

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

2003/1

**Ética de la responsabilidad en oncología ginecológica
Medicina oficial y terapias no convencionales:
¿del conflicto a la integración? - Ética de la paz y
bioética - La muerte y las religiones
Eutanasia: la no-obligación de preservar la vida**



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac

*Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'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: ojmartin@anahuac.mx

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

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.

1

VOLUMEN XIV NÚMERO 1 ENERO-MARZO DEL 2003

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. Cristian Nazer Astorga

Coordinador Editorial: Dr. José E. Gómez Álvarez

Traductor y corrector: Lic. Manuel Fernández, Lic. Eduardo Monterrubio Santa María

Corrector de redacción: Lic. Vicente Pérez Solsona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dra. Virginia Aspe Armella (Universidad Panamericana), Lic. Antonio Cabrera (Universidad Anáhuac), Mtro. David Eduardo Calderón Martín del Campo (Universidad Anáhuac), Dra. Stacey E. Ake (Philadelphia Center for Religion and Science), Mtro. Rafael García Pavón (Universidad Anáhuac), Dra. Ana Marta González (Universidad de Navarra), Dr. Javier Marcó Bach (Universidad de Santiago de Compostela), Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón (Universidad Complutense de Madrid), Dra. Martha Tarasco Michel (Universidad Anáhuac), Dra. María Dolores Vila-Coro (Catedrática de Bioética de la UNESCO).

ÍNDICE

EDITORIAL	7
Ética de la responsabilidad en oncología ginecológica <i>Maria Luisa Di Pietro, Elio Sgreccia</i>	11
Medicina oficial y terapias no convencionales: ¿del conflicto a la integración? <i>P. Bellavite, M. Semizzi, P. Musso, R. Ortolani, G. Andrioli</i>	27
Ética de la paz y bioética <i>M. Loredana Furiosi</i>	57
La muerte y las religiones <i>David Calderón</i>	101
Eutanasia: la no-obligación de preservar la vida. Un análisis lógico-filosófico <i>Carlos Lepe Pineda</i>	119
Reseña bibliográfica <i>José Enrique Gómez Álvarez</i>	127

EDITORIAL

En este nuevo año, *Medicina y Ética* realiza cambios con el fin de lograr una mayor calidad académica y de proporcionar nuevos espacios pensando en nuestro público. Independientemente de los artículos de la primera parte, hemos agregado dos nuevas secciones: las notas y las reseñas. Con estas nuevas secciones lo que se busca es presentar al lector, sobre todo de lengua castellana, temas y libros que pueden resultar de su interés debido a su actualidad y relevancia.

Por otra parte reiteramos el interés de la Revista de recibir contribuciones originales para la misma. Este año hemos reestructurado el comité editorial para lograr una mayor calidad en los artículos.

En este número se presentan cuatro artículos: “Ética de la responsabilidad en ginecología oncológica” de Maria Luisa de Pietro y Elio Sgreccia. Posteriormente, P. Bellavite, M. Semizzi, P. Musso, R. Ortolani y G. Andrioli escriben “Medicina oficial y terapias no convencionales: ¿del conflicto a la integración?” El tercer artículo de este número es “Ética de la paz y bioética” de M. Loredana Furios. El último artículo se titula “La muerte y las religiones” escrito por David Calderón.

La nueva sección de notas presenta un comentario de Carlos Lepe acerca de un debate sobre la eutanasia presentado en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, titulado "La no obligación de preservar la propia vida".

Para finalizar, este número cierra con una reseña del libro “Una vida ética. Escritos”, de Peter Singer.

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 tres. 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 10 líneas (aproximadamente 100 palabras) en español y en inglés.
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: egomez@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.

Ética de la responsabilidad en oncología ginecológica*

*Maria Luisa Di Pietro,** Elio Sgreccia****

Resumen

El manejo de una patología neoplásica de la esfera ginecológica representa siempre una circunstancia cargada de responsabilidad y de tensiones para la paciente y para el médico. Al miedo, por parte de la paciente, de tener cáncer y a la incertidumbre del resultado de las terapias, se añade también el dolor de sufrir una mutilación en órganos considerados básicos para la estructuración y el reconocimiento de su propia identidad femenina, con la incapacidad consiguiente de procrear o la dificultad, en caso de que la mujer esté embarazada, de llevar el embarazo a término. Las situaciones difíciles y conflictivas, con las que la paciente y el médico deben inevitablemente enfrentarse, son abordadas en la literatura bioética con referencia al principialismo y, en particular, al principio de autonomía y al principio de beneficencia. Pero la referencia al principialismo, más que resolver, agudiza a menudo las situaciones de conflictividad, sobre todo en este caso en que los

* Informe presentado en la 7th Biennial Meeting de la International Gynecologic Cancer Society, Roma, 29.9.1999.

** Investigadora del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

*** Director del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

derechos que hay que proteger no son sólo los de la mujer y del médico, sino también del feto cuando la mujer está embarazada.

Es por este motivo por el que los autores proponen hacer referencia a la categoría moral de la responsabilidad, en la cual la autonomía de la paciente y del médico se encuentran con el bien del que surgen y para el que viven. Una ética de la responsabilidad que en el ámbito de la oncología ginecológica se ve puesta en juego por lo menos en tres momentos: en la prevención, en la opción terapéutica en la asistencia.

Hacia una ética de la responsabilidad

El momento del diagnóstico y de la terapia está siempre cargado de responsabilidad y de tensión para el médico, y de expectación y temor para la paciente. Esta situación es vivida de un modo particularmente difícil y angustioso cuando la paciente está afectada por una patología neoplásica de la esfera ginecológica: al miedo de tener cáncer y la incertidumbre del resultado de las terapias, se puede añadir también el dolor de sufrir una mutilación en órganos considerados básicos para la estructuración y el reconocimiento de su propia identidad femenina, con la consiguiente incapacidad de procrear o la dificultad, en caso de que la mujer esté embarazada, de llevar adelante el embarazo.

En tales circunstancias, se pide al médico apelar no sólo a su propia competencia científica sino también a su propia carga de humanidad para que la paciente pueda enfrentar esta triste experiencia; en estos casos, como en cualquier práctica médica, el médico y la paciente no pueden ignorar que las decisiones que se tomen en cuanto al manejo clínico, involucran valores éticos fundamentales como son la persona humana (de la paciente y, eventualmente, del que va a nacer, su vida y su salud).

Si analizamos la literatura bioética, podemos darnos cuenta de que la solución de las situaciones difíciles y conflictivas que se presentan en la práctica clínica, debe buscarse con referencia en el *principlismo* y, en especial, al principio del respeto a la autonomía, y al principio de beneficencialidad.¹

En otras palabras, la relación médico-paciente se reduce a dos frentes contrapuestos. Por una parte, el médico que, poseyendo los conocimientos científicos, es capaz de identificar las estrategias de intervención útiles para la mujer; por la otra, la paciente con sus expectativas y convicciones, pero, sobre todo, con el derecho de elegir la prestación más adecuada para ella.

En este contexto, pues, el médico actuaría con base en el principio de beneficencialidad, comprometiéndose no sólo a no dañar a la paciente (*principio de no maleficiencia*), sino buscando también el mayor bien posible para ella. La opción clínica resulta ser así fruto de un equilibrio entre los posibles riesgos y los esperados y previsibles beneficios. No se puede, sin embargo, dejar de tener en cuenta la opción de la paciente, la cual actuaría, en cambio, con base en el principio del respeto de la autonomía (reconocimiento de la autonomía moral, autodeterminación, libertad de conciencia y derecho a la privacidad), que se concreta luego en la obligatoriedad del consentimiento informado. La paciente tendría, pues, obligaciones basadas en el principio de autonomía, mientras el médico intervendría en virtud del principio de beneficencialidad.

A primera vista, la referencia a los citados principios puede parecer de gran ayuda en la práctica clínica: en realidad, sin embargo, estos principios entran fácilmente en conflicto entre ellos, desorientando a los sujetos agentes al responder a la pregunta: «¿Qué debo hacer?».

Pongamos un ejemplo: si una mujer decidiera en virtud del principio de autonomía rechazar terapias no necesarias para ella, el médico no podría actuar según el principio de beneficencialidad para salvarle la vida.

La presencia de este conflicto no debe sorprender: es la lógica consecuencia de la falta de una teoría fundante de los principios mismos o, para ser más exactos, de la presencia de una doble y contrastante teoría fundante, utilitarista («¿Qué es útil hacer?»), por una parte, y deontológica («¿Qué debo hacer?»), por la otra.

El conflicto inherente al principialismo es aún más evidente cuando los dilemas clínicos no se refieren sólo a la díada mujer/médico, cuanto más bien a la tríada mujer/feto/médico. ¿Qué principio, en efecto, debería obligar a la madre y al médico a actuar en interés del que va a nacer?

No ciertamente el principio de autonomía, desde el momento en que el feto no ha adquirido todavía la capacidad de tomar decisiones y de ejercer su propia libertad; pero tampoco —se dice— el principio de beneficiabilidad, a menos que el feto no pueda ser considerado «un paciente».² ¿Y cuándo puede un feto ser considerado paciente?

Sólo cuando —se lee en el citado trabajo de Chevernak y McCullough— «el feto tenga buenas posibilidades de convertirse en bebé», o bien se encuentre en una fase de viabilidad (por lo menos 24 semanas de gestación). Se niega, en consecuencia, que el feto pueda gozar de derechos subjetivos en cualquier fase de su desarrollo y en cualquier condición: si, en efecto, el feto es pre-viable, es la madre la que decide si debe ser considerado o no como paciente; si, en cambio, el feto es ya viable, la decisión clínica, compartida o no por la madre, compete al médico en interés del que va a nacer.³

De lo dicho resultan evidentes algunas lagunas del principialismo: en nombre de la autonomía se ignora la fuente de la que ésta procede, o sea, la vida que es su condición fundamental. En nombre de la beneficiabilidad se ignora el significado del bien del paciente. Para superar este conflicto, para respetar los derechos fundamentales (a la vida y a la salvaguardia de la salud) de todas las partes en juego, es necesario, entonces, pensar más en profundidad y releer el significado de los términos «autonomía» y «bien».

Ante todo, en medicina el ejercicio de la autonomía no es un monólogo sino un diálogo: la autonomía de la paciente «platica» con la autonomía del médico. «Objeto» del diálogo es el bien de la paciente y, si está presente, del que va a nacer, un bien que los une y que debe superar incluso los intereses de parte.

Por otro lado, ¿qué hay que entender por «bien»? Según Pellegrino y Thomasma, el bien debe incluir: el bien biomédico; la idea de que el paciente tiene su propio bien; el bien como posibilidad de ejercicio de la libertad; el bien ontológico.⁴ Y, si las primeras tres dimensiones del bien están ya previstas por el *principio de beneficiabilidad* y por el

principio de respeto a la autonomía, es la dimensión ontológica la que hay que recuperar: ese ser «persona» que, por encima de sus cualidades accidentales o segundas, pide respeto y protección.

La autonomía de la paciente y del médico dialogan, pues, *sobre y de* este bien, del cual deben hacerse responsables. Y es precisamente en una *ética de la responsabilidad* donde la autonomía de la paciente y del médico se encuentran con el bien del que surgen y para el que viven. La responsabilidad es, por otra parte, inseparable de la autonomía: para localizar aquellos riesgos, daños, beneficios, que el acto humano —todo acto humano llevado a cabo de modo voluntario y libre— puede producir en la naturaleza, en las cosas, en los hombres, en la sociedad. Una responsabilidad que en el ámbito de la oncología ginecológica es puesta en juego por lo menos en tres momentos: en la prevención; en la opción terapéutica; en la asistencia.

La prevención

Es un dato de hecho que en la etiopatogénesis de los tumores ginecológicos juegan un papel importante incluso aquellos comportamientos individuales que, definidos genéricamente como «de riesgo», pueden ser responsables de daño a la salud y, en el caso específico, a la vida de la paciente.

Baste pensar en la asociación entre cáncer del cuello del útero y el virus del papiloma humano (*Human Papilloma Virus*, o HPV) y otras enfermedades de transmisión sexual, contraídas con mayor frecuencia por mujeres que han iniciado su propia actividad sexual a temprana edad (primeras relaciones sexuales entre los 15 y los 17 años) en condiciones de promiscuidad;⁵ o en la asociación entre consumo de tabaco (presencia en el moco cervical de NNK) y cáncer del cuello del útero,⁶ con una significativa detención de las modificaciones histológicas después de la suspensión.⁷

Todavía se teme la posible asociación —aunque los datos disponibles no siempre concuerden— entre estimulación ovárica por anovularidad o para recuperar los oocitos en los protocolos de fecundación artificial, y el cáncer epitelial del ovario,⁸ cuyo riesgo aumenta ya en presencia de esterilidad,⁹ de mama y del endometrio;¹² entre el uso de

anticonceptivos orales y el cáncer mamario,¹³ sobre todo si su administración se ha iniciado en edad muy precoz;¹⁴ entre la interrupción precoz, espontánea o inducida, del embarazo y el cáncer de mama.¹⁵

Y, aunque es cierto que no siempre un determinado comportamiento está presente en la etiología de un cáncer, el haber localizado tal asociación debe hacer sentir la obligación moral de modificar ese comportamiento. La salud es, en efecto, una especie de equilibrio que acompaña a la vida de cada día y que hay que buscar continuamente; la salud es una tarea, un estilo de vida, y es en este sentido en el que la salud se define en relación también con factores no médicos en los cuales pueden influir opciones y comportamientos individuales y colectivos. Es a la luz de esta interpretación del concepto de salud como se vuelven fundamentales la promoción y la prevención: promover y proteger la salud por parte de cada individuo y de la sociedad es —antes aún que un derecho— una obligación moral.

¿Pero qué forma de prevención hay que activar frente a la posibilidad de tener un comportamiento de riesgo? Como se sabe, se proponen tres diversas estrategias de prevención: la reducción del riesgo en los comportamientos de riesgo; la estrategia del temor; la educación de la salud.¹⁶

Quien propone una estrategia de reducción del riesgo parte de la premisa de que hay personas que, aun conociendo y advirtiendo el riesgo —en este caso, oncógeno— de un comportamiento, consideran tal riesgo aceptable o, en cualquier caso, que se tiene que correr. La intervención preventiva deberá limitarse a sugerir a cada quien aquellas medidas (por ejemplo, el uso del profiláctico para evitar el contagio del HPV o la limitación del número de estimulaciones ováricas en las mujeres inscritas en un protocolo de fecundación artificial), que puedan permitir persistir en ese comportamiento con el menor riesgo posible. Es evidente que de este modo se está fomentando, por un lado, la desresponsabilización del sujeto agente, el cual piensa poder continuar imponiendo sus propias opciones desde el momento en que habrá siempre quien esté dispuesto a indicarle los medios y escapatorias adecuados para evitar las consecuencias; y por otro lado, la desresponsabilización de quien debería hacer una real prevención, pero que no tiene interés alguno en intervenir para eliminar las causas de esta incongruente asunción del riesgo.

La estrategia del temor prevé, en cambio, un enfoque terrorista de la prevención del riesgo: se considera que, presentando los efectos deletéreos de un comportamiento de riesgo, se puede inducir al individuo a modificarlo. Baste pensar, para poner un ejemplo, en una hipotética campaña de prevención del tabaquismo basada en la asociación tabaco-cáncer del cuello del útero: una vez más el resultado no correspondería —como en otras campañas de prevención de este tipo— a las expectativas. La razón de estos fracasos parece que hay que buscarla no tanto en los contenidos del mensaje enviado cuanto en un persistente autoengaño personal. Es sabido, en efecto, que cada individuo vive inmerso, de manera más o menos profunda, en la férrea convicción de que las consecuencias negativas de un comportamiento sólo afectan a los demás, sin advertir, así, la necesidad de modificar él primero su propio comportamiento.

No basta, sin embargo, con tener como objetivo de la educación en la salud el «remedio» pero no la educación: una auténtica educación en la salud debe aspirar a algo más, acompañando a cada individuo a lo largo del camino de toma de sus propias responsabilidades y de adquisición de la plena conciencia de lo que puede mejorar su salud. La educación en la salud, en efecto, es esencialmente educación moral, pues, juntamente con la información, demanda que se proporcionen motivos del por qué actuar de una forma en vez de otra; que se enseñe a diferenciar entre necesidades y deseos; que ayude a localizar las obligaciones que hay que cumplir para contribuir a la salvaguardia de la salud propia y ajena.

La prevención en oncología ginecológica prevé, como se sabe, junto con la educación en la salud el diagnóstico precoz, y, en tiempos más recientes, recurrir a pruebas genéticas predictivas,¹⁷ con la consiguiente propuesta de cambiar de estilo de vida, de efectuar una quimioprevención apropiada (por ejemplo, con el tamoxifeno¹⁸) o una profilaxis quirúrgica.

Ciertamente, recurrir a las pruebas genéticas predictivas impone al médico y a la paciente tomar decisiones de gran responsabilidad (la información; la confidencialidad sobre los datos obtenidos; la necesidad de informar a los familiares de la paciente; la elección de las intervenciones postdiagnóstico; la oportunidad de efectuar o no las pruebas durante la vida prenatal;¹⁹ el peligro de discriminación por

parte de la sociedad), ante a la localización de una predisposición, que, tomando en cuenta la etiología plurifactorial del cáncer, podría no llevar a la enfermedad. Pero también recurrir, aunque esté en fase experimental, a administrar tamoxifeno a mujeres sanas suscita dificultades de no fácil solución en la evaluación de la relación riesgos/beneficios: someter, en efecto, a mujeres sanas a un tratamiento no exento de peligros sin una finalidad terapéutica y con una aún incierta esperanza de profilaxis, incluso en presencia de una predisposición genética, podría configurarse como un sacrificio, de dudosa justificación moral, del individuo por el bien de la sociedad.

La opción terapéutica

También la opción terapéutica es un momento de gran responsabilidad compartida, es decir, la de tomar una decisión que está informada comúnmente en la llamada *proporcionalidad terapéutica*, de tal manera que se opta por aquella intervención necesaria para salvar la vida o mejorar las condiciones de salud de la paciente que no tiene alternativas y es ineludible. Se trata, sin embargo, de una proporcionalidad no siempre fácil de evaluar en la práctica clínica, sobre todo —pero no sólo— si, junto a parámetros como el tipo de terapia, el grado de dificultad y los riesgos, las posibilidades concretas de actuación, los beneficios esperados, los costos económicos y humanos, se introduce también la evaluación del deseo de calidad de vida en la paciente.²⁰ Se ha puesto en evidencia, efectivamente, que sólo la paciente es capaz de hacer una evaluación de la propia calidad de vida en relación con las terapias indicadas para ella, justificándose sólo en casos excepcionales el recurrir al parecer de los familiares y del médico.²¹

La dificultad surge de las interpretaciones distorsionadas que hoy se dan del concepto de calidad de vida, considerado como algo absoluto respecto de la vida misma, con el riesgo de que la paciente o el médico tomen una decisión en desacuerdo con la responsabilidad que ambos han asumido, como es la de proteger la vida de la paciente. Es por esta razón por la que el «diálogo» sobre la opción terapéutica se ha de introducir siempre en una adecuada relación entre la paciente y

su médico: la paciente, en efecto, necesita de la ayuda del médico, que puede darle aquellas informaciones útiles para comprender su propio estado clínico; el médico necesita confrontarse con la paciente para poder llegar a una decisión que no sea sólo técnica. Esto requiere, sin embargo, que tanto la paciente como el médico deban saber percibir, en cualquier circunstancia, toda la verdad *de la y sobre la* persona a partir del reconocimiento de su valor y de su dignidad.

