH N ET AL. A single mid- follicular dose of CDB-2914, a new antiprogesterin, a new antiprogesterin, inhibits folliculogenesis and endometrial differentiation in normally cycling women. Hum Reprod. 2000; 15: 1092-1099.
- <sup>6</sup> CROXATTO HB, BRACHE V, COCHON L ET AL. The effects of immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate on follicular rupture. Abstract presented at the 8th Congress of the European Society of Gynecology, Rome, Italy, 10-13 September 2009

- <sup>7</sup> STRATTON P, LEVENS ED, HARTAG B ET AL. Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB- 291. *Fertil Steril*. 2009 (Epub ahead of print).
- <sup>8</sup> PASSARO MD, PIQUIN J, MULLEN N ET AL. Luteal phase dose- response relationship of the antiprogestin CDB-2914 in normally cycling women. *Hum Reprod*. 2003; 18: 1820-1827.
- <sup>9</sup> STRATION, LEVENS, HARTAG ET AL. Endometrial effects of...
- <sup>10</sup> Ulipristal acetate (Ellaone). London: New Drugs Group. APC/DTC briefing document. September 2009.
- <sup>11</sup> HORSLEY N. Ulipristal (Ellaone) for post-coital contraception. North East Treatment Advisory Group. September 2009.
- <sup>12</sup> Ellaone 30 mg. HRA Pharma UK daunted. Summary of Product Characteristics last up-date on the emc: 18-XI-2009. (accessed on 04.08.09, to: <http://www.hra-pharma.com>).
- <sup>13</sup> Ulipristal acetate (Ellaone)...
- <sup>14</sup> WILCOX AJ, WEINBERG CR, BAIRD DD. Post ovulatory ageing of the human oocyte and embryo failure. *Human Reproduction* 1998; 13: 394-397.

# Reseña bibliográfica

**José Enrique Gómez Álvarez\***

**Hautecouverture, Michel.** *¿Hay que legalizar la eutanasia?* Las manzanas del saber. Ediciones Akal, Madrid, 2005. 61 pp.

Este pequeño libro es una exposición directa y sencilla del problema de la eutanasia. Se divide en una Introducción y seis secciones. En la Introducción el autor plantea el hecho del marcado sentimentalismo que se da en torno al tema. También se señala la importancia, o mejor dicho, que la clave para hablar de eutanasia es la intención. En el capítulo “¿Una medicina con rostro (in) humano?” (pp. 9-28) el autor aborda el problema de la medicalización a costa de la persona: “La confusión entre cantidad y calidad de vida remite a una confusión subyacente entre el respeto por la vida (que algunos consideran que hay que mantener a cualquier precio) y el respeto por la persona (mortal por definición, y a la cual conveniría no hacer sufrir gratuitamente).” (p. 17). Insiste también en el tema de los cuidados paliativos como crucial para evitar la tentación eutanásica.

En el capítulo “Situación actual de la eutanasia” (pp. 29-35) se comenta brevemente los países o Estados que han legalizado la eutanasia. También se señala que, a parecer del autor, la defensa de la eutanasia usando un argumento por analogía con el aborto es débil.

---

\* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Miembro del SNI. Profesor e investigador de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México Norte.

El siguiente capítulo “El mal social” (pp. 37-47) el autor explica como la eutanasia está fuertemente ligada con la idea de desaparecer la muerte del escenario humano y de la idea de que la misma genera estorbosas e incómodas situaciones a todos. Asimismo, el autor apunta el fuerte componente económico de la eutanasia, es decir, la tentación de convertir la pregunta ética en una pregunta de corte económico.

En “La ética y el derecho” (pp. 49-56) se plantea el conceptualizar la dignidad como algo intrínseco o como una valoración subjetiva de los individuos. También se trata la dificultad de establecer un derecho al suicidio.

El último capítulo ¿Y el médico en todo esto? (pp. 57- 60) explica, a mi parecer correctamente, que independientemente del papel que el médico realizase en una situación concreta, ésta no puede generalizarse por medio de una ley, sino que debe ser tratada de manera individual: “La legalización de la eutanasia implica el riesgo de no tomar en cuenta la intimidad y la confianza que deben reinar en la relación entre un médico y su paciente” (p. 60).