De todo lo hasta aquí dicho podemos concluir que cuando el médico quiera iniciar una terapia debe, ante todo, solicitar el consentimiento informado y explícito a la paciente, la cual podrá decidir de manera autónoma sobre intervenciones con un resultado riesgoso e incierto o gravoso y excepcional, pero no dejar nunca de cumplir con su obligación de defender su propia vida rechazando intervenciones necesarias y de probada eficacia. Y, cuando ese rechazo se exprese, éste no puede representar para el médico el criterio suficiente para suspender las terapias. También él, efectivamente, es responsable respecto de la vida de la paciente y no simplemente respecto de las opciones de esta última.

Una elección dialogada requiere, como ya hemos dicho, que tanto el médico como la paciente dispongan de las mismas informaciones. Una situación particularmente difícil cuando esta última está lejos de pensar en la gravedad de su estado. ¿Cuál y cuánta verdad comunicar en estos casos? ¿Cuándo y de qué modo?

Se trata de un tema ya ampliamente abordado en la literatura, de la que se evidencia, por una parte, la cada vez más acuciante necesidad de informar (la patología neoplásica no es ya necesariamente una enfermedad fatal; el control de la enfermedad depende frecuentemente de la oportunidad de la intervención médico-quirúrgica; hay que conocer el diagnóstico para poner en marcha acciones de prevención secundaria; necesidad de incluir a la paciente en una prueba clínica), y, por la otra, la dificultad de encontrar un equilibrio entre el silencio y la comunicación impersonal y fría.

En general, aun estando conscientes de la dificultad de traducir la teoría en la práctica, se debe considerar prioritario el derecho de la paciente a ser informada acerca de su estado de salud aun cuando ese derecho a saber tenga que ser modulado por el respeto debido a la globalidad de su persona: es decir, se debe estar atentos a que la in-

formación no prejuzgue ulteriormente la salud de la misma. De aquí la necesidad de escoger las palabras adecuadas para que la información corresponda a la realidad, las circunstancias, los lugares y los tiempos, teniendo presente que informar no equivale a la conclusión de la relación médico-paciente: es sólo el primer paso de un largo, laborioso y doloroso camino.

Embarazo y neoplasia: ¿existe un «conflicto» madre-feto?

La opción terapéutica resulta más compleja aún cuando se tiene que intervenir en una mujer con neoplasia de la esfera genital y, al mismo tiempo, embarazada. La pregunta que se plantea en estos casos es: ¿hay que tratar a la mujer como si no estuviera encinta, o es necesario tener presente que los pacientes son dos, la madre y el feto? Y también, ¿es lícito activar una terapia aun sabiendo que puede acarrear daño a la salud/vida del feto?

A estos interrogantes, que con frecuencia laceran la conciencia del médico, se añade un tercero, por lo menos para aquellos que toman en consideración la eventualidad del aborto provocado: ¿puede ser considerado el aborto como una «terapia» para la madre afectada por neoplasia de la esfera genital?

Analicemos, ante todo, esta última cuestión. Adelantando que inducir el aborto no es nunca aceptable en una óptica de respeto de la vida humana ya desde la concepción, hay que añadir que tampoco encuentra justificación ni siquiera en el deseo de evitar daños a la salud/vida del feto —por otra parte, ningún daño puede ser más grave que la muerte infligida— o en el temor de que la continuación del embarazo pueda acelerar la evolución de la patología materna.

Véanse a este propósito los estudios llevados a cabo sobre la asociación embarazo/cáncer mamario, los cuales ponen en evidencia que el embarazo no contribuye directamente ni al desarrollo ni a la aceleración del avance del cáncer de mama, aunque no se puede silenciar que precisamente las condiciones fisiológicas de la mama durante el embarazo pueden retardar el diagnóstico.²² Se ha demostrado, además, que la propuesta del aborto con la justificación de que la presencia del feto agravaría la patología tumoral no tiene confir-

mación clínica ni siquiera para patologías ajenas a la esfera ginecológica, como por ejemplo el melanoma.²³ En todo caso, quien corre el riesgo de contraer la enfermedad es precisamente el feto, desde el momento en que algunas neoplasias pueden metastaziar la placenta.

Excluida la opción del aborto, ¿cómo se puede manejar la presencia de una neoplasia de la esfera genital en el embarazo? Se pueden localizar a modo de ejemplo tres situaciones: 1. la intervención terapéutica puede ser pospuesta hasta después del parto; 2. la intervención terapéutica debe ser puesta en marcha necesariamente una vez efectuado el diagnóstico; 3. la madre rechaza cualquier intervención terapéutica.

En el primer caso se trataría de esperar al parto, a veces anticipado, apenas se compruebe la madurez pulmonar del feto, para intervenir con adecuadas terapias médicas y/o quirúrgicas. Por ejemplo, se ha evidenciado que un retardo promedio de 16 semanas entre el diagnóstico de cáncer de cérvix en el estadio IB y el inicio de la terapia —coincidiendo con el parto— no influía negativamente en el curso de la enfermedad.²⁴

En el segundo caso, el más frecuente, retrasar en la intervención terapéutica podría acelerar la evolución de la enfermedad con el riesgo incluso de muerte de la mujer durante el embarazo y la consiguiente pérdida tanto de la madre como del feto. Se imponen, pues, por una parte, la necesidad de iniciar cuanto antes la terapia y, por la otra, la responsabilidad de la salud/vida no sólo de la madre, sino también del feto.

En estos casos, la opción terapéutica habrá de ser sopesada en relación con la situación clínica de la madre, aunque el médico habrá de tener presente que hay tratamientos que pueden dañar al feto según la fase de desarrollo alcanzada. Es sabido, en efecto, que, mientras el uso de anestésicos —en la eventualidad de una intervención quirúrgica— no está contraindicado en el embarazo, la radioterapia, incluso en zonas extraabdominales, puede tener un efecto abortivo o teratógeno, mientras la quimioterapia tiene efectos diferenciados según el periodo del embarazo: abortivos y teratógenos durante el primer trimestre; inducción de parto pretérmino, retraso de crecimiento intrau-

terino y posible aparición de tumores en el feto, en el segundo y tercer trimestre.²⁵

Se deberá, pues, optar por aquella intervención terapéutica que, sin privar a la madre del necesario apoyo, le acarree el menor daño posible al feto. Por una parte, algunos seguimientos ponen en evidencia cómo no ha habido efectos negativos para fetos cuyas madres fueron sometidas a una intervención quirúrgica o fueron tratadas con quimioterapia tanto en el primer trimestre²⁶ como en el segundo y tercer trimestre de embarazo.²⁷

Ciertamente, no se puede excluir que la terapia pueda causar daños al feto o, incluso, el aborto; pero estos efectos, que sin embargo se minimizan, no son directamente queridos ni buscados y pueden estar, por tanto, moralmente justificados. Se llegaría, así, a configurar lo que en la reflexión ética se define como una *acción de doble efecto*, es decir, buscando la finalidad positiva de la acción (la atención de la madre) y a falta de otros remedios exentos de riesgos, se puede asumir también el efecto negativo, previsible e inevitable (enfermedad o aborto del feto), pero no directamente buscado.²⁸

Finalmente —y es ésta la tercera situación—, la mujer puede decidir no someterse a terapia alguna para evitar cualquier posibilidad de dañar al feto: se trata seguramente de una opción heroica, que hay que respetar y apoyar siempre.

La responsabilidad «ulterior»

Queda, finalmente, una última responsabilidad que concierne a cuantos están comprometidos en la asistencia de la paciente. El manejo del sufrimiento, de las incógnitas, de los riesgos de la enfermedad, y la confrontación con la precariedad y con la muerte, que requieren una asistencia complementaria de la médica, de tipo psicológico pero también espiritual, asistencia que con frecuencia no se da.

Son indicativos, en ese sentido, aquellos estudios que evidencian cómo la enfermedad ha determinado en los pacientes un aumento de fe, pero también que a esa situación no corresponde en general una adecuada oferta de asistencia religiosa.²⁹ Efectivamente, parece ser grande la necesidad de dar un sentido a la enfermedad, al dolor y a la

muerte: de aquí la necesidad de una asistencia global, como global es la experiencia del dolor humano.

Cuando esta asistencia llega a faltar, es inevitable que surja la petición de poner fin a la propia existencia, de activar una opción eutanásica. Consideramos, en efecto, que es hipócrita justificar la solicitud de eutanasia por la excesiva tecnificación de la medicina actual, cuando la razón es otra: son el sufrimiento y la muerte los que dan miedo; es el abandonado, el dejarse hacer vulnerables; es la falta de Dios, que pide anticipar la muerte; es la falta de caridad y de solidaridad por parte de quien asiste, lo que empuja a la paciente hacia una decisión extrema.

Más aún, desde el momento en que la eutanasia es un acto totalmente en contra de la naturaleza, se tiene la sensación de que la solicitud de la paciente no está dictada por su voluntad, que tendería, entre otras cosas, a cambiar en el tiempo,³⁰ sino que es más bien la exteriorización de un deseo, no concientizado ni comunicado verbalmente, por parte de quien asiste, abatido por tener que ser mero espectador inerte ante tanto sufrimiento e incapaz de sostener la fragilidad propia y ajena.

Referencias bibliográficas

¹ BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F., Principles of Biomedical Ethics, Nueva York: Oxford University Press, 1994.

² CHEVERNAK F.A., MCCULLOUGH L.B., What is Obstetric Ethics?, Clinical Obstet. Gynecol. 1992, 35(4): 709-719.

³ TUHOEY J.F., Terminal Care and the Pregnant Woman: Ethical Reflections on In Re:A.C., Pediatrics 1991, 88(6): 1268-1273.

⁴ PELLEGRINO E., THOMASMA D.C., For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care, Nueva York: Oxford University Press, 1988.

⁵ KJAER S.K., Risk Factor for Cervical Neoplasia in Denmark, APMIS, 1998, 80, suppl.: 1-41; GOTTLIEB S., Papillomavirus DNA in smear test raises risk of cervical cancer, BMJ 1999, 319: 1454; DE SANJOSÉ S., BOSCH F.X., MUÑOZ N., SHAH K., Social Differences in Sexual Behavior and Cervical Cancer, IARC Sci. Publ. 1997, 138: 308-317; BOSCH F.X., MANOS M.M., MUÑOZ N. ET AL., Prevalence of Human Papillomavirus in Cervical Cancer: a Worldwide Perspective, J. Natl. Cancer Inst. 1995, 87(11): 796-802.

⁶ PROKOPCZYK B., COX J.E., HOFFMANN D., WAGGONER S.E., Identification of Tobacco-specific Carcinogen in the Cervical Mucus of Smokers and Nonsmokers, J. Natl. Cancer Inst. 1997, 89 (12): 868-873; CERQUEIRA E.M., SANTORO C.L., DONOZO N.F. ET AL., Genetic Damage in Exfoliated Cells of the Uterine Cervix. Association and Interaction between

Cigarette Smoking and Progressión to Malignant Transformation?, *Acta Cytol.* 1988, 42(3): 639-649.

⁷ SZAREWSKI A., JARVIS M.J., SASIENI P. ET AL., Effects of Smoking Cessation on Cervical Lesion Size, *The Lancet* 1996, 347 (9006): 941-943.

⁸ GOLDENBERG G.L., RUNOWICH C.D., Ovarian Carcinoma of Low Malignant Potential. Infertility and Induction of Ovulation – Is There a Link?, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992, 166: 853-854; WHITTEMORE A.S., The Risk of Ovarian Cancer after Treatment for Infertility, *NEJM* 1994, 331: 805-806; NUGENT D., SALHA O., BALEN A.H., RUTHEFORD A.J., Ovarian Neoplasia and Subfertility Treatments, *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1998, 105(6): 584-591.

⁹ HARRIS R., WHITTEMORE A.S., INTYRE J., The Collaborative Ovarian Cancer Group. Characteristics Relating to Ovarian Cancer Risk: Collaborative Analysis of 12 Case-Control Studies. III: Epithelial Tumours of Low Malignant Potential in White Women, *Am. J. Epidemiol.* 1992, 136: 1204-1211.

¹⁰ BRZEZINSKI A., PERETZ T., MOR-YOSEF S. EL AL., Ovarian Stimulation and Breast Cancer: Is There a Link?, *Gynecol. Oncol.* 1994, 52: 292-295; VENN A., WATSON L., LUMLEY J. ET AL., Breast and Ovarian Cancer Incidence after Infertility and In Vitro Fertilization, *The Lancet* 1995, 346: 995-1000.

¹¹ HEMPLING R.E., WONG C., PIVER M.S. ET AL., Hormone Replacement Therapy as a Risk Factor for Epithelial Ovarian Cancer: Results of a Case-Control Study, *Obstet. Gynecol.* 1997, 89, (6): 1012-1016.

¹² PERSSON I., Cancer Risk in Women Receiving Estrogen-progesterone Replacement Therapy, *Maturitas* 1996, 23 suppl.: S37-45.

¹³ LA VECCHIA C., TAVANI A., FRANCESCHI S., PARAZZINI F., Oral Contraceptives and Cancer. A Review of the Evidence, *Drug Saf.* 1996, 14(4): 260-272.

¹⁴ TRYGGVADOTTIR L., TULINIUS H., GUDMUNSDOTTIR G.B., Oral Contraceptive Use at a Young Age and the Risk of Breast Cancer: an Icelandic Population-Based Cohort Study of the Effect of Birth Year, *Br. J. Cancer* 1997, 75(1): 139-143.

¹⁵ LAPILLONNE H., GOLSTEYN R.M., LAPILLONNE A., Duration of Pregnancy and Risk of Breast Cancer, *The Lancet* 1999, 353 (12 June): 2075; HSIEH C.C., LAMBE M., TRICHOPOULOS D. ET AL., Delivery Premature Newborns and Maternal Breast-Cancer Risk, *The Lancet* 1999, 353: 1239; BRIND J., CHINCHILLI V.M., Premature Delivery and Breast-cancer Risk, *The Lancet* 1999, 354(31): 424.

¹⁶ DI PIETRO M.L., L'educazione alla salute in adolescenza: strategie di intervento e risposte individuali, *Medicina e Morale* 1997, 5: 861-884.

¹⁷ DICKENS B.M., PEI N., TAYLOR K.M., Legal and Ethical Issues in Genetic testing and Counseling for Susceptibility to Breast, Ovarian and Colon Cancer, *CMAJ* 1996, 154(6): 813-818; SURBONE A., The Ethical Challenge of Genetic Testing for Breast Cancer, *Medicina e Morale* 1999, 3: 469-484.

¹⁸ PRITCHARD K.I., Tamoxifen Effective in Prevention of Breast Cancer?, *The Lancet* 1998, 352: 80-81; BRUZZI P., Tamoxifen for the Prevention of Breast Cancer, *BMJ* 1998, 316: 1181-1182.

¹⁹ LANCASTER J.M., WISEMAN R.W., BERCHUCK A., An Inevitable Dilemma: Prenatal Testing for Mutation in the BRCA1 Breast-Ovarian Cancer Susceptibility Gene, *Obstet. Gynecol.* 1996, 87(2): 306-309.

²⁰ SILVESTRI G., PRITCHARD R., WELCH H.G., Preferences for Chemotherapy in Patients with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: Descriptive Study Based on Scripted Interviews, *BMJ* 1998, 317: 771-775. Véase también el comentario de M. Calipari y A.G. Spagnolo en *Medicina e Morale* 1999, 2: 399-402.

- ²¹ AARONSON N.K., MEYEROWITZ B.E., BARD M. ET AL., Quality of Life Research in Oncology. Past Achievement and Future Priorities, *Cancer* 1991, 67: 839-843; AARONSON N.K., Methodological Issues in Assessing the Quality of Life of Cancer Patients, *Cancer* 1991, 67: 844-850.
- ²² ESPIE M., CUVIER C., Treatment of Breast Cancer During Pregnancy, *Contracept. Fertil. Steril.* 1996, 24(11): 805-810; DI FRONZO L.A., O'CONNELL T.X., Breast Cancer in Pregnancy and Lactation, *Sur. Clin. North Am.* 1996, 76(2): 267-278; MURRAY E.M., WENER I.D., Pregnancy and Abortion in Breast Cancer Patients. Two Case Reports and a Literature Review, *S. Afr. Med. J.* 1997, 87(11): 1538-1539.
- ²³ HAMMOND R., Commentary: Pregnancy Should Not Have Affected Treatment for Melanoma, *BMJ* 1998, 316: 848-851. Véase el comentario sobre el tema de A.G. Spagnolo en *Medicina e Morale* 1999, 6: 1215-1218.
- ²⁴ SOROSKY J.L., SQUARITO R., NDUBISI B.U. ET AL., Stage I squamous cell cervical carcinoma in pregnancy: planned delay in therapy awaiting fetal maturity, *Gynecol. Oncol.* 1995, 59: 207-210; SOOD A.K., SOROSKY J.L., KROGMAN S. ET AL., Surgical management of cervical cancer complicating pregnancy: a case-control study, *Gynecol. Oncol.* 1996, 63: 294-298.
- ²⁵ PETREK J.A., Breast Cancer during Pregnancy, *Cancer* 1994, 74 (suppl.): 518-527.
- ²⁶ AVILÉS A., DÍAZ-MAQUEO J., TALAVERA A. ET AL., Growth and Development of Children of Mothers Treated with Chemotherapy during Pregnancy: Current Status of 43 Children, *Am. J. Hematol.* 1991, 36: 243-248.
- ²⁷ MERKEL D.E., Pregnancy and Breast Cancer, *Semin. Surg. Oncol.* 1996, 12(5): 370-375; EBERT U., LOFFLER H., KIRCH W., Cytotoxic Therapy and Pregnancy, *Pharmacol. Ther.* 1997, 74: 207-220; ALLEN D.G., PLANNER R.S., TANG P.T. ET AL., Invasive Cervical Cancer in Pregnancy, *Aust. N.Z. Obstet. Gynaecol.* 1995, 35(4): 408-412.
- ²⁸ Recuérdese a este propósito el conocido discurso de Pío XII: "Hemos usado a propósito siempre la expresión atentado directo a la vida inocente, homicidio directo. Puesto que si, por ejemplo, la salvación de la vida de la futura madre, independientemente de su estado de gravidez, requiriera una intervención quirúrgica, u otra aplicación terapéutica, que tuviera como consecuencia accesoria, en modo alguno deseada ni buscada, sino inevitable, la muerte del feto, un acto semejante no podría llamarse atentado directo a la vida inocente. En estas condiciones la operación puede ser lícita, como otras intervenciones médicas semejantes, siempre que se trate de un bien de alto valor, como es la vida, y no sea posible posponerla hasta después del nacimiento del niño, ni recurrir a algún otro remedio eficaz" (Pío XII, Alocución en la Reunión del Frente de la Familia y de las Asociaciones de Familias numerosas, 27.11.1951, en *Discorsi e Radiomessaggi*, vol. XIII, Ciudad del Vaticano: Tipografía Poliglotta Vaticana, 1961, 411-418).
- ²⁹ Véase, por ejemplo: RISBERG T., WIST E. ET AL., Spiritual Healing among Norwegian Hospitalized Cancer Patients and Patients Religious Needs and Preferences of Pastoral Services, *Eur. J. Cancer* 1996, 32A(2): 274-281.
- ³⁰ CHOCHINOV H.M., TATARYN D., CLINCH J.J., DUDGEON D., Will to Live in the Terminal-ly Ill, *The Lancet* 1999, 354: 816-819.

Medicina oficial y terapias no convencionales: ¿del conflicto a la integración?

P. Bellavite, M. Semizzi, P. Musso, R. Ortolani, G. Andrioli*

Resumen

La distinción entre medicina oficial y medicinas alternativas (más propiamente denominadas no convencionales o complementarias) hay que enmarcarla en el plano histórico y epistemológico, como parte de una continua confrontación no concluida entre diversos paradigmas científicos y médicos. Es cada vez más frecuente recurrir en los países europeos y en Estados Unidos, a prácticas médicas de origen oriental o, en todo caso, de matriz extra-científica, lo cual plantea una serie de problemas sociosanitarios, deontológicos, éticos y metodológicos. La crisis actual de la medicina occidental se deriva sustancialmente de la dificultad de conciliar el gradual predominio del enfoque científico-molecular y tecnológico con la creciente necesidad de recobrar los aspectos más personales e individualizados de la atención médica, particularmente importantes en las enfermedades crónicas y multifactoriales. Las medicinas no convencionales pueden probablemente contribuir a llenar algunos vacíos metodológicos y conceptuales dejados por la superespecialización y por el predominio del pensamien-

Departamento de Ciencias Morfológico-Biomédicas, Sección de Química y Microscopía Clínica, Universidad de los Estudios de Verona y * Departamento de Filosofía, Sección de Epistemología, Universidad de los Estudios de Verona, Italia.

to racionalista respecto del empírico en los últimos siglos y particularmente en los últimos decenios. El modo más correcto de examinar el fenómeno es el de analizar sus razones de ser, individualizar sus muchas posibles distorsiones, aprovechar las potenciales posibilidades en busca de una posible integración de diversos enfoques terapéuticos. Esa eventual integración de algunas prácticas no convencionales requiere de un mayor compromiso en la investigación científica y en la calificación de las diversas figuras profesionales.

La medicina moderna parece caminar en dos direcciones opuestas. Se asiste, por una parte, diariamente a nuevos descubrimientos biotecnológicos con inauditas aplicaciones diagnósticas y terapéuticas; por la otra, se observa un creciente interés hacia terapias alternativas o no convencionales, basadas en un enfoque no tecnológico, individualizado, ecológico y natural. Se trata de un desarrollo paradójico e inesperado, precisamente porque es típico de las sociedades occidentales científicamente más evolucionadas: ¿quién podría haber previsto, hace apenas una decena de años, que algunos centros médicos altamente calificados, en los que cualquier práctica alternativa siempre había sido calificada como charlatanería, abrieran departamentos de terapias orientales, o que setenta y cinco entre las mejores escuelas médicas de Estados Unidos instituyeran curso oficiales de medicina no convencional y alternativa?¹

Muchos médicos han dirigido su atención hacia metodologías terapéuticas diversas de las oficialmente practicadas en la medicina occidental moderna y, comprobando algunos de sus resultados, las han incorporado a su actividad clínica. La producción y venta de los preparados homeopáticos ha sido recientemente reconocida y reglamentada por ley en varios países.²

Importantes organizaciones como la Comunidad Europea y el Colegio de Médicos Cirujanos Odontoiátricos comienzan a pensar que se está yendo hacia un pluralismo en medicina y que la introducción

de diversas formas de terapia y diversos enfoques no son mutuamente excluyentes sino que pueden integrarse en una visión actualizada de diagnóstico y cuidado de la salud y de la enfermedad.³

La afirmación en el panorama sanitario de diversas propuestas terapéuticas y de diversas concepciones de la salud y de la medicina plantea inevitablemente el problema de la elección por parte del paciente del método de atención médica que considera más adecuado, sobre la base de adecuadas informaciones y en el marco de garantías de seguridad, como se ha subrayado incluso en un reciente documento de la Oficina nacional de la Conferencia Episcopal Italiana (CEI) para la pastoral de la salud, en el cual el problema de las medicinas no convencionales es citado como uno de los “desafíos” para el futuro de la medicina.⁴

Los conceptos de “convencional” y “no convencional” son hoy muy usados para distinguir prácticas médicas diversas que se confrontan y se integran en las sociedades modernas que están volviéndose cada vez más pluralistas, multirraciales, abiertas. Sin embargo, si se mira la historia de la medicina, es fácil ver que lo que es convencional en una cierta época y en un cierto ambiente socio-geográfico, podría ser no convencional en una época diversa y en un ambiente diferente. También por esto, muchos hablan hoy de “medicinas complementarias”. Sin embargo, el término de complementario no resuelve el problema, en cuanto que las formas de “complementación” entre las diversas medicinas no están claramente definidas.

A fin de enmarcar en su justa luz el problema de las medicinas llamadas no convencionales, es necesario abrir el horizonte a toda la historia de la medicina, en el que se comprueba fácilmente que siempre han existido diversas “escuelas de pensamiento”. Sólo analizando las premisas epistemológicas de los varios paradigmas de pensamiento médico se pueden entender las dificultades y eventualmente las potencialidades de una integración racional y operativamente consistente entre sistemas originariamente muy diferentes.⁵

Con frecuencia, al juzgar la evolución de las ciencias y de la medicina en particular, se omite considerar las influencias de todos los diversos factores sobre el desarrollo de los conocimientos y se cultiva la opinión de que hoy estamos ciertamente más cerca de la verdad que nuestros predecesores. Se cree que la ciencia médica en el pasado

estaba gravada por creencias desviadas, mientras hoy finalmente se basaría en una posición de certeza. Se tiende a olvidar que semejantes convicciones han sido expresadas en cada generación y, en consecuencia, se juzga la ortodoxia actual como la única corriente de pensamiento que nos lleva en la dirección correcta, mientras que aquellos que la ponen en discusión son vistos como desorientados.

Aclaremos de inmediato que no es nuestra intención hacer concesiones de cualquier suerte a un cierto relativismo irracionalista en la actualidad, sobre todo en la filosofía de la ciencia. No se está sosteniendo, en efecto, que en medicina, y en la ciencia en general, no se dé un progreso, todo lo contrario. Es totalmente evidente que hoy sabemos muchas más cosas que en el pasado y que nuestra salud está hoy más protegida y atendida, gracias también a los mayores conocimientos científicos y a sus aplicaciones técnicas. Se trata de tomar conciencia de que cada ciencia y cada sistema de conocimientos adquiridos constituyen por su misma naturaleza un punto de vista particular, y por esto necesariamente limitado sobre la realidad. En la base del método galileiano está, en efecto, la idea de llevar a cabo experimentos en situaciones muy idealizadas, concentrándose en algunas propiedades del objeto y descuidando las demás. Esto ha permitido indudablemente entender muchas cosas que de otro modo habrían quedado para siempre oscuras, pero la historia misma de la ciencia demuestra que todo nuevo descubrimiento abre generalmente más interrogantes que los que resuelve y que a menudo para responder adecuadamente a ellos hay que salir del ámbito anteriormente delineado para introducir conceptos parcialmente nuevos e irreducibles a los precedentes. El electromagnetismo, por ejemplo, no pudo ser explicado dentro del marco de referencia de la mecánica newtoniana y por otra parte la gravedad misma, que de esta última constituía el punto central, quedaba totalmente envuelta en el misterio y heterogénea respecto de las premisas íntegramente mecanicistas de la teoría; sólo con la revolución einsteniana se le comenzó a dar una explicación en términos científicos, pero a costa de modificar profundamente todo el sistema y sin lograr todavía hoy dar una versión de ella de alguna forma compatible con la mecánica cuántica, la cual ya de por sí es bastante misteriosa; y así en todo lo demás... Y todo ello dentro de una sola ciencia, por lo demás tradicionalmente considerada como la

más exacta en cuanto que tiene que ver con los objetos más simples, como es la física. Pensemos, pues, qué puede suceder cuando el objeto es, como en la medicina, lo más complejo y menos idealizado que pueda existir, cada ser humano en particular.

La misma profundización de la ciencia no procede de manera lineal, sino según la sucesión de paradigmas a menudo incompatibles entre sí. Por toda una serie de factores (algunos estructurales, pero otros absolutamente contingentes, como prejuicios ideológicos, beneficios económicos, consideraciones estéticas, a veces hasta acontecimientos casuales) que fungen como “preselectores”, comienza a crearse un cúmulo de conocimientos en un cierto campo y esto atrae a nuevos investigadores y nuevos intereses, mientras áreas cercanas, a lo mejor tan o incluso más importantes, quedan descuidadas, por lo menos hasta que un nuevo evento, quizás en sí mismo hasta banal, logra poner en movimiento también allí un proceso de crecimiento análogo. Mientras este modo de proceder no produzca en el fondo grandes problemas cuando se mantiene dentro de un ámbito limitado, semejante fenómeno de crecimiento discontinuo y asimétrico puede, en cambio, tener enormes consecuencias al orientar en un sentido o en otro una disciplina compleja y articulada como la medicina, sobre todo en ciertas épocas históricas.

Incluso una superficial consideración de la historia de la medicina demuestra que ideas y teorías equivocadas y nunca aceptadas unánimemente por la medicina académica, han sido en realidad importantes estímulos para desarrollar teorías y técnicas convertidas luego en rigurosamente oficiales. Por otra parte, ideas al inicio rigurosamente aceptadas por todos, han sido después desmentidas y reducidas a empirismo puro. Todos estos cambios de opinión no se debían probablemente tanto a errores en la obtención de los datos experimentales y epidemiológicos, cuanto a las cambiantes condiciones en las que se recopilan y se interpretan los datos. Por ejemplo, las vitaminas o los extractos suprarrenales eran considerados ayudas terapéuticas de éxito seguro a principios de siglo XX, cuando estaba muy difundida la desnutrición con carencias vitamínicas y la tisis; pero que hoy son considerados inútiles en un contexto de hipernutrición, salvo en particulares patologías. Hace cincuenta años imperaba el peligro microbiológico bacterial y se recurría hasta el abuso a los antimicro-

bianos, fármacos que hoy están sujetos a revisión porque nos encontramos ante problemas nuevos, como la aparición de las infecciones por hongos y por esporas secundarias al uso de los antimicrobianos.

Las escuelas de pensamiento existen en todos los sectores de la ciencia y particularmente en biología y medicina. Estas escuelas han representado con frecuencia revueltas contra la medicina tradicional y los avances logrados por ellas pueden ser seguramente adscritos a un inteligente uso de las diferencias de opinión y a la capacidad de captar lo nuevo. Por otra parte, los reformadores parecen tener en común algunas características, de las cuales la más significativa, con pocas excepciones, es la de presentar la propia doctrina como la única digna y válida.

A pesar de la continua propuesta de nuevos sistemas médicos, la orientación prevaleciente de la medicina en los tres últimos siglos ha sido indudablemente la de buscar el fundamento científico, coherente con teorías físicas, químicas o biológicas.

Teniendo necesariamente que simplificar y esquematizar estos cambios culturales y metodológicos, se puede constatar cómo al principio prevalece el paradigma “mecánico”, y consiguientemente la concepción antropológica dominante en medicina es la descripción anatómica del “hombre-máquina”, las descripciones y las clasificaciones de las formas de los huesos, de los músculos y tendones o de la circulación de la sangre. Los anatomistas, en la mesa de autopsias, descubren las modificaciones patológicas visibles de la enfermedad, que son identificadas con ellas. La importancia de los aspectos espirituales, tan acentuada en la medicina medieval (en la que sobresale, entre otras, la figura de Hildegarda de Bingen),⁶ se desvanece cuando los médicos iluministas, abierta la caja craneana, no encuentran rastros del alma. La noción de hombre-máquina y el “cisma” cartesiano (alma/cuerpo) se consolidan y se convierten en el modo de pensar médico predominante. En el Ochocientos, la teoría celular originada por los trabajos de Virchow y la misma microbiología no son otra cosa que variantes o, mejor, las precisiones a nivel microscópico de la búsqueda de un mecanismo etiopatogénico preciso, localizable y objetivable, de la enfermedad.

Con el desarrollo de la química, la célula es analizada en sus componentes moleculares y químicos. Nace la bioquímica y, por tanto, la

farmacología, que estudia los efectos de determinadas sustancias químicas en el sistema viviente. Se descubren los antibióticos, las hormonas, los métodos de antisepsia (que permiten enormes avances en la cirugía), los analgésicos, los antiinflamatorios, los vasodilatadores, etcétera.

Ahora hemos entrado en un nuevo siglo. Algo, sin embargo, escapa todavía a la comprensión del modo de funcionamiento de los sistemas biológicos. Es como si se conocieran muchos “efectos”, desconociendo sus mecanismos determinantes.

Otro gran salto conceptual se dio con la llegada de la biología molecular (a partir de los años sesenta del siglo pasado), porque el descubrimiento de la estructura del DNA representa la posibilidad de decodificar el núcleo fundamental de la información biológica. Ya no se está sólo frente a la posibilidad de conocer los constituyentes de la materia viva (química y bioquímica), sino que se ha aprendido el lenguaje con el que está escrito el “programa” de los seres vivos, programa del que existe copia en cada una de las células en particular. Si de una casa se conocen los materiales, no se está todavía en capacidad de reconstruirla, con frecuencia, ni siquiera de repararla adecuadamente; pero si se conocen tanto los materiales como el proyecto, se dispone de todos los elementos para hacer, rehacer o modificar la casa misma. Es tanta la analogía con la ingeniería, que se habla ya precisamente de “ingeniería genética” y de “biotecnología”.

A pesar de todos estos avances, se puede comprobar fácilmente que, tras los grandes progresos que han incidido drásticamente en el estado de salud del hombre y en la duración de la vida promedio (vacunas, antisepsia, antibióticos, terapias sustitutivas, cirugía, etcétera), la medicina se encuentra frente a desafíos más complejos. Como recordaba ya Alexis Carrel, uno de los primeros científicos que advirtió agudamente estos problemas:⁷ *“Hay que admitir forzosamente que los progresos de la medicina están muy lejos de haber acabado con la enfermedad. En vez de morir rápidamente de una infección, morimos más lentamente, más dolorosamente, de enfermedades degenerativas: afecciones cardíacas, cáncer, diabetes, lesiones del riñón, del cerebro, de cualquier órgano. La medicina no ha reducido el sufrimiento humano tan ampliamente como creemos. El sufrimiento surge no sólo por las bacterias y los virus, sino también por agentes*

más sutiles".⁸ Y todo ello sucede a pesar de que los gastos por el sistema sanitario en los países occidentales son notoriamente enormes y en continuo ascenso.

Se debe hacer notar también que la "medicalización" de la sociedad ha llevado, entre otras cosas, al aumento exponencial de los errores médicos como causas de morbilidad y de mortalidad en las sociedades occidentales y al aumento de las llamadas reacciones adversas a los medicamentos, incluso con graves consecuencias. Por ejemplo, a causa de errores en la prescripción o en la administración de medicamentos, en 1983 se produjeron en Estados Unidos 2,876 fallecimientos, y 7,391 muertos en 1997, con un aumento del 257 por ciento, mientras a causa de las "adverse drug reactions" (ligadas no sólo a errores sino justamente al efecto tóxico de los medicamentos) se verificaron cerca de 100,000 muertes/año, representando la cuarta causa de mortalidad después de cardiopatías, cáncer e ictus.¹⁰

Cada avance de los conocimientos científicos y cada progreso de las posibilidades tecnológicas plantea nuevos interrogantes éticos. La opinión pública y el mismo "personal responsable" se interrogan cada vez con más frecuencia sobre el sentido y la licitud de la ingeniería genética en el campo de la medicina y, en general, sobre la utilización de tecnologías avanzadas en momentos muy delicados como la generación y la muerte. La cuestión del "fin", esto es, la cuestión del nexo entre la acción particular y sus últimas consecuencias sobre el individuo y sobre la especie, se plantea principalmente cuando nos damos cuenta de las potencialidades, inherentes a las modernas tecnologías, de llegar a modificar la "naturaleza esencial" del ser humano. Es por esto que se está tomando conciencia de los riesgos que encierra el llevar a sus últimas consecuencias la aplicación del método científico cartesiano en medicina, es decir, a excluir totalmente las cuestiones éticas de la medicina científica.

Si se quisiera resumir las orientaciones conceptuales que se han sucedido en el escenario de la historia de la ciencia, se podría identificar la existencia de una perenne confrontación de dos grandes líneas de pensamiento, que adquieren gradualmente connotaciones más específicas según los conocimientos de cada época. Estas dos líneas de pensamiento podrían ser definidas como "tradicción racionalista" y "tradicción empírica" (tabla 1).

Tabla 1
La gran dicotomía en la historia del pensamiento médico

PARÁMETRO DE CONFRONTACIÓN	TRADICIÓN RACIONALISTA	TRADICIÓN EMPÍRICA
<i>Fundamento</i>	Leyes y reglas	Experiencias
<i>Pensamiento</i>	Mecanicista Racionalista Positivista Objetivo Autoritario/estatista	Vitalista Analgógico Romántico Subjetivo Libertario
<i>Método</i>	Reduccionista Analítico	Fenomenológico Sintético/holístico
<i>Concepto de patología</i>	Químico-físico Estructural Localista-orgánico Nosográfico Microorganismos Error de mecanismo	Psicosomático Dinámico Organísmico-global Individual "Terreno" Desequilibrio
<i>Enfoque terapéutico</i>	Fármacos de síntesis Medicina occidental Ingeniería genética Alopatía Terapia supresora Dosis-dependiente	Fitoterápicos Medicina oriental Medicina natural Homeopatía Terapia reguladora Sensibilidad-dependiente

Aun con las inevitables exageraciones, esta distinción puede ayudar a interpretar en su origen las muy diversas corrientes de pensamiento de las que se ha hablado y se seguirá hablando y en las cuales se basan incluso precisas opciones políticas y de economía sanitaria. A la tradición racionalista están vinculados un pensamiento mecanicista, positivista, un método reduccionista y analítico, una concepción patológica químico-física y microbiológica, una terapia tecnificada, supresora del síntoma. Mientras a la tradición empírica se vinculan un pensamiento vitalista, romántico, un método complejo y sintético/holístico, una concepción patológica que privilegia el papel del "terreno" y del equilibrio psicosomático, una terapia natural reguladora.