# MEDICINA Y ÉTICA

## PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

Formulario de suscripción / Order form:

Nombre/Name: \_\_\_\_\_

Institución/Institution \_\_\_\_\_

Dirección/Address: \_\_\_\_\_

Ciudad-País/City Country: \_\_\_\_\_

Código Postal/Zip Code: \_\_\_\_\_

Teléfono/Telephone: \_\_\_\_\_

Fax/fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico/E-mail: \_\_\_\_\_

### Suscripción/Subscriptions Rates

Suscripción/Suscription	Números Anteriores/Previous numbers
México/Mexico: \$ 150.00	\$ 50.00
América Latina/Latin America: \$ 75.00 U.S. Dlls.	\$ 25.00 U.S. dlls
Otros países/Other countries \$ 85.00 U.S. Dlls.	\$ 30.00 U.S. dlls

Favor de hacer su pago a través de un "Depósito Referenciado" en cualquier sucursal del Banco Santander Serfin al siguiente número de cuenta:/Please make a deposit in Banco Santander-Serfin:

### Desde México/From México

Banco/Bank: Santander Serfin  
Cuenta a nombre de/Account name: Investigaciones y Estudios Superiores SC  
No Cuenta/Account number: 51-500651312  
No. Referencia: 0000LL07835081234186

### Desde América Latina y otros países/From Latin America and other countries

Banco/Bank: Santander Serfin Sucursal 5 18, Módulo Anáhuac  
Cuenta/Account: 51-50063292-6  
CLABE/ABA Number: 014180515006329267  
Plaza/City Country: 01 México D. F.  
Beneficiario/Pay order to: Investigaciones y Estudios Superiores S. C.

Enviar por Fax ficha de depósito/Send deposit to Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742

Informes:  
FACULTAD DE BIOÉTICA  
Universidad Anáhuac  
Av. Lomas Anáhuac s/n. Col Lomas Anáhuac  
Huixquilucan, Edo. de México C.P. 52786  
Tel. (52) (55) 5328 8074 ó 5627 0210 Ext. 7146  
Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742  
Correo electrónico bioetica@anahuac.mx  
www.anahuac.mx/bioetica



ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE BIOÉTICA

La Asociación Panamericana de Bioética nace como un recurso efectivo dentro de la sociedad para promover y salvaguardar el respeto a la dignidad de toda persona humana desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, desde un ámbito científico, a través del intercambio de ideas, información, investigación y trabajo, entre las diversas asociaciones de Bioética con esta finalidad.

La Misión de la Asociación Panamericana de Bioética es agrupar a personas e instituciones relacionadas con la medicina o que participan en las ciencias de la vida, y en la bioética, interesadas en defender la dignidad de la persona apoyándolas a través de cursos, seminarios, publicaciones, talleres dentro de la reflexión e investigación que la asociación efectúe en el campo de la bioética.

#### BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA

- Inscripción a la revista Medicina y Ética.
- Actualización en temas de bioética a través de nuestra página de Internet.
- Asistencia a convención anual sobre bioética.
- Participar en seminarios, conferencias, cursos con cuotas preferenciales.
- Vinculación con asociaciones de Bioética tanto nacionales como internacionales
- Plataforma de participación en proyectos de Bioética.

#### CUOTAS DE INGRESO

	<i>México</i>	<i>Otros países</i>
Individual	\$ 450.00 M.N.	\$ 80.00 U.S.
Estudiantes	\$ 200.00 M.N.	\$ 40.00 U.S.
Instituciones	\$ 1, 250.00 M.N.	\$ 230.00 U.S.

#### FORMAS DE PAGO

Depósito bancario a Cta. No. 51-50067989-0  
(Banco Santander Mexicano. Suc. Interlomas).  
Cheque a favor de Asociación Panamericana de Bioética S.C.  
al apartado postal No. 41-518 México, D.F. C.P. 1100

#### MAYORES INFORMES

Lic. Martha Hamill de Correa  
Coordinadora General de APABE Sede Nacional  
Teléfono (55) 5251 82 93  
E mail: ehamill@anahuac.mx



**Litho Press**  
DE MEXICO

---

Este libro se terminó de imprimir en junio de 2010,  
en los talleres de Litho Press de México,  
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.  
Tiraje 500 ejemplares