Probablemente, la crisis actual de la medicina estriba precisamente en el hecho de que de las dos grandes tradiciones del pensamiento humano, la racionalista ha asumido un papel determinante y hasta excesivo, hasta el punto de haber marginado a la otra. Si se excluyen de esta consideración las medicinas étnicas (orientales, africanas y sudamericanas) y la homeopatía (que ha estado siempre fuera de la oficialidad), el paradigma mecanicista sigue predominando en la teoría y en la práctica de la medicina occidental hasta nuestros días, aun cuando se ha readaptado, con las oportunas variantes, pasando del nivel macroscópico-anatómico al microscópico, hasta llegar al nivel molecular. Hoy la tradición racionalista muestra los límites ligados esencialmente a la despersonalización del acto médico y a la “medicalización” de la sociedad, con todas sus consecuencias sociales y económicas (manipulación genética, clonación humana, abuso de la cirugía estética y de las técnicas de reproducción asistida, abuso de medicamentos en las prácticas deportivas, dudas crecientes sobre la licitud y la utilidad de diversos rastreos genéticos pre- y post-natales, problema de las vacunaciones en masa y otras más).

Hoy la ciencia basada en Galileo, Descartes y Newton está profundamente en crisis, y esa crisis, partiendo de la física, se está transfiriendo rápidamente incluso a las disciplinas biológicas y médicas. La física y las matemáticas se han revelado como ciencias menos “exactas” de lo que anteriormente se pensaba. Físicos como Einstein, Planck y sobre todo Heisenberg, han demostrado que algunas certezas científicas aparentemente inamovibles se han revelado por lo menos inexactas y que, más aún, a la certeza científica se han planteado grandes interrogantes tanto en relación con las incertidumbres cuánticas cuanto a la imprecisión de los instrumentos de medida y hasta al carácter incompleto de las elaboraciones matemáticas. A esto se añade el gran desarrollo de la teoría del caos, con sus implicaciones en los sistemas físicos, matemáticos y geométricos, pero también ecológicos y médicos.¹¹

Tampoco el paradigma molecular proporciona un cuadro de certezas como se pensó cuando se descubrió la doble hélice. El DNA, considerado inicialmente la meta definitiva de la investigación en biología (el “depósito” de la información, la “molécula de la vida”), ha demostrado ser mucho más complejo y cambiante de lo previsto.

Añádase a esto la conciencia creciente de la existencia de numerosas diferencias biológicas entre los individuos de la misma especie, que hacen difícil, a veces imposible, establecer los valores de normalidad y prever el resultado de intervenciones reguladoras externas.

En el campo de la física y de la biología aparece la importancia que tienen, a menudo determinante, las inestabilidades y las fluctuaciones, que están en el origen de la riqueza de formas y estructuras y de las capacidades de adaptación evolutiva. En la naturaleza, evolución y pluralismo se han vuelto las palabras fundamentales y esto define ese auténtico cambio de paradigma que está produciéndose en las ciencias. Nos estamos dando cuenta de que, al aumentar los conocimientos sobre los sub-componentes del sistema viviente, aumenta la dificultad de describir el comportamiento unitario del sistema mismo.

La palabra “complejidad” aparece cada vez con más frecuencia en los trabajos científicos y en los libros de texto. Los médicos se dan cuenta cada vez más de que las nociones de biología molecular, de bioquímica, de fisiopatología, estudiadas a fondo en los primeros años del currículum escolar, difícilmente se pueden aplicar junto al lecho del paciente.¹² La razón fundamental de ello está en el hecho de que el médico se ve obligado siempre a tener que aplicar las nociones biológicas generales a un caso particular. Debe comprobar, en efecto, en qué situación biológica se encuentra en un determinado momento ese fenómeno único que es cada enfermo en particular y debe prever qué resultados podría tener un determinado tratamiento sobre un sistema tan inestable y dinámico.

La prioridad de una aproximación individualizada, y al mismo tiempo global, a la salud y a la enfermedad está corroborada por una correspondencia con la ontología del hombre; esto es, por una correspondencia con una buena antropología. El ser humano se presenta como un “todo indivisible” (de aquí el término de individuo) y con mayor precisión todavía, como persona (cuya definición escolástica es precisamente la de “sustancia individual de naturaleza racional”) constituida por una comunión de partes con una única finalidad: mantener en vida al cuerpo adquiriendo conocimiento y sabiduría (en términos técnicos, “información”) sobre sí mismo y sobre el mundo mediante una estrechísima relación con el ambiente circundante, entendido como naturaleza y sobre todo como otras personas.

Cada una de las partes de la que está constituida la persona tiene en sí misma la imaginación del “todo” (piénsese que cada célula contiene toda la información genética de ese individuo, pero también que el exterior está “representado” de diversa manera en la individualidad inmunológica y psíquica interna); por lo cual, la distinción de las partes (aparatos, órganos, células) es solamente de tipo morfológico-funcional. Efectivamente, las células, los órganos, los aparatos y los sistemas están en intrínseca comunicación entre sí. Baste pensar en todas las informaciones que viajan desde una a otra parte del cuerpo en forma de frecuencias de mensajes nerviosos o en forma de moléculas solubles en la sangre y en el tejido conectivo como, por ejemplo, los neurotransmisores, las hormonas, las citoquinas. Cada parte conoce los diversos lenguajes porque debe informar y ser informada de todo lo que ocurre en el ambiente y en los otros distritos corporales, para que pueda concurrir con su propia prolífica función a la mejor reacción a los estímulos y a la mejor integración de éstos, a fin de alcanzar un nuevo “estado” superior al precedente y con mayor conocimiento.

Estas funciones complejas, aun en un organismo que normalmente está dotado de “materias primas” en abundancia y donde las funciones son en parte compartidas y redundantes, con frecuencia, sobre todo si se llevan al exceso, se alteran y dan origen a diferentes desequilibrios funcionales que se manifiestan preferentemente en las partes donde, genéticamente o por precedentes desequilibrios, el individuo resulta ser más vulnerable. Normalmente, al principio los desequilibrios son principalmente de tipo funcional; sin embargo, si perduran en el tiempo, pueden comprometer incluso la estructura, haciéndose más profundos y de difícil resolución. De aquí la importancia de concebir las manifestaciones patológicas de un órgano o de un aparato como manifestaciones secundarias de un desequilibrio general, por lo que intervenir solamente sobre la parte resulta aceptable solamente si la alteración es tan grande que pone en peligro la vida del paciente. Por esta razón, en la mayoría de las situaciones son prioritarios, por una parte, un enfoque del diagnóstico que tienda a abarcar el desequilibrio general y a individualizar sus causas, y por la otra, una intervención terapéutica que busque prioritariamente restablecer el equilibrio y no tanto suprimir los síntomas producidos

por la parte implicada. No existe la atención médica eficaz y duradera sin intervenir para restablecer el equilibrio general. El riesgo es el de un desplazamiento de la manifestación patológica desde un distrito al otro con la posibilidad de que aumente el desequilibrio y, por consiguiente, que se agrave y se convierta en crónica la enfermedad.

Crece, por tanto, la conciencia de la importancia de la globalidad, de la individualidad, de los fenómenos de interrelación sistémica, de la ecología, de la importancia del factor humano y psicológico en el mantenimiento de la salud y en la atención médica de las enfermedades. Las recientes adquisiciones de las ciencias biomédicas han demostrado que el evento morboso no es un fenómeno localizado, sino que debe ser concebido como la consecuencia de un desequilibrio general en el que los factores internos y externos actúan a través de la alteración general de complejos mecanismos homeodinámicos. La gastritis no puede ser ya definida sólo con base en las lesiones orgánicas que afectan a la mucosa del estómago, así como la úlcera duodenal no equivale a la presencia de una “víscera enferma” en un organismo sano. Cada enfermedad, incluso si está caracterizada por una lesión orgánica, debe ser concebida como el efecto local de complejos desequilibrios más generales cuyas características nos están haciendo intuir la endocrinología, la neurofisiología y la inmunología.

La gradual adquisición de la conciencia de la complejidad del sistema viviente, de la estrecha integración entre niveles moleculares-orgánicos-psíquicos y espirituales, de la importancia del equilibrio hombre-ambiente y de la precaria frontera entre estado de salud y enfermedad, conduce a la medicina a un enfoque menos especializado y menos mecanicista. De seguro, de este panorama son expresión también las viejas y nuevas formas de medicina al margen del sistema oficial y que se plantean con frecuencia como alternativa al paradigma mecanicista y super-especializado predominante. Tales medicinas, que como se ha dicho podrían ser llamadas “no convencionales” o “complementarias”, tienen diversos orígenes históricos y geográficos, que ahora sólo podemos esbozar brevemente.

El gran fermento de la medicina europea del siglo XVIII incluye también el nacimiento del sistema de C.F.S. Hahnemann,¹³ la homeopatía, que es el único superviviente a los grandes cambios de la me-

dicina de los dos últimos siglos. Hasta el crítico más severo no podrá dejar de admitir que la homeopatía jugó un válido papel de estímulo al progreso de la medicina a caballo entre los siglos XVIII y XIX, aunque sólo fuera por haber puesto en evidencia sus aspectos “negativos” (excesivo uso de sales, de opio, de purgantes, etcétera). Pero también aquí podemos preguntarnos si, por otra parte, su fundador y las diversas organizaciones homeopáticas surgidas tras él tuvieron la presunción de representar una forma exclusiva de terapia.

Por un lado, la definición oficial del *American Institute of Homeopathy*, la organización homeopática oficial en Estados Unidos, es siempre muy clara e inequívoca: *el médico homeópata es aquel que añade a sus conocimientos de medicina general un especial conocimiento de la homeopatía*. Por otra parte, es innegable que para muchos homeópatas su método terapéutico preferido se ha convertido en la única medicina y esto ha constituido uno de los más importantes factores que han obstaculizado durante dos siglos su integración con la medicina oficial.

A propósito de la homeopatía —una de las medicinas no convencionales de más rápida expansión en la actualidad— es oportuno precisar que en el curso de su historia ha registrado muchas divisiones doctrinales y variantes de aplicación. La forma unicista (según la cual se debe prescribir un solo producto medicinal apto para cubrir el cuadro en conjunto del desorden individual), la forma pluralista (según la cual se pueden prescribir varios productos medicinales para diversos síntomas en el mismo sujeto), la forma compleja (según la cual se pueden prescribir incluso medicamentos homeopáticos con varios componentes en la misma formulación), para llegar hasta la homotoxicología, que, aparte de su complejidad, ha desarrollado sus propios productos medicinales con formulaciones concebidas con base en conocimiento de bioquímica, inmunología y endocrinología (por ejemplo, kinones, catalizadores del ciclo de Krebs, citoquinas, extractos de órganos de cerdo, etcétera). A pesar de que la homotoxicología tiene como programa constituir un puente entre la medicina científica fundamentada y la homeopatía, de hecho no ha sido plenamente aceptada ni por los homeópatas clásicos (que la acusan de haber “traicionado” los principios fundamentales de la atención individualizada), ni por la gran mayoría del sistema sanitario y académico

(que la acusan —al igual que a toda la homeopatía— de no haber probado todavía sus propias afirmaciones). Ulteriores diferenciaciones se han hecho entre quienes proponían el uso de bajas diluciones/dinamizaciones (dosis ponderales aunque pequeñas de sustancias medicinales diluidas según el procedimiento homeopático). Desafortunadamente, las encendidas discusiones al interior del mundo homeopático y entre la homeopatía y la medicina oficial se han llevado a cabo —casi siempre y por todas las partes en juego— basándose en prejuicios ideológicos o doctrinales, en vez de en auténticas teorías científicas y datos experimentales.

El surgimiento y desarrollo de las medicinas orientales merecerían un tratamiento aparte. Baste recordar aquí solamente los vastísimos cuerpos de conocimientos tradicionales de la medicina *ayurvédica* (originados en la India védica en torno al año 1000 a.C.), de la medicina china (que abarcan la acupuntura, la fitoterapia china, la dietética y la gimnasia), de la medicina tibetana y de otras más. Tales tradiciones se desarrollaron tanto teórica como empíricamente en una forma totalmente ajena a la cultura científica tal como nosotros la entendemos y sólo como consecuencia de las crecientes posibilidades de comunicación actuales han comenzado a ser propuestas por grupos de apasionados como “alternativas” terapéuticas también en Occidente. Después de una inicial difusión semiclandestina, las medicinas de origen oriental actualmente han sido reconocidas en parte como válidas, por lo menos en el plano de la terapia de algunos trastornos menores, incluso por las instituciones sanitarias oficiales de Estados Unidos (*National Institutes of Health* o NIH).¹⁴

Existen también medicinas clasificadas en la actualidad entre aquellas no convencionales, que sin embargo han sido predominantes en Occidente durante muchos siglos. Piénsese, por ejemplo, en la fitoterapia, en las técnicas de manipulación osteoarticular, en las terapias hidropónicas y termales, en la musicoterapia y otras más. En tales casos, el “no convencionalismo” es más un concepto de naturaleza socio-política que técnico-científica.

Quienes defienden las medicinas no convencionales afirman con frecuencia que muchos métodos son eficaces, tienen pocos efectos colaterales, pueden ser científicamente comprobados e implican una más estrecha relación entre médico y paciente. Los cambios en curso

están reforzados por algunas investigaciones clínicas y de base, publicadas incluso en importantes revistas científicas,¹⁵ pero se deben sobre todo a un general aprecio por parte del público de un modo diferente de cuidar el propio bienestar y de manejar la salud propia, acompañado de la apertura de nuevos mercados y de nuevas profesiones sanitarias.

No cabe duda de que las medicinas no convencionales comportan un mensaje positivo ligado al redescubrimiento de la globalidad del acto médico, del cuidado de la salud en todos sus aspectos, de la relación médico-paciente más directa y participativa. En cuanto a la eficacia de tales tratamientos, los estudios llevados a cabo con criterios modernos han dado resultados alentadores por lo menos en algunos campos (acupuntura, fitoterapia, homeopatía), aunque muchos problemas, sobre todo de tipo metodológico, sigan sin resolverse. No tenemos aquí espacio para un análisis exhaustivo de las diversas y heterogéneas medicinas no convencionales, por lo que se remite a los textos especializados y a los documentos ya disponibles o en curso de elaboración por el *Osservatorio per le Medicine Complementari* de la Universidad de Verona.¹⁶

Muchas de estas formas de terapia (acupuntura, fitoterapia, homeopatía, medicina termal, dietas, ayuno terapéutico, manipulaciones osteoarticulares) tienen una historia de siglos o milenios de práctica y de perfeccionamiento. Tal historia no sólo no puede ser ignorada por estar poco documentada científicamente, sino que demuestra indirectamente a través de la afirmación empírica su efectividad, acompañada probablemente de una escasa toxicidad. ¿Qué son unos pocos años de utilización de algunos nuevos y tan publicitados medicamentos, en comparación con los siglos y aun milenios de experimentación sobre el paciente? Difícilmente se habrían mantenido en el tiempo prácticas de diagnóstico y sobre todo terapéuticas que la experiencia no hubiera ido perfeccionando y confirmando como válidas o en todo caso aceptadas de buen grado por los pacientes.

Pocos estudiosos que conozcan un mínimo de historia de las ideas en medicina negarían que todas las escuelas de pensamiento que se han sucedido en la medicina tienen un núcleo de conceptos fructíferos. La insatisfacción respecto de las teorías corrientes y la revuelta contra la vieja tradición en todos los casos fue seguida de una (com-

previsible) excesiva acentuación de la importancia de la nueva teoría. Cuando después de un cierto tiempo un núcleo de conceptos fructíferos fue asimilado, las escuelas que los habían propuesto no fueron vistas ya como casos aislados y rebeldes, sino incorporados en el sistema sanitario vigente en la época. En consecuencia, la llamada medicina oficial puede ser legítimamente considerada como una recopilación de todos estos núcleos que han resistido al paso del tiempo. Frecuentemente, hasta el momento de la adopción oficial (que corresponde a menudo también a la adopción de una terminología menos diferente y extraña), el método nuevo y minoritario es juzgado como fuera de la racionalidad médica y sus defensores tachados de herejes, irregulares y sectarios. Como ya se ha mencionado anteriormente, esto es no propio sólo de la medicina, sino que es una situación que se replantea un poco en todas las ciencias, incluidas las que tradicionalmente se te consideran “exactas”, hasta tal punto que el célebre historiador de la ciencia T. Kuhn, que fue el primero en introducir la noción de “paradigma científico” se vio llevado a sostener —ciertamente exagerando un poco— que en realidad un nuevo paradigma se afirma no mediante la “conversión” a él de los defensores del precedente, sino gracias a su progresiva desaparición física de la escena por muerte natural.

Frente a los problemas planteados por la difusión de prácticas médicas “no científicas”, la medicina oficial no puede ya ignorar el fenómeno, debe necesariamente adaptar sus métodos y plantearse la pregunta de la posible integración de diversos enfoques terapéuticos en un sistema sanitario pluralista mediante oportunas garantías de eficacia y de seguridad.

A la luz de todo lo dicho hasta ahora, una posible integración no comprende la afirmación de superioridad de un método o de otro, sino la consideración de que en la complejidad de muchas enfermedades ningún método puede decirse que es exclusivo. Según las dinámicas del proceso patológico, se pueden presentar opciones de diversa prioridad y opciones de varias metodologías según el caso individual considerado.

Ya hemos tenido ocasión de subrayar que el único camino para no crear conflictos entre sistemas médicos diversos (lo cual no dejaría de repercutir en último término en una mala atención de los pacientes) es

el de iniciar un razonamiento de una *medicina integrada*.¹⁷ La medicina integrada consiste esencialmente en la construcción de modelos fisiopatológicos con la intención de comprender la realidad y la complejidad del estado del paciente y, en consecuencia, en la formulación de un consejo preventivo y terapéutico lo más consecuente posible con el desorden que aflige al paciente, considerado en su globalidad e individualidad genética, anatómica, inmunológica, psicológica y espiritual. Por una parte, la medicina “oficial”, gracias al método científico correctamente aplicado, debería ser capaz de encontrar remedios cada vez más específicos y eficaces; pero por otra parte, las medicinas no convencionales, correctamente aplicadas no como alternativa sino como complemento a una atención médica más completa y eficaz, pueden contribuir válidamente a la diversificación y adecuación de las propuestas terapéuticas en muchas situaciones en las que faltan respuestas definitivas.

De aquí, la propuesta de considerar una nueva aproximación al enfermo, en la que inicialmente se dé prioridad a las formas terapéuticas que, por una parte, consideren al enfermo y no solamente a la enfermedad y, por la otra, tengan como objetivo restaurar un equilibrio funcional general con una terapia de escasa toxicidad para pasar luego, si es necesario, a terapias más localizadas (de órganos) con funciones predominantemente de bloqueo sintomatológico. Podría ser éste el modo mejor para una ulterior y directa evaluación clínica de estas terapias, además de las investigaciones de laboratorio.

Tampoco se deben pasar por alto los riesgos inherentes al recurso indiscriminado a prácticas médicas de escasa, dudosa o nula eficacia demostrable. Además del obvio, aunque no menospreciable aspecto económico de la cuestión, existe también un cierto peligro en difundir una mentalidad “naturalista” en el sentido más superficial y vago del término, según la cual lo que es científico, químico, tecnológico, sería malo, mientras que lo que es natural sería bueno en sí mismo. Cuando las medicinas orientales o prácticas parapsicológicas de las más desvariadas y fantasiosas aplicaciones son utilizadas como vehículo para promover sistemas filosóficos, modos de pensar, estilos de vida o incluso religiones, se hace a nuestro juicio un mal servicio tanto a la medicina (entendida como arte de atender la enfermedad) cuanto a la filosofía (entendida como intento de explicar la realidad a través de

la razón) y a la religión misma (entendida como experiencia personal y social de encuentro con lo divino).

Es un punto difícil el referido a las relaciones entre medicina, filosofía y experiencia espiritual, por lo que aquí apenas lo mencionamos por no disponer de espacio. Por un lado, es innegable que indebidos excesos de “superposición de campos” se verifican con bastante frecuencia y han de ser denunciados y, cuando sea el caso, combatidos (sobre todo cuando hay detrás intereses fraudulentos). Por otro lado, es igualmente importante saber distinguir entre lo que en el planteamiento teórico es efectivamente relevante en el tipo de tratamiento practicado, y por tanto fuente potencial de manipulación de las conciencias, y lo que en cambio es supraestructura ideológica, recibida tal vez en herencia de tradiciones milenarias de otros continentes, que no pretende una adhesión total por parte del paciente o del médico. Una labor semejante de discernimiento es tanto más importante cuanto que —dado que la realidad acaba siempre por imponerse— activar una atención que demuestra funcionar sólo porque ésta está vinculada a una criticable filosofía, puede tener a la larga como único resultado el inducir a quien ha obtenido de ello un beneficio concreto a mirar con suspicacia y a rechazar en bloque de manera igualmente indiscriminada todas las críticas, incluidas las justificadas. Mientras, por el contrario, un trabajo crítico más consciente, aunque obviamente más largo y difícil, podría no sólo poner en guardia ante eventuales peligros, sino lograr también, por lo menos en muchos casos, reformular de manera aceptable afirmaciones a primera vista fuera de control e intuiciones confusamente propuestas, detrás de las cuales se esconden exigencias profundas frecuentemente pasadas por alto por nuestra tradición médica y científica y que sólo ahora estamos empezando a redescubrir, como por ejemplo la estrecha y a veces sorprendente interrelación entre mente y cuerpo o el influjo benéfico de una sólida vida espiritual sobre la aparición y el curso mismo de las enfermedades.

Medicina integrada significa también comprender los límites de aplicación de los diversos métodos de diagnóstico y terapéuticos. Las medicinas no convencionales son también llamadas “suaves” en cuanto que respetan, por lo menos en teoría, los fines dinámicos reguladores endógenos y la individualidad del sujeto. Por esto no deberían

contraponerse a alguna otra forma de intervención terapéutica, con tal que ésta sea llevada a cabo respetando la dinámica del proceso patológico y las posibilidades de curación. El enfoque basado en las finas regulaciones de tipo “energético” (véase la medicina china) o en pequeñas dosis de sustancias naturales (fitoterapia y homeopatía), plantea como objetivo una acción de estimulación sobre los más delicados sistemas de reparación y defensa, a un nivel general. Cuando se llega a un estadio en el que se presentan evidentes consecuencias bioquímicas y anatómicas del proceso patológico, se entra en un campo donde parece estar mayormente indicado el empleo de terapias fuertes, basadas en la cirugía, en la terapia de sustitución, en el uso de medicamentos a altas dosis, aunque sin excluir que un enfoque global puede resultar útil. Si es cierto que un planteamiento holístico y regulador puede tener una eficacia básica, es difícil creer que pueda ser *definitivo* en casos con una alteración permanente del código genético o en enfermedades en las que haya un defecto orgánico demasiado acentuado e irreversible.

Como todas las terapias, también las complementarias tienen contraindicaciones que los agentes deben conocer tan bien como las potenciales indicaciones. Sin poder descender a los detalles de cada tema en particular, es oportuno subrayar un problema común a todas las medicinas complementarias: el riesgo de que el paciente sea “diagnosticado” y tratado con métodos que prescinden del diagnóstico convencional y de que, por tanto, algunas patologías, incluso graves, puedan pasar inadvertidas. Otro riesgo es que los pacientes y los médicos mismos no sean capaces de juzgar objetivamente el resultado de la atención médica, al faltar los parámetros instrumentales y de laboratorio de referencia. Esto podría evitarse con una más eficaz colaboración entre el terapeuta no convencional y los centros de referencia convencionales para el seguimiento de las terapias (por ejemplo, centros antidiabéticos, alergológicos, cardiovasculares, de salud mental y otros más). Se debe tomar, además, en seria consideración el riesgo de que los preparados medicinales y herbolarios —que con frecuencia son sometidos a menores controles que los medicamentos tradicionales antes de ser puestos a la venta— puedan estar contaminados con principios activos diversos de los declarados, o haber caducado.

Tratándose de sectores de la medicina en los que la investigación científica llevada a cabo con criterios modernos está aún en un estadio inicial por toda una serie de razones históricas y económicas, una buena parte de lo que la literatura reporta concerniente a la eficacia de las medicinas no convencionales, debe ser considerado como todavía preliminar y en espera de verificación y consolidación. Es obligada la cautela en el uso, en el terreno terapéutico, de terapia no enteramente consolidadas y probadas; como, por otra parte, cuanto aquí se ha dicho debería bastar para sostener que también hoy el médico moderno necesita conocer las potencialidades positivas inherentes a enfoques diversificados de la salud y la enfermedad, con el fin de enfrentar el problema terapéutico con un bagaje lo más amplio y actualizado posible.

Estas necesarias y obligadas precauciones no deben hacer olvidar la necesidad de actuar el principio de libertad informada de elección de los cuidados y de subsidiariedad también en este delicado pero decisivo ámbito de la relación Estado-sociedad. Ciertamente, no sería ni posible ni razonable pretender que el Estado garantice en igual medida cualquier tipo de terapia, poniendo en el mismo plano las novedades más incontrolables y las terapias con años de experimentación sobre las espaldas. Del mismo modo, sin embargo, sería aberrante e inaceptable que un Estado paternalista pretendiera decidir en lugar de los pacientes qué atenciones pueden recibir y cuáles en cambio no. El Estado puede y debe buscar lo más seriamente posible poner a prueba cualquier propuesta terapéutica que se haga (donde “lo más seriamente posible” abarca también la necesidad, ya recordada anteriormente pero a menudo ignorada de hecho, de adecuar cada vez el método al sujeto, sin proceder de una manera rígida y preconcebida) y debe luego informar a los ciudadanos sobre cuáles han pasado los controles de seguridad y de eficacia.

La seguridad de un determinado procedimiento diagnóstico de cierto remedio para uso humano debe tener criterios muy rigurosos; sin embargo, el juicio puede descuidar una variedad de factores. Junto con los parámetros de tipo estrictamente científico-estadístico, deben considerarse también los factores de tipo subjetivo (ligado al grado de aceptación de la terapia) y de tipo socioeconómico (ligado a la posibilidad de aplicación a gran escala y a los costos). Es importante

considerar a este propósito que el beneficio sobre la salud aportado por un tratamiento determinado es evaluado actualmente en términos de eficacia, ciertamente, pero también de efectividad (*effectiveness*, según el dicho anglosajón) y de eficiencia. La eficacia se evalúa en una prueba efectuada en las condiciones experimentales ideales (por ejemplo, doble ciego al azar, para un periodo estándar, controlado con placebo, etcétera); la efectividad se evalúa en las condiciones reales y tiene en cuenta, por tanto, también la aceptación de la terapia por parte de aquellos a los que se ofrece; la eficiencia se evalúa teniendo en cuenta también los recursos disponibles. Es importante diferenciar entre las diversas pruebas del beneficio de la terapia, porque un tratamiento podría ser muy eficaz en pruebas clínicas metodológicamente perfectas, pero ser mal tolerado o resultar demasiado costoso. En tal caso, probablemente podría ser preferible optar por un tratamiento menos eficaz pero más aceptado por los pacientes y más fácil de poner en práctica.

Frente a un enfoque terapéutico no convencional que se proponga como socialmente relevante “antes” de demostrar científicamente su eficacia con los criterios actualmente vigentes para terapias de diverso tipo, el Estado no puede pretender prohibirlo o incluso sustituirlo con otros ligados mayormente a la oficialidad. El argumento, esgrimido frecuentemente, de que no se puede privar al enfermo de una terapia que es estadísticamente eficaz para confiar en otra de eficacia dudosa o nula, pasa por alto, en efecto, además de la elemental libertad de disponer del propio cuerpo, la importancia fundamental que reviste el aspecto psicológico en medicina: en la mayor parte de las patologías más comunes, una atención médica en la que el paciente no cree, difícilmente dará buenos resultados; mientras a menudo cuidados de dudoso valor científico o incluso un simple placebo, obtienen grandes resultados gracias a la firme confianza que el paciente tiene en ellos. A esto se debe agregar la dificultad de llegar a conclusiones absolutamente ciertas sobre los resultados de una terapia determinada, dificultad que se puede encontrar tanto en el campo convencional como en el no convencional, particularmente cuando están involucrados aspectos subjetivos y psicológicos, y en el campo del dolor.

Un ejemplo de esta actitud de dar crédito a las medicinas no convencionales lo representa la directiva europea 92/73CEE en materia de

productos medicinales homeopáticos, que prevé una forma de autorización “simplificada” para tales medicamentos, sobre la base de las demostraciones de inocuidad (basada, por ejemplo, en una suficiente dilución de los principios activos potencialmente tóxicos) y de una buena preparación técnica, sin pretender la prueba formal de eficacia. En definitiva, pues, el Estado debe hacer una labor de control, de información y, sobre todo, de formación (ésta en particular para con los médicos); pero la decisión última sobre el tipo de terapia a aplicar (o eventualmente no aplicar) estará siempre reservada a la libre elección del paciente, adecuadamente aconsejado por su médico de confianza.

En todo caso, es importante que el diagnóstico y la terapia, de cualquier tipo, sean considerados siempre como *actos médicos*, porque son llevados a cabo dentro de una relación con el enfermo que saque a la luz todos los problemas de salud, cuya gravedad actual y evolución nunca son fáciles de individualizar.

Por ejemplo, es digno de hacer notar que el Tribunal de Apelación (italiano) en una reciente sentencia¹⁸ afirmaba que la práctica de la homeopatía debe estar reservada a los médicos; y es en este marco en el que se debe plantear el problema de las terapias complementarias. Lo mejor sería que cada médico tuviera por lo menos rudimentos de acupuntura, fitoterapia y homeopatía y que luego tuviera la oportunidad de recurrir a colegas especialistas en las diversas disciplinas. Desafortunadamente, no existen en la actualidad aún cursos universitarios de introducción ni de especialización, aun cuando están en curso de elaboración diversas propuestas de ley en tal sentido.^{18bis}

En resumen, los principales nudos que hay que desatar para que sea posible plantear con bases científicas y racionales el proceso de integración entre las medicinas (en la actualidad) no convencionales y la medicina oficial, parecen ser los siguientes:

a. La definición del estatuto epistemológico de las diversas disciplinas, de su bagaje conceptual y metodológico. Es necesario, por ejemplo, que se distinga claramente entre homeopatía y homotoxicología, con el fin tanto de una correcta información del paciente como del registro de los productos medicinales (sobre este punto ha trabajado una comisión establecida a propósito en el Ministerio de Sanidad italiano). Además, es importante distinguir entre “sistemas médicos” realmente alternativos y de algún modo autojustificados

(por ejemplo: homeopatía clásica, antroposofía, ayurveda, medicina tradicional china) y técnicas terapéuticas complementarias que, aun estando dotadas de su propia base conceptual, pueden ser utilizadas con más facilidad “juntamente con” las terapias convencionales (por ejemplo: fitoterapias, técnicas de manipulación, algunas aplicaciones específicas de la acupuntura, muchos productos medicinales homotoxicológicos). En cualquier caso resulta fundamental que se defina la frontera entre las intervenciones que entran bajo la definición de “medicina” como ciencia experimental, y aquellas que utilizan conceptos médicos o terapias en el ámbito de teorías filosóficas, religiosas o esotéricas. Un criterio de discriminación es la existencia o no de un definido cuerpo de conocimientos médicos bajo forma de descripciones anatómo-fisiológicas, de farmacopeas oficiales, de técnicas que se puedan reproducir, de una literatura empírica tradicional, si no propiamente de tipo científico.

b. El conocimiento de los métodos médicos no convencionales por parte de los agentes de la medicina convencional. Este conocimiento es necesario tanto por la posibilidad cada vez más frecuente de verse interpelados por parte de los pacientes y, por tanto, de contribuir mejor a la formación de un consentimiento informado sobre la elección de la terapia de preferencia, como por la necesidad de conocer los lenguajes y los principales conceptos de referencia con el fin de interactuar con los demás agentes sanitarios que utilizan tales métodos. En efecto, una vez aceptado el principio de la libertad de elección (informada) del paciente, se plantea inevitablemente el problema de la colaboración entre diversos agentes que, por diverso título, atienden al mismo paciente. Por ejemplo, si por hipótesis un paciente con un asma grave se quisiera atender con la homeopatía, no por esto debería estar obligado a “cortar los puentes” con el alergólogo y el inmunólogo, que podrían con oportunos instrumentos y análisis de laboratorio evaluar la evolución orgánica de la patología, o con el médico de una estructura de urgencias, en la que eventualmente tuviera que ser hospitalizado por una crisis grave.

c. La calificación de los agentes sanitarios y de los profesores de las escuelas que se ocupan de medicinas no convencionales. Hoy no

existe todavía acuerdo alguno sobre los criterios de calidad de las escuelas, los programas de enseñanza, el total de horas de las diversas disciplinas, el reconocimiento de los “diplomas” extranjeros, los requisitos para ser profesores de las varias disciplinas, y otros temas más. Obviamente, ante la falta de una normativa en la materia, el panorama es el de un amplio espectro de entidades de formación que van desde escuelas y asociaciones seguramente serias, que se han dotado ya de códigos de autorregulación y que empiezan incluso a colaborar con las Universidades, hasta entidades recién formadas que proponen rápidas adquisiciones de profesionalidad, incluso por determinados intereses comerciales. Es probable que andando el tiempo se llegue, en un momento por ahora imprevisible, a la aprobación de una ley que discipline las medicinas no convencionales, sobre la línea de la propuesta de ley n. 3891 de la XIII legislatura [italiana](ya analizada y aprobada en lo general el 27 de julio de 2000 por la Comisión de Asuntos sociales de la Cámara de diputados con el concurso de todos los partidos políticos).

d. El reconocimiento de la investigación científica como el punto de referencia común de todas las diversas formas de medicina. Es éste un aspecto que necesita del compromiso tanto del mundo “alternativo” (que, por una serie de motivaciones ideales y prácticas —no siendo la última la escasez de recursos— no han dedicado muchos esfuerzos a una investigación rigurosa sobre la eficacia clínica y sobre los mecanismos de acción de los diversos métodos propuestos), cuanto del mundo “oficial” (que, por una serie de prejuicios que se remontan a los motivos ideológicos antes mencionados, ha ignorado el tema o incluso marginado a quien en su interior ha optado por dedicarse a él). El problema principal, a este propósito, está en el hecho de que muchos de los métodos terapéuticos no convencionales se caracterizan por un enfoque empírico-analógico y no científico en sentido galileiano y no pueden, por tanto, ser estudiados sino por algunos aspectos sectoriales, utilizando los mismos procedimientos puestos a punto para los fármacos tradicionales.

Esto no quita, de todos modos, que la investigación clínica y de base pueda y deba ser llevada a cabo con mayor intensidad, con las oportunas adaptaciones. Por ejemplo, por lo que se refiere a la inves-

tigación clínica, habría que fomentar por lo menos los estudios epidemiológicos de tipo de observación, los cuales requerirían necesariamente la aplicación de procedimientos como las pruebas aleatorias, el doble ciego, el uso del placebo y otros más (tales procedimientos, en efecto, son difíciles de aplicar en un contexto de práctica ambulatoria como en el que gran parte de las medicinas no convencionales se aplica en la actualidad). Cuando los estudios experimentales no puedan llevarse a cabo (por diversas razones, desde las éticas a las económicas), los métodos de observación bien diseñados ofrecerán una alternativa mejor que no llevar a cabo investigación alguna y no recoger ninguna información confiable.¹⁹ Tales estudios ofrecen, además, la posibilidad de establecer la “validez externa” de una determinada terapia, es decir, de observar su aplicación en las condiciones reales de uso.

Tanto los agentes como las autoridades sanitarias deben vigilar cuidadosamente el interés primario de los pacientes sobre este delicado equilibrio entre las certezas científicas consolidadas y la continua aparición de nuevos paradigmas médicos; entre las potencialidades positivas de antiguas tradiciones diferentes de las nuestras y los riesgos de degeneración comercial o instrumentalización ideológica; entre la libertad de elección terapéutica y el derecho a la información correcta y controlada.

Sólo poniendo en el centro de la atención del médico y del sistema sanitario al hombre enfermo y buscando cualquier medio posible y compatible con la protección de su salud, se trabajará en favor de la construcción de una medicina integrada que sea también medicina de la persona.

Agradecimientos

Expresamos nuestro reconocimiento al Prof. Mario Zatti por la ayuda prestada al desarrollo de las investigaciones de nuestro grupo, así como a la Asociación “Giovanni Scolaro” para la Medicina Integrada, a la Azienda Ospedaliera de Verona y al ANIPRO por el apoyo a las actividades del Osservatorio per le Medicine Complementari.

Referencias bibliográficas

¹ EISENBERG D.M., KESSLER R.C., FOSTER C. ET AL., Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs, and patterns of use, *N. Engl. J. Med.* 1993, 28: 246-252; ASTIN J.A., MARIE A., PELLETIER K.R. ET AL., A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians, *Arch. Intern. Med.* 1998, 158: 2303-2310; EISENBERG D.M., DAVIS R.B., ETTNER S.L., Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *JAMA* 1998, 280: 1569-1575; WETZEL M.S., EISENBERG D.MÉDICO, KAPTCHUK T.J., Courses involving complementary medicine at U.S. medical schools, *JAMA* 1998, 280: 784-787.

² Decreto Legislativo 17.3.1995, n. 185 (Actuación de la directiva 92/73/CEE en materia de productos medicinales homeopáticos) integrado por la Ley 347/1997.

³ BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, *Complementary Medicine. New Approaches to Good Practice*, Oxford: Oxford University Press, 1993; Resolución del Parlamento Europeo A4-0075/97 del 29.5.97 sobre el "Status of non-conventional medicine"; Actas del Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Roma, 26 de octubre de 1996.

⁴ El texto íntegro del documento, publicado el 7.7.2000, se puede ver en <http://www.chiesacattolica.it/cci/uffici/unps/index.html>.

Aquí se reporta el párrafo n. 10, dedicado a las medicinas no convencionales: "Relacionada de algún modo con la autonomía del paciente está la aparición de las llamadas medicinas no convencionales, término omnicomprendivo con el que se indican todas aquellas prácticas médicas no basadas en los datos de anatomía, fisiología, patología y terapia propios de la medicina occidental. Se trata de un grupo bastante heterogéneo de prácticas terapéuticas, más o menos difundidas, más o menos conocidas: herboristería, acupuntura, homeopatía, reflexoterapia, iridología, pranoterapia, reiki, shiatzu, etcétera. Sin entrar en *materia de su* posible eficacia, hay que poner de relieve ante todo la posibilidad de un eventual daño para el paciente que se someta a ellas, abandonando al mismo tiempo una terapia más "tradicional" pero de probada eficacia. El segundo, y más delicado problema, también de orden pastoral para la Iglesia, se refiere a la posible implicación, por parte de algunas de ellas, con filosofías orientales difícilmente compatibles con la fe católica y en ocasiones acompañadas incluso de prácticas ocultistas. Por tanto, mientras por un lado se debería mantener una actitud rigurosamente prudencial acerca de su posible práctica en instituciones sanitarias católicas, por otro lado la Iglesia debe sentirse fuertemente interpelada a profundizar el problema, adquiriendo la necesaria competencia para un seguro discernimiento, en el respeto de la metodología científica que reconoce en la medicina una ciencia experimental. En particular, hay que preguntarse si el recurso cada vez más frecuente a la medicina no convencional no es acaso el efecto de aplicaciones inadecuadas de la medicina alopática. Es ya evidente, en efecto, que la variabilidad individual a la respuesta a los medicamentos es elevada. Hay que levantar acta, pues, de que la terapia de grupo, dirigida a un sujeto promedio, es inadecuada. Una mayor atención a la terapia individual y al papel del componente genético en la respuesta al medicamento serviría también para reducir el hiato existente entre medicinas convencionales y no convencionales".

⁵ COULTER H.L., *Divided Legacy* (v vols.), Berkeley, CA: North Atlantic Books, 1994; COMASCINI G., *L'Arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Bari: Laterza, 1997; BOYD L.J., *A study of the simile in medicine*, Filadelfia: Boericke and Tafel, 1936; ZOLL-

MAN C., VICKERS A., ABC of complementary medicine. What is complementary medicine? *Brit. Med. J.* 1999, 319: 693-696.

⁶ Hildegarda de Bingen, monja benedictina (1098-1179). Además de escribir muchas obras literarias y religiosas, desarrolló una intensa actividad de asistencia y atención a los enfermos, dispensando consejos dietéticos, escribiendo recetas de herbolaria, revalorizando la música y la danza como ayuda a la recuperación de la armonía del espíritu y del cuerpo. Véase GRONAU E., Hildegard, Milán: Ancora, 1996; PENOUD R., Storia e Visioni di Sant'Ildegarda, Casale Monferrato: Piemme, 1996. (Puede verse también, en español, STREHLOW W., HERTZKA G., Manual de Medicina de Santa Hildegarda, Diana, México, 2000. N. del T.).

⁷ Alexis Carrel (1873-1944), médico y científico francés. Trabajando en la institución Rockefeller de Nueva York, se convirtió en pionero de los trasplantes de órgano y de los cultivos celulares, trabajos por los que fue distinguido en 1912 con el premio Nobel de Medicina. Después de un viaje a Lourdes comenzó a interesarse también por la relación entre medicina, moral y religión y escribió incluso un libro de divulgación que tuvo gran éxito, *El hombre, ese desconocido*.

⁸ CARREL A., Le rôle futur de la médecine, en *Médecine officielle et médecines hérétiques*, París: Plon, 1945: 345-353.

⁹ PHILLIPS D.P., Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993, *Lancet* 1998, 351: 643-644.

¹⁰ BONN D., Adverse drug reactions remain a major cause of death, *Lancet* 1998, 351: 1183.

¹¹ NICOLIS G., PRIGOGINE Y., La complessità. Esplorazioni nei nuovi campi della scienza, Turín: Einaudi, 1991; CRAMER F., Chaos and Order. The Complex Structure of Living Systems, Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft, 1993; MAINZER K., Thinking in complexity. The complex dynamics of matter, mind, and mankin, Berlín-Heildeberg: Springer-Verlag, 1994; BELLAVITE P., ANDRIGHETTO G.C., ZATTI M., Omeostasi. Complessità e Caos. Un'introduzione, Milán: Franco Angeli, 1995; BELLAVITE P., Le scienze biomediche tra biologia molecolare e complessità, *Kos* 1996, 125: 36-41; MUSSO P., Filosofia del caos, Milán: Franco Angeli, 1998.

¹² FEDERSPIG G., SCANDELLARI C., L'evoluzione storica della metodologia in medicina, *Federazione Medica* 1991, 44: 481-490; COLTORTI M., Riflessioni sul concetto di malattia e sulla sua evoluzione, *Medic.* 1998, 6: 162-175; CESANA G., Il ministero della salute, Florencia: Studio Editoriale Fiorentino, 2000.

¹³ Cristian Federico Samuel Hahnemann (1755-1843), médico alemán, fundador de la homeopatía. Hombre de gran cultura química y botánica, publicó muchos trabajos científicos y libros, además de ejercer intensamente la profesión médica. Vivió una vida muy agitada y llena de contrastes, que lo llevaron a cambiar muchas veces de lugar de residencia en Alemania y en el extranjero (el último fue París). La primera exposición de las ideas homeopáticas se hace remontar a un escrito de 1796.

¹⁴ NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, Consensus Conference on Acupuncture, Bethesda, 3-5 November 1997; MAYER D., Acupuncture: an evidence-based review of the clinical literature, *Ann. Rev. Med.* 2000, 51: 49-63.

¹⁵ KLEIJNEN J., KNIPSCHILD P., TER RIET G., Clinical trials of homoeopathy, *Brit. Med. J.* 1991, 302: 316-323; REILLY D., TAYLOR M.A., BEATTIE N.G.M. ET AL., Is evidence for homoeopathy reproducible? *Lancet* 1994, 344: 1601-1606; DOWNER S.M., CODY M.M., MCCLUSKEY P. ET AL., Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment, *Brit. Med. J.* 1994, 309: 86-89; LEWIS G.T., WATKINS A.D., Unconventional therapies in asthma: an overview, *Allergy* 1996, 51: 761-769; LINDE

K., CLAUSIUS N., RAMIREZ G. ET AL., Are the clinical effects of homoeopathy all placebo effects? A meta-analysis of randomized, placebo controlled trials, *Lancet* 1997, 350: 834-843; BELLAVITE P., ANDRIOLI G., LUSSIGNOLI S. ET AL., L'omeopatia secondo la prospettiva della ricerca scientifica, *Ann. Ist. Sup. Sanità* 1999, 35(4): 517-527; BARNES J., ABBOT N.C., HARKNESS E.F. ET AL., Articles on complementary medicine in the mainstream medical literature: an investigation of MEDLINE, 1966 through 1996. *Arch. Intern. Med.* 1999, 159: 1721-1725; ESKINAZI D., Homoeopathy re-revisited: is homoeopathy compatible with biomedical observations?, *Arch. Intern. Med.* 1999, 159: 1981-1987; VICKERS A., Recent advances: complementary medicine, *Brit. Med. J.* 2000, 321: 683-686.

¹⁶ BELLAVITE P., CONFORTI A., MENESTRINA F., POMARI S. (coords.). *Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*, Milán: UTET Periodici, 2000.

¹⁷ BELLAVITE P., *Biodinamica. Basi Fisiopatologiche e Tracce di Metodo per una Medicina Integrata*, Milán: Tecniche Nuove, 1998; Bellavite P., *Medicine complementari. Considerazioni semantiche e prospettive d'integrazione*, *Verona Medica* 1998, 33: 34-38; véase también REES L., WEIL A., *Integrated medicine*, *Brit. Med. J.* 2001, 322: 119-120.

¹⁸ CORTE DI CASSAZIONE, SEZIONE VI PENALE, Senteza n. 12: Omeopatia riservata ai medici, 25.2.1999, n. 2652.

^{18bis} En México, ya en 1889 se fundó la Escuela de Medicina Homeopática que, en 1936 pasaría a formar parte del Instituto Politécnico Nacional con el nombre de Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, y que ofrece en la actualidad a los médicos titulados la posibilidad de especializarse en Terapéutica Homeopática o bien en Acupuntura Humana. (N. del T.).

¹⁹ BLACK N., Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care, *Brit. Med. J.* 1996, 312: 1215-1218.

Ética de la paz y bioética

*M. Loredana Furiosi**

“En el camino de la vida alguno debe tener suficiente sentido común y suficiente sentido moral para romper la cadena del odio y del mal. El mejor modo de lograrlo es por el amor, yo creo firmemente que el amor puede transformar la realidad, incluso hasta elevar a toda una comunidad a horizontes nuevos de rectitud recíproca, de buena voluntad y de justicia”
(Martin Luther King, premio Nóbel de la paz)

“La gran obra de los hombres magnánimos es instruir con verdad, justicia, caridad y libertad, un nuevo sistema de relaciones en la sociedad humana; la obra de realizar la verdadera paz en el orden establecido por Dios (...) Es un imperativo del deber; es una necesidad del amor”.
(Papa Juan XXIII)

Resumen

¿Existe una conexión entre la ética de la paz y la bioética? El escrito, partiendo de este interrogante, analiza en primer lugar las problemáticas que implican estrechamente tanto la ética de la paz como la bioética. Recorriendo tres directrices principales —el respeto de los derechos humanos fundamentales, la justicia social global y la explotación de la naturaleza—; se ha querido evidenciar no sólo los grandes retos y los peligros para la actuación de la paz en nuestro tiempo, sino también el reto y el empeño concreto por la bioética.

Bioética que, por su parte, como ética de la vida y para la vida, y como disciplina en diálogo con diversos saberes interesados en el problema de la vida humana y de la biosfera, puede

* Doctor investigador en bioética; Investigador del Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía “Agostino Gemelli”, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

dar una contribución objetiva en el delinear las coordenadas éticas que puedan permitir o cuando menos coadyuvar y corroborar la recuperación de valores fundamentales para garantizar la paz, el restablecimiento de las condiciones de diálogo para la paz, ahí donde se hayan perdido, la prevención de la guerra, la eficaz actividad de educación de las conciencias a la solidaridad, que lleva a reconocer al otro como a otro yo, no obstante la diversidad fenoménica. En tal dirección se ha buscado analizar cómo en particular la bioética personalista, al basarse en una ontología fundada y en una antropología específica, puede ayudar a construir una "cultura de la paz", poniendo como su fundamento la centralidad del valor de la vida y el bien integral de la persona.

En la última sección del trabajo se ha dirigido la atención a delinear cuáles pueden ser los puntos de contacto y comparación entre la ética de la paz y la ética médica, pues no es infranqueable el confín entre las dos áreas, por el contrario, al menos para ciertos aspectos se sobrepone y entrecruza. Se ha puesto el acento sobre cómo la ética médica y la bioética pueden ser instrumentos de promoción de la paz, esto es, cómo el médico y el bioingeniero son para la paz por su misma naturaleza, precisamente en virtud del hecho de que son hombres de ciencia al servicio del mismo hombre.

Finalmente se ha evidenciado cómo la medicina puede contribuir no sólo a la construcción de la paz, especialmente en el plano de la prevención (por ejemplo con relación a las situaciones de guerra y de socorro en caso de catástrofe y en el negar el uso de la misma ciencia médica para fines erróneos y abusivos de los conocimientos), pero también en la óptica de un nuevo "juramento" que vaya más allá del hipocrático, que tutele tanto al hombre sano como al enfermo, en su amplia perspectiva no sólo de rehumanizar todo el sistema de salud, sino de garantizar una justicia sanitaria real: siendo ambos puntos nodales para la construcción de una trama social igualitaria y pacífica.

Premisa

El concepto de paz, o mejor, la ética de la paz se encuentra hoy, en la práctica, en medio de un complejo de disciplinas como la política, la sociología, la psicopedagogía. Se sitúa, en otras palabras, en el punto de unión entre el trabajo desarrollado por promover en la práctica la paz y por comprenderla de forma teórica y especulativa; la ética de la paz, en su más profundo análisis, busca dar razones teóricas de aquellos criterios según los cuales la actuación práctica de la paz pueda y deba orientarse, además de concretarse.¹

La bioética, por su parte, como ética *de* la vida y *por* la vida, en cuanto disciplina, está en diálogo con las diversas áreas del conocimiento que se interesan en el problema de la vida humana y de la biosfera,² puede contribuir concretamente a delinear las coordenadas éticas que pueden permitir, o al menos coadyuvar y corroborar, el rescate de valores fundamentales para garantizar la paz; el volver a establecer las condiciones para un diálogo en pro de la paz ahí donde se hayan perdido; la prevención de la guerra; la eficaz actividad educativa de los ánimos en la solidaridad; a ese altruismo creativo que no lleva a negar al otro sino más bien a reconocerlo, incluso en la diversidad fenoménica, como a otro yo mismo y a ser solidario con él. En este sentido se vuelve todavía más visible el significado que tal tipo de reflexión ética adquiere en la realidad contemporánea.

La relevancia del tema de la bioética emerge, en definitiva, de las soluciones, de las líneas éticas que ofrece frente a las problemáticas tecnológicas de la sociedad actual y que enfrentan directamente también al tema de la paz, como promoción de una auténtica calidad de vida para todos los hombres.

En este sentido veremos cómo una bioética, basada en una ontología fundamentada y en una antropología específica, puede proporcionar un servicio concreto a la paz, una contribución dirigida a crear una *auténtica* cultura de la paz y puede llegar a ser, lejos de ingenuidades gratuitas y de escepticismos paralizantes, aquel “puente potteriano” hacia un futuro pacífico para toda la humanidad.

Las reflexiones que progresivamente se ofrecerán al lector, lejos de pretender abarcar exhaustivamente un tema tan vasto, quieren ser un tentativo al menos plausible de focalizar los nudos teóricos de fon-

do en torno a los cuales la ética de la paz y la bioética giran y se interceptan, evidenciando no sólo los presupuestos comunes sino buscando también subrayar cómo una correcta cultura de la paz puede delinarse también por medio de “categorías” bioéticas.

Por tanto, después de un examen de las problemáticas que relacionan estrechamente tanto a la ética de la paz como a la ética de la vida y que se pueden individualizar siguiendo al menos tres directrices fundamentales, se afrontará cómo la bioética personalista puede contribuir a construir una “cultura de la paz”, poniendo precisamente en su base *la centralidad del valor de la vida y el bien integral de la persona*. La última sección de este trabajo está dirigida a señalar cómo la ética médica por una parte y la bioética personalista, por la otra, pueden ser instrumentos concretos de promoción de la paz.

Problemática relacionada con la ética de la paz y con la ética de la vida: un nexo indisoluble

En el pensamiento antiguo la ética de la paz era concebida como el arte de concertar y conservar el orden y la concordia entre los hombres como condición de la felicidad del individuo y de una república ideal.³ La convicción de que la guerra representara algo inevitable en la vida de un pueblo estaba balanceada por la búsqueda de la paz misma: evitar o al menos limitar los conflictos, concluirlos lo más pronto posible y garantizar al mismo tiempo periodos de paz y convivencia armoniosa eran las prerrogativas de la “política de la paz”.⁴

Semejantes tareas son todavía más necesarias en la actualidad, pues podemos constatar que la guerra y sobre vivencia de la humanidad, así como la paz y el futuro de la civilización global, se relacionan entre sí de un modo históricamente nuevo.⁵

En primer lugar se debe resaltar que estamos frente a una característica particular de la postmodernidad que es la confluencia del pensamiento “débil” y de la tecnología “fuerte”, o bien, de la máxima impotencia cultural coincidente con el zenit de la omnipotencia tecnológica que hace casi imposible, no sólo en el campo práctico sino también en el teórico, el alcanzar una visión integrada y unitaria de la vida y de la historia del hombre.⁶ El dinamismo incesante de la tec-

nología, unido a “un alma faustiana” típica de la cultura occidental, de hecho lanza al hombre contemporáneo a una “voluntad de poder”, de dominio, a un delirio manipulador de la realidad mundana que lo coloca, por usar una expresión jonasiana, “en el borde del abismo”.⁷

En segundo lugar, como consecuencia de éste proceso no se puede dejar de resaltar la desestructuración antropológica o “crepúsculo de lo biológico”,⁸ que lleva inevitablemente a la visión distorsionada, cuando no a la “ceguera de la razón”, sobre el reconocimiento efectivo de la profundidad metafísica del ser personal. De hecho, después de entregarse al dominio casi total de la técnica, encubierto tras la máscara de la libertad, el hombre no sólo se ha colocado en situación de poder destruir su propio entramado biológico, su propia identidad, su propia específica y peculiar dignidad, sino que se ha relegado a sí mismo a un absurdo dualismo dicotómico con la naturaleza o, por otra parte, ha degenerado en un peligroso equipararse onto-axiológicamente con respecto a los otros seres vivientes. Efecto de esto no es sólo la anulación de cualquier diferencia ontológica, sino también la dificultad para el hombre de un empalme, de una mediación o reconciliación con la naturaleza, con aquella “orilla esencial de intercambio simbólico”,⁹ con la que el hombre se constituye, para todos los efectos, en “una unidad bioética”¹⁰

Los aspectos que amenazan a la paz sustancial y principalmente en la actualidad pueden ser individuados en uno: el enorme aparato atómico y militar, que no tiene parangón en la historia de la humanidad; en segundo lugar, en las crecientes injusticias económicas y sociales entre los Estados industriales y el estrato pobre de la tierra; en tercer lugar, en la necesidad de tutela integral de los derechos humanos como derechos fundamentales y, finalmente, en cuarto lugar, en el creciente dominio y utilización de la naturaleza con las consecuencias arrasadoras y destructivas para toda la biosfera.

Por lo tanto, el respeto a los derechos humanos, los desequilibrios en la distribución de los recursos económicos, de salud, las violencias bélicas y el aprovechamiento de la naturaleza, constituyen no sólo grandes retos y peligros para que se dé la paz en nuestro tiempo, sino también un reto y un peligro concreto para la bioética. Es más, si en los últimos años se ha venido hablando de un “nuevo orden mundial”, que contemple nuevas reglas para la economía, mejores modalidades

para las intervenciones humanitarias, nuevos parámetros en la gestión de las problemáticas ambientales, la reformulación del derecho internacional, etc., es inevitable que en tal contexto encuentre oportunamente su puesto la ética, no sólo como substrato de la misma actividad tecnológica, económica, sanitaria, ecológica, sino también como elemento fundamental para el desarrollo de la vida social y para alcanzar un futuro de paz real.

Futuro —observa Compagnoni— en el que todas las problemáticas de la bioética también tendrán una posición crucial (de la medicina a la genética, de la ubicación de los recursos a la planificación y control de la procreación, las biotecnologías, etc.), sea en la práctica que como parámetro interpretativo del sentido de la vida del hombre.¹¹

La historia de la humanidad desde siempre ha estado caracterizada por las guerras, con intervalos de paz, o mejor dicho, de treguas más o menos sólidas. En este último siglo se han alcanzado, a partir de las dos guerras mundiales, un ápice de destrucción, de exterminios y de aberraciones casi para dejarnos a todos miserablemente aniquilados. Atrocidades y delitos contra la dignidad de la vida humana como los cometidos en Auschwitz, Hiroshima y Nagasaki¹² fueron concebidos por orquestaciones insensatas y programas políticos, pero si fueron posibles fue por la fabricación de armas atómicas, por la utilización de la energía nuclear tan destructiva como para cancelar de la tierra a toda forma de seres vivos.

Ética de la vida, ética de la paz y justicia social

Sin embargo, la paz no sólo está amenazada por continuas ofensivas bélicas, sino también por la continuación de la carrera armamentista, por la producción de armas químicas, bacteriológicas y nucleares.¹³ Todo esto es fomentado por un importante financiamiento que de hecho impide que los recursos económicos sean utilizados en la lucha, por ejemplo, contra el hambre y la miseria. Es obvio que en tal situación, entre los medios para fabricar armas y los medios para contener la pobreza, existen discrepancias y reparto desigual no sólo desde el punto de vista de la densísima cuestión de la paz, sino inclu-

so desde la justicia social. Si es verdad, como lo es, que la paz es obra de la justicia, también se puede decir que es el fruto de la *iustitia socialis*.¹⁴

Santo Tomás concebía la justicia como “praeclarior inter omnes virtutes morales”, sea que se la considere en las relaciones sociales, sea que se la contemple en las relaciones privadas de los hombres.¹⁵ El motivo por el que para el Aquinate, la justicia es la virtud moral más alta, es porque ella tiende, está dirigida *in primis*, al bien común de la comunidad en la que cada individuo está inserto y es la “justicia general” que debe ser promovida en primer lugar precisamente por quien tiene el deber de cuidar del bien común.¹⁶

“Siguiéndose de lo dicho, el concepto de justicia postula que no existe una discrepancia entre aquello que es el bien para la vida de los individuos que componen a la sociedad real y aquello que es el bien para la sociedad (que es el conjunto de los individuos reales). Toda teoría que pusiese, en línea de principio, una cisura entre el bien del sujeto real y el bien del sujeto ideal (de hecho, la sociedad es un *ens rationis*, es una relación entre los individuos) sería *a priori* definible como infausta, puesto que el bien del conjunto está garantizado sólo por el bien de sus componentes”.¹⁷ Ahora bien, la novedad absoluta que nuestros días presentan a la reflexión sobre la justicia viene de que ésta se caracterice por la necesidad de un contexto social en el que se actúa; éste no es otro que toda la familia humana. En un mundo en que se invoca cotidianamente a la globalización de la economía, de los derecho, del desarrollo, no puede callarse la cuestión de la justicia entendida precisamente como búsqueda de una convivencia planetaria en la lógica de no dominación, del sustento y sociabilidad auténtica hacia el más débil, hacia el más marginado, sea este un individuo, un pueblo, un área geográfica completa.¹⁸ Y la primera razón ética que preside el nacimiento de un Estado social es precisamente la de tutelar y salvaguardar el derecho inalienable de todos a la satisfacción de las necesidades fundamentales. Se trata de un derecho universal, que compete a cada hombre por el solo hecho de ser persona, debido a su eminente dignidad y de su incomparable valor.¹⁹

Por tanto, para realizar aquella que se ha identificado como “justicia social” y para crear las condiciones objetivas para la promoción

de cada hombre y de todo pueblo, es inevitable que se desarrolle una nueva forma de “personalismo social”²⁰ que se articule según una imprescindible exigencia de tutela de la persona *tout court* y según una constructiva capacidad de relación interpersonal dirigida a la realización de estructuras adecuadas y de leyes justas. Justicia social que, para ser tal, no puede olvidar la defensa de cada hombre, de todos sus derechos inalienables.

Si es verdad que la justicia social es sobre todo “el principio formal deontológicamente ordenador de la vida humana políticamente asociada, en cuanto exige la conformidad de los ordenamientos constitucionales a los principios sumos del derecho natural (la dignidad de la persona humana, igualmente propia a todos los individuos, y el bien común como fin esencial de cada comunidad política)”,²¹ y si también es verdad que la justicia social, como orden de la razón, es substancialmente justicia distributiva, o bien que busca asegurar “a cada quién lo suyo”, esto es, igualdad en el tener; es también verdadero, en perspectiva simétrica, que existe una igualdad en el ser que debe ser reconocida y tutelada.

En defensa y para reconocer los derechos inalienables del hombre (primero entre todos, en orden jerárquico, el derecho a la vida), se aplica cristalinamente el principio ulpiáneo *suum unque tribuere*: entendido precisamente como reconocimiento de aquello de aquello que es propio del hombre, o bien de su esencia, de su igualdad en el ser, del *suum* más propio, como fundamento ontológico de todos los pertenecientes a la familia humana.²² En efecto, en particular el desconocimiento del derecho a la vida, precisamente porque lleva a suprimir físicamente a una persona, la persona por cuyo servicio la sociedad tiene razón de existir, es aquello que se contrapone más profunda e irremediabilmente a la posibilidad de realizar y concretizar el bien de la comunidad, así como la justicia social y la verdadera paz. Justamente observa Melina que “el límite mínimo de la justicia consiste precisamente en el reconocimiento del derecho inviolable a la vida de cada persona, desde su concepción hasta su muerte natural. Un reconocimiento tal expresa el límite del poder político y, por tanto, la trascendencia de la persona respecto a la sociedad y a las leyes del Estado. El derecho a la vida, como otros derechos fundamentales de la persona humana, no es una concesión que hace la institución

pública: es un derecho innato e inalienable, que la ley sólo debe reconocer. Pero este umbral mínimo de respeto debe ser superado y transformarse en promoción activa de la vida. En efecto, la libertad “posee una dimensión esencial relacional” (Carta Encíclica “Evangelium Vitae”, n. 19): ella no es independiente del “bien común”. Es más, solamente en la dedicación al bien común y a la vida de los otros, crece y se realiza la libertad y la vida del individuo”.²³

Una cultura de la vida es un derecho a la vida que no puede ser íntegra y coherentemente defendido si no se niega también, obviamente, la legitimidad ética de la guerra y de la pena de muerte.²⁴ Por tanto es urgente fundar el futuro de la humanidad sobre la capacidad de construir una convivencia humana basada en el reconocimiento de la igual dignidad óptica de los hombres, como eje de una sociedad adulta y reconciliada, en la que la responsabilidad, la solidaridad y la subsidiariedad constituyan los pilares fundamentales de toda la convivencia. *Subsidiariedad* que esté en grado de conciliar armónicamente, sin reduccionismos gratuitos, los deberes y las atribuciones de los diversos sujetos: de la comunidad internacional a las instituciones, el estado, las religiones, los otros entes locales, las familias, los individuos. Y la otra cara de la subsidiariedad es precisamente la *solidaridad*, que no puede reducirse al asistencialismo o la mera limosna, sino que debe ir unida a la justicia y a la eficacia, en la firme y perseverante determinación de contribuir al bien común.²⁵ Solidaridad que no puede ser sólo un acto espontáneo, aislado o solamente un deber ligado a exigencias de justicia social, sino que debe ser, antes que nada, un radical cambio en la perspectiva antropológica con la que se mira al otro en la conciencia de su imprescindible exigencia no sólo de subsistir y de satisfacer sus propias necesidades, sino especialmente de ser una “realidad relacional” que se realiza plenamente cuando tiene el carácter de la reciprocidad y de la simetría, esto es, cuando es acogida y amada y es capaz a su vez de amar libre y responsablemente.²⁶

Es hora, como escribe Juan Pablo II, de una nueva “fantasía de la caridad”, que se despliegue no tanto y no sólo en la eficacia de las ayudas prestadas, sino en la capacidad de acercarse, solidarios con el que sufre, de modo que el gesto de ayuda sea experimentado no como óbolo humillante sino como aquello que el hermano comparte,²⁷

como “gesto intelectual” que reconozca integralmente al otro, que no discrimine entre vida y vida, sino que por el contrario tutele en cada hombre la dignidad del hombre y las raíces del ser hombre. Pero si la paz y la búsqueda de la paz están conducida por la justicia, también lo están por el respeto común y global de los derechos fundamentales.

Paz, bioética y tutela de los derechos humanos

Por tanto, si a la temática de la paz se le acompaña también de la tarea de resaltar su relación con la justicia en sus diversas facetas y ámbitos y la necesidad de ilustrar su importancia en el momento actual, no puede omitirse que el primer escalón hacia la paz global y la justicia social, es precisamente la tutela de los derechos humanos fundamentales.²⁸ El respeto de los derechos del hombre constituye no sólo una materialización importante de la ética de la paz, sino también una nueva exigencia de la justicia, pues ellos representan el intento de formular los presupuestos jurídicos de una coexistencia libre e igualitaria entre los pueblos, entre todos los individuos de la tierra, como común espacio vital. Con la Declaración de 1948, por primera vez se ha llegado a una afirmación universal y positivamente aceptada de los derechos del hombre. De modo “universal”, pues los destinatarios de los principios que ella contiene ya no son los ciudadanos de un solo Estado, sino todos los hombres y las mujeres. En modo “positivo”, pues se ha encaminado un proceso que tiene como punto final no sólo la proclamación de los derechos, sino su protección, también en relación del mismo Estado que los ha violado.²⁹

Si bien entre mil contradicciones, paradojas y violaciones, la experiencia de estos cincuenta y tres años transcurridos desde la aprobación de la Declaración Universal muestra una mayor sensibilidad y atención a la “verdad” y, por tanto, a la finalidad de los derechos humanos, pues hacen referencia al valor incalculable de la persona y requieren, para ser defendidos y tutelados adecuada e integralmente, un esfuerzo ético y teórico al mismo tiempo. “Al presente, los derechos humanos aparecen de modo evidente como verdaderamente el único *absoluto ético* de nuestro tiempo y un indicio de la posibilidad de una nueva fase de la unificación espiritual de la humanidad, gra-

cias a la cual —por usar una expresión célebre de Kant— “la violación del derecho realizada en un punto determinado de la Tierra, pueda ser advertida en todos los puntos de la Tierra”: una frase en la que los hombres, después de la *dispersión*, buscan razones para lograr una nueva comunión.³⁰ Los derechos del hombre constituyen, por tanto una concretización importante de la ética de la paz, pues representan el intento de formular los presupuestos jurídicos de una coexistencia libre y paritaria de las diversas formas individuales y socioculturales de vida en el mundo. Con la Declaración Universal de 1948 se anunció en modo planetario la idea fundamental que cada hombre, en todas partes, tiene derecho de ser reconocido como persona jurídica y de ser protegido en cuanto miembro perteneciente a la familia humana y portador de su dignidad “como fundamento de la libertad, de la justicia y de la paz” (Preámbulo).

Y es precisamente a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, y todavía antes, a partir de la Convención antiesclavista de 1926 (conclusión de una serie de tratados específicos comenzados en 1814), que se inaugura la gran novedad de la tutela internacional de los derechos del hombre, la que representa una indicación de la época, una adquisición de la segunda mitad del siglo directamente unida a las grandes tragedias históricas de la primera mitad. Justo después el segundo conflicto mundial fueron pensadas y anunciadas las Naciones Unidas y el Tribunal de Núremberg y, del mismo modo, maduró la idea que la protección de la dignidad humana, frente a una insoportable agresión, fuera uno de los tres valores jurídicos universales a compartir y tutelar (junto con el valor de la paz, de la igualdad de los hombres y de los pueblos).

Como subraya Senese “el tema que como resumen surge de las ruinas de la Segunda Guerra Mundial, es el del derecho a la vida; su centralidad da cuenta de la revisión de los derechos civiles y políticos tradicionales, de la noción misma de indivisibilidad de los derechos humanos (...), en una palabra, de la perspectiva expansiva que confía el orden, más aún que a una represión de los deseos, (...) a una progresiva satisfacción planetaria. Si la biopolítica, según Foucault, significa la constitución de un nuevo tipo de poder que trae su legitimación de la manipulación de la vida, con la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de los Derechos del Hombre la

biopolítica negativa y salvaje del nazismo es sustituida por una biopolítica de signo opuesto en la que el poder busca la propia legitimación en la expansión de la vida”.³¹

Dicha expansión de la vida y bio-política por desgracia todavía no han implicado, mas que de forma fragmentada, la vida de los todavía no nacidos, de los concebidos; y no han definido plenamente quién es titular de los derechos que proclaman. Es verdad e innegable que las cartas de los derechos internacionales que se ocupan de los derechos del hombre, ponen en primer plano la vida y su inviolabilidad. La misma Declaración ya mencionada, en su artículo 3º afirma: “Cada individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. La “Convención de salvaguarda de los derechos del hombre y de las libertades fundamentales”, proclamada en Roma el 4 de noviembre de 1950 para Europa, en su artículo 2 afirma: “El derecho de cada persona a la vida está protegido por la ley”. Y además, la “Declaración de los derechos del niño” de 1959, también proclamada por las Naciones Unidas, en su preámbulo establecía que: “el niño tiene necesidad de una protección especial y concretamente jurídica, tanto antes como después del nacimiento”. Por su parte la Asamblea Médica Mundial de 1948, reelaborando el Juramento Hipocrático, hizo prometer a todos los médicos: “Yo observaré el respeto absoluto de la vida humana desde el momento mismo de su concepción”.³² Sería ausplicable una cooperación político-jurídica, que lejos de cansancios, tartamudeos y oscurantismos, reconozca la injusticia de las leyes que no tutelan verdaderamente la vida de todos los seres humanos y que, más o menos explícitamente, relegan de hecho al concebido al mundo de las *res*, como una cosa totalmente disponible y subordinable a la vida y a la libertad de los otros.

“El conjunto de los derechos del hombre —subraya también Juan Pablo II— corresponde a la substancia de la dignidad del ser humano, entendido integralmente, y no reducido a una sola dimensión; estos se refieren a la satisfacción de las necesidades esenciales del hombre, a su plena dimensión humana (...). Cada amenaza a los derechos humanos, ya sea en el ámbito de los bienes materiales, ya sea en el de los bienes espirituales, es igualmente peligrosa para la paz, pues compete siempre al hombre en su integridad”.³³

La esencialidad de los derechos inalienables del hombre y, entre estos, el derecho primario a la vida, consiste en que estos no pueden ser ni concedidos, ni derogados, ni graduados por algún otro hombre o por alguna otra autoridad humana, pues estos derechos tienen su fundamento inviolable, no en un acto de voluntad humana, sino en la “misma naturaleza y dignidad del ser humano”.

Por todo lo dicho, es obvio que el terreno de los derechos humanos y el de la bioética se encuentran a medio camino, en la encrucijada del “concepto de la dignidad humana” y de la promoción humana como “piedra angular”³⁴ de todo el tejido social. Tanto los derechos humanos con sus principios y los documentos en materia de bioética, encontramos que coinciden en algunas referencias cardinales con relación a la protección de la persona humana, el bienestar y la identidad espiritual de los individuos, su igualdad en todos los aspectos, tanto en su vida individual como en su vida social, en la familiar y en la laboral, en sus organizaciones políticas y en sus relaciones internacionales.

Repercusiones más directas en el campo de la bioética las tiene el reconocimiento del derecho a la vida (art. 3), del derecho a la integridad física con la correspondiente prohibición de la tortura y los tratos degradantes (art. 5), del derecho de asistencia médico-sanitaria, sea para garantizar preventivamente la salud, sea para garantizar la ayuda en caso de enfermedad (arts. 22 y 25), del derecho a la protección de la maternidad y de la infancia (art. 25), del derecho a la familia (arts. 16 y 25). Como es evidente en la clara voluntad de promover una protección global del hombre se da origen, por un lado, a importantes afirmaciones de naturaleza jurídica también para la bioética,³⁵ y por otro lado, al nacimiento de los Códigos Deontológicos.

A su vez, la bioética es la que hoy interroga al derecho y a los mismos derechos humanos (tanto que actualmente se habla de “bio-derecho” así como de “bio-jurídico”)³⁶ sobre temáticas que tienen que ver con el “último territorio del ciudadano”:³⁷ el de su corporeidad, de la vida física desde la concepción hasta la muerte, de la manipulación del genoma, de la conservación de la identidad del hombre. En tal contexto las legislaciones nacionales e internacionales buscan coordinar y regular las aplicaciones de la ciencia y de la tecnología. Por esto, se impone de manera nueva y urgente, en un trasfondo sociocul-

tural que privilegia el no-cognitvismo y el relativismo ético: 1. la exigencia de encontrar criterios de fondo objetivos y universales para definir contenidos y aplicaciones de tales intervenciones. Criterios que permitan escapar a desviaciones individualistas que trastornan el significado original de los derechos humanos, haciéndolos instrumentos de prepotencia y de discriminación. Y 2. no perder la finalidad de la bioética, que es la de reflexionar e indagar en todo el espesor de la realidad a la luz de la dignidad suma del hombre.

El reto común —de inmensa importancia histórica y de incalculables consecuencias— que los derechos humanos y la bioética, en nombre de la inviolabilidad de la dignidad de cada ser humano, están llamados a afrontar, se encuentra precisamente en el territorio de la vida humana, en particular de aquella que inicia, que sufre, que muere; esto es, de la vida que más fácilmente puede ser manipulada, instrumentalizada, marginada, negada; y se caracteriza precisamente por la urgencia de entender y de aclarar la cuestión del sujeto titular de los derechos humanos y, por tanto, *del más fundamental fundamento* de los mismos.³⁸ Precisamente por medio del respeto de la dignidad de todos y de cada uno es como se delinear las premisas objetivas, las condiciones necesarias para una convivencia civil y realmente pacífica, para un recíproco y colectivo bien común.³⁹

Ética de la paz, bioética y ética del ambiente

Una última, pero no menos significativa y relevante, experiencia específica e igualmente intensa de nuestra época es la cada vez mayor conciencia de la imposibilidad de pensar en la paz y en la armonía entre los hombres sin una reconciliación con la naturaleza o con la biosfera en sentido amplio. El dominio humano sobre la naturaleza no sólo amplía las posibilidades de actuación del hombre, sino que cuando éste es incontrolado, puede transformarse en violencia destructora de la misma vida. El enorme progreso científico y sus conquistas tienen como consecuencia una alarmante destrucción y contaminación de toda la biosfera. La magnitud de las intervenciones irreversibles sobre la naturaleza aumenta día con día y aumenta así, al mismo tiempo, la responsabilidad de vida y de decisiones de las ge-

neraciones futuras. La relación con la naturaleza —subrayada justamente por Huber y Reuter— evidencia sustancialmente una cuestión: interrogarse sobre la paz, significa interrogarse sobre el futuro de la paz y preocuparse responsablemente de la posibilidad de vida y de las posibilidades decisionales de las generaciones futuras.⁴⁰

La vida del hombre presente y del futuro, debe fungir como brújula de orientación para la actual ética del ambiente que es parte integrante de la ética de la paz⁴¹ y que valiéndose del trabajo interdisciplinar de las diversas especialidades (biología, química, geología, física, economía, demografía, gestión de los recursos naturales) puede impulsar en dirección de una voluntad de servicio que sustituya a una voluntad de poder, de una voluntad de compartir y de armonizar que sustituya a una voluntad de explotación del patrimonio común que es la tierra. Además, la amenaza de muerte colectiva (catástrofe ecológica) debe decidírnos, sugiere Serres, a la paz entre nosotros para salvaguardar al mundo y por la paz con el mundo para salvaguardarnos a nosotros mismos. Nos compele a un nuevo “contrato natural”⁴² que supere el dualismo que existe en el hombre tecnológico, entre lo natural y lo social, y que haga palanca al concepto de “responsabilidad compartida”⁴³ y los principios de subsidiariedad y solidaridad.

Es verdad que la necesidad de favorecer un desarrollo sustentable —definido como problema de eficiencia intergeneracional que permite garantizar las oportunidades de las generaciones futuras sin que se vean dañadas las presentes⁴⁴— implica modificaciones importantes en el modelo actual de desarrollo de las economías avanzadas y de las de los países en vías de desarrollo, para garantizar un crecimiento compatible con la capacidad receptiva y los límites biofísicos del planeta. El reto de la sociedad sustentable es el de lograr modificar una mentalidad excesivamente modelada según el “sueño fáustico” de un crecimiento sin condiciones que manifiesta la aspiración del hombre de someter a la naturaleza; y de promover, por el contrario, una cultura de la responsabilidad que estimule al hombre a encontrar los caminos más aptos para vivir una relación de armonía y empatía con la naturaleza.

Una sociedad sustentable necesita indudablemente de una mentalidad o de una ética de la solidaridad del hombre con el hombre y con la naturaleza que privilegie el desarrollo cualitativo y use el cre-

cimiento material como instrumento, no como objetivo último. El fin último es estimular el crecimiento material para satisfacer objetivos sociales, en particular en las sociedades menos desarrolladas: el injusto orden distributivo mundial actual, no sólo no satisface las necesidades presentes de las áreas más pobres sino que contradice al mismo concepto de sociedad sustentable, frenando notablemente la elevación y la difusión de la calidad de vida. La constitución de una sociedad sustentable requerirá la radicación gradual de una serie de objetivos de naturaleza ética que animen desde su base al nuevo aparato social. Las múltiples resistencias a este cambio, debidas sustancialmente a los sistemas ya organizados de la sociedad industrial que con dificultad renuncia a la lógica del creciente flujo de su bienestar, no puede paralizar indefinidamente al necesario salto mortal en términos de solidaridad, pues ya es irrenunciable el paso a la fase en que se debe tender a “tener menos con menos, en términos de bienes materiales, para tener más en términos de calidad de vida y “ser” más como persona. No es difícil darse cuenta que la ética de una sociedad sustentable es fundamentalmente una ética de la valoración de la persona humana; en el desarrollo sustentable encuentra realización el objetivo del desarrollo como desarrollo humano. (...) Si la construcción de una sociedad sustentable exige el empeño de los individuos por medio de la modificación de los estilos de vida, es impensable que a esto se llegue sin ayuda común, sin compartir valores, como una red de información que construya la solidaridad entre los nuevos comportamientos, y también es necesario que haya empeños de un estilo de vida que manifiesten, contra la falsa contraposición de antropocentrismo contra ecocentrismo, cómo el hombre se coloca en el camino de una progresiva realización como persona, si logra colocarse en armonía con la naturaleza para custodiarla”.⁴⁵

En la actual situación de interdependencia global que cada día se experimenta más, la ética de que necesita la humanidad es la solidaridad sin fronteras, la solidaridad mundial. Una solidaridad tal que ciertamente no anule la solidaridad *cercana* en el ámbito familiar, comunitario, regional, nacional. Éstas podrán existir precisamente en la medida en que sepan abrirse a la solidaridad *amplia*. La solidaridad verdadera sí busca el propio bien, pero en considerándolo en relación con el bien del otro, sea del individuo, del grupo o del pueblo. Sólo

así se puede llegar a una paz duradera y a una solidaridad verdadera que sabe adquirir, en la teoría y en la práctica, un *espíritu de cooperación* que abrace al mundo entero y haga ciudadanos del mundo, consciente de los derechos que se tienen pero también de los deberes por asumir: el camino probablemente será lento, pero será un camino para todos, un proceso que no dejará atrás a nadie.

Bioética como contribución a la paz

*La centralidad del valor de la vida, en la bioética
y en la ética de la paz*

Es un hecho indiscutiblemente evidente y necesario, que entre los empeños y factores dirigidos a promover la paz universal estén, sobre todo, la prevención de la guerra, la eliminación de las injusticias y la cooperación para instaurar estructuras socioeconómicas justas. Pero también en este contexto existe la necesidad de abrirse a nuevos sistemas de pensamiento y ámbitos disciplinares (como por ejemplo la bioética) que pueden ayudar concretamente a promover progresivamente una cultura de la paz, una ética de la paz, que no sea un ingenuo perfeccionismo o un estéril esquematismo ideológico, sino más bien, una tarea que se puede proponer y asumir, que si se realiza por grados, puede —parafraseando a Kant— aproximarse continuamente a la realización de la paz.⁴⁶ Si además la paz, en contraposición a la violencia y la guerra, es fundamentalmente una búsqueda de una sociedad armoniosa y solidaria, esto es, búsqueda de un modelo de desarrollo social que tutele *in primis* la vida humana conjuntamente a la biosfera; y si la paz es también, en último análisis, la vida misma que busca renovarse a sí misma, autopromoverse en el presente para el futuro, no puede no articularse según las razones de la ética y relacionarse a la disciplina que hemos definido bioética.

Bioética debe entenderse como ética de la vida y para la vida, como evidencia de aquellas características fundamentales y esenciales del discurso moral que debe hacerse siempre como reflexión sobre el *bios* y sobre todas las responsabilidades humanas con relación a la vida, en particular la del hombre.⁴⁷ Bioética que nos constriñe a no

poder prescindir, tampoco con referencia a la ética de la paz, a un horizonte antropológico en el que el valor de la vida física, de la muerte y del morir, de la relación libertad–responsabilidad, de la relación individuo y sociedad, del sufrimiento y del padecimiento, encuentran su lugar y su valoración ética.

De hecho, el valor fundamental de la vida, el valor trascendente de la persona, la conexión integral de la persona, que es la síntesis unitaria de los valores físicos, psicológicos y espirituales, la relación de prioridad y complementariedad entre las personas y la sociedad, son puntos cardinales de referencia para una *bioética personalista*, como para toda la ética humana y la ética social.⁴⁸ En particular, es imprescindible que la común persecución de la paz entre los pueblos y las culturas diversas entre sí, pueda basarse prioritariamente sólo en la aceptación de la vida como valor fundamental, como valor que nos une en comunidad, como valor de todos y que es responsabilidad de todos el tutelarlos con todos los instrumentos posibles.

La decadencia del valor del respeto a la vida humana, y por tanto a la persona, ha llevado a una difusión cada vez más amplia de la violencia en los ámbitos más variados y en las situaciones y formas más diversas,⁴⁹ tanto que en la cultura moderna el hombre ha llegado a creer que tiene derecho sobre la vida y la muerte, no sólo de sí mismo, sino también sobre cualquier otro hombre.

El respeto de la vida no puede estar limitado a algunos casos, sino que debe extenderse a todo comportamiento humano y no puede dejar de ser el valor guía de las relaciones entre los hombres, guía que dirija y sostenga el proyecto de paz. La tutela del hombre debe ser referida “a todo momento y condición del decurso individual y del social. No se puede pensar en aplicarlo sólo en una época o en una condición dada de este devenir. No se puede mantener que valga sólo para condiciones específicas y no para otras. El respeto de la vida humana se acepta o se niega. Si se le acepta, y creo que no se puede no aceptarlo, se debe referir a todo el decurso de la vida terrena del hombre y en cualquier condición”.⁵⁰

Por esto, el respeto a la vida humana debe valer desde el origen de la vida de cada hombre: si se puede negar el inicio de una vida, entonces la vida puede negarse siempre, en cualquier parte y en cualquier condición. Si se retiene aceptable el derecho de negar desde el

inicio el desarrollo de la vida, entonces se tiene también el derecho de negarla en cualquier estado en que se encuentre, desde la madurez a la vejez. El respeto de la vida humana surge y vale desde el nacimiento de la vida y éste momento no puede dejar de reconocerse en el momento de la fecundación; éste es el inicio de la vida, de una vida que se desarrollará hasta la muerte. Es desde el inicio de la vida que se le debe *respetar*, para que se le respete en toda condición y en cada época del proceso del hombre.⁵¹

Por tanto es necesario, hoy más que nunca, en un contexto de manifiestos y preocupantes vientos de guerra, promover sobre todo aquella “cultura de la vida” (*Evangelium Vitae*, n. 28), aquella sensibilidad o “mirada contemplativa” en torno al valor de la vida, al fundamental derecho a la vida para todos y para cada uno:⁵² “la del feto o del embrión que es apagado al nacer, no es menos vida que la del pequeño príncipe heredero, y la del anciano, del minusválido, no es menos digna que la del atleta que proporciona grandes prestaciones”.⁵³ La cultura de la vida es la que promueve la paz y es la de una bioética que busca la verdad sobre la vida y sobre la dignidad del hombre, esa verdad que está siempre más allá de los tan diversos puntos de vista histórico-culturales, de los tan dispares juicios morales formulados. La bioética por su propia naturaleza dialógica, puede permitir un provechoso y pacífico diálogo en la fragmentariedad del pluralismo de las ideas,⁵⁴ entre las diversas disciplinas que se ocupan de la vida y que de hecho se pueden presentar como un nuevo modo de operar en la reflexión científica sobre los problemas morales; no sólo a los que tradicionalmente tienen que ver con la biomedicina, las biotecnologías, y la ética sanitaria, sino que puede extenderse también a los problemas sociales asociados con las políticas sanitarias, la sanidad internacional, las políticas de control demográfico, las problemáticas del ambiente con relación a la vida del hombre.

La bioética, por tanto, es comprensiva de todos los problemas morales que, directamente o no, tienen que ver con la vida física, con la calidad de la vida. Hace suyas, de paso, todas las problemáticas conexas con el restablecimiento de la paz ahí donde se ha perdido, y con la prevención de la guerra en los diversos frentes.⁵⁵ Como para toda pregunta ética, también para la de la bioética, se hace referencia a problemas de enorme relevancia para la persona individual y para la

comunidad toda: es un interrogante urgente que el mundo científico y cultural se hace a sí mismo y a la capacidad del hombre para poder proyectar una calidad de vida siempre mejor para el hombre en la tutela de los derechos y en el respeto de la justicia social. En este sentido emerge y se revela de modo evidente el profundo significado que la reflexión ética va a adquirir en el seno de la cultura actual y en las solicitudes de paz. La relevancia del papel que tiene la bioética se identifica, en último análisis, con las soluciones morales dadas por ella a todos los problemas morales de nuestra sociedad para el futuro de la humanidad o, viéndolo al revés, a tantos problemas para la paz, para la promoción de la vida. El reto moral de la bioética consiste también —como ya dijimos— en hacerse cargo de las problemáticas médicas y ecológicas, emergentes de modo particular en los países tecnológicamente más desarrollados, que suscitan perplejidad moral, y de las éticas que emergen del subdesarrollo económico en que se encuentran bastantes países del Tercer Mundo y que constriñen a tantas personas a vivir en modo infrahumano. Considerar la bioética como reto moral lanzado por el hombre al mismo hombre, significa acoger la gran relevancia del significado cultural y moral que ella misma constituye para la promoción de la paz y de la vida en la sociedad actual. Con la bioética la humanidad contemporánea puede construir aquel puente —de potteriana memoria— hacia su mismo futuro, semejante al que ella pretende construir entre la así llamada cultura laica y la religiosa, entre las diversas concepciones ideológicas del mundo, de la realidad y de la vida *tout court*, entre ciencias humanísticas y ciencias biológicas.⁵⁶

Es verdad que en un contexto de pluralismo ético y de “bioética laica” y “personalista” diversas son las perspectivas resolutivas que entran en discusión frente a los diversos problemas por resolver.⁵⁷ A primera vista la situación puede parecer desalentadora dada la diversidad de las posiciones asumidas y la limitada capacidad de captar lo que es bueno hacer *hic et nunc*, pero esto, más que un contratiempo, debe ser un reclamo que impulse a “ir más allá”, a buscar ver a la luz de la honesta razón cómo están verdaderamente las cosas y a encontrar un puente de diálogo y de cooperación sobre todo con relación a la tutela de la dignidad del hombre.

Creo que no sólo son posibles las convergencias en determinadas reflexiones y evaluaciones, sino también una atenta y objetiva lectura de las argumentaciones que sustentan las soluciones y juicios morales. Esto puede permitir comprender y verificar la consistencia de las teorías y de sus consecuencias prácticas. Compete al hombre — subraya con precisión Pessina— transformar las posibilidades de conocimiento en instrumentos para promover el bien individual y de la comunidad, o terminar doblegando a la verdad según intereses más o menos inmediatos.⁵⁸

El progreso civil y cultural del hombre también se mide basándose en la fuerza y en la amplitud del respeto a la vida y a la salud de las relaciones humanas.

Muchos interrogantes quedan abiertos, uno de ellos tal vez es el más repetido: ¿cómo obtener la paz del mundo, dadas las diversidades culturales y sociales y la complejidad de los problemas? Ciertamente no se pueden dar respuestas prefabricadas y nadie tiene la panacea para todos los problemas. Sin embargo, tengo para mí que, más allá de posiciones impregnadas de estéril dogmatismo o de ingenuidad vacía, se puede descubrir un parámetro de valoración objetivo (un punto de partida que es el mismo que abrazan el personalismo filosófico y la misma bioética personalista). Se trata de la centralidad del valor de la persona humana en la sociedad, contraponiéndose a aquellos caminos que, al privilegiar el no-cognitivismo y el relativismo ético, corren el riesgo de olvidar la dignidad onto-axiológica de cada hombre, incluso y sobretodo del más indefenso y débil que pide más que cualquier otro tutela, sustento, reconocimiento, solidaridad, en una palabra, amor.

Ética médica y bioética como instrumentos de paz: pautas de reflexión

El tema de la paz no es un tema sectorial sino que, por el contrario, por su misma naturaleza es el presupuesto formal de todo otro tema posible relativo al vivir histórico del hombre. La paz no es un valor entre los otros, es un valor global que empapa y ciñe cada necesidad histórica de la humanidad y, por tanto, de cada profesión. Así, es más

indispensable que nunca hacer propios los valores de la vida y de la identidad del hombre, y formular una ética congruente con base en la razón. El problema ético de la paz, del mismo modo que los problemas éticos de medicina y de bioética, se coloca en sentido amplio y en último análisis, al nivel de la concepción que se nutre de la vida y particularmente de la vida del hombre, de su relacionarse con sus semejantes y de su relacionarse con otras culturas y sociedades. Como a la ética de la medicina, a la ética de la paz debe corresponder, como veremos, una correcta visión de la vida (*Weltanschauung*) y de la realidad; y, por tanto, una adecuada referencia ontológica, antropológica y ética, esto es, una fundación teórica.⁵⁹ Veamos sobretudo cuáles pueden ser los puntos de contacto y de confrontación entre la ética de la paz y la ética médica, dado que no es infranqueable el confín entre ambas áreas, por el contrario, al menos para ciertos aspectos, éstas se sobreponen y se entrecruzan. La premisa es que la ética de la paz evoca esencialmente la armonía y el bienestar con uno mismo y con los otros, armonía del orden social que debe coincidir con el respeto a la dignidad del hombre-ciudadano individual (esto es, debe ser una activa promoción de la calidad de vida, de la justicia y del bien de todos y de cada uno),⁶⁰ de la misma forma que la ética médica, con su enfoque filosófico tiene la prerrogativa, entre otras, de relacionar los problemas individuales planteados por la investigación y por la práctica médica en una perspectiva más amplia de replanteamiento global de las metas y del papel de la medicina, y particularmente entre sus objetivos es prioritario el de la construcción de una imagen unitaria del hombre, de cuya dignidad y calidad de vida la medicina sigue manteniéndose, en última instancia, como defensora.⁶¹

Una contribución válida para la construcción de la paz puede venir, sin duda, de la misma medicina, sobretudo en el plano de la prevención. En primer lugar, se podría considerar la responsabilidad ética del médico en relación con las situaciones de guerra,⁶² y de socorro en caso de catástrofe;⁶³ también el examen de los mecanismos psicológicos⁶⁴ mediante los cuales la población es condicionada para aceptar la guerra como una necesidad; el negar el uso de la ciencia médica para fines equivocados y abusivos de los conocimientos (tortura, experimentación, interrupción del embarazo, esterilizaciones, ejecuciones capitales, “doping” bélico para mejorar las prestaciones

ofensivas, complicidad con el terrorismo y con la creación de armas biológicas);⁶⁵ el reclamar para que energías e inversiones puedan gastarse en el combate de la desnutrición y de las enfermedades; el empeñarse en mejorar la calidad de vida de los pacientes y de toda la comunidad.

Pero la ética de la paz se encuentra con la ética médica también cuando el médico, por su propia actividad profesional, puede tener la función de “pacificador”, una función pacificadora entre la enfermedad y el enfermo, entre la propia vivencia dolorosa y la visión de la realidad. La medicina, la *tecné* más pura entre las artes, la que pone más integralmente en contacto al hombre con los otros hombres, puede tener una función de medicación, de “pacificación” del cuerpo y, en consecuencia, del alma del paciente cuando aplica su ciencia con la razón plena de su sensibilidad y espiritualidad humana. Si el médico es aquella figura de *diákonos*, de servidor de la vida y del enfermo, entonces podría ser su acto clínico un signo concreto de comunión, de solidaridad altruista, que “sana” y restaura el cuerpo y el ánimo.⁶⁶ En cualquier situación en que se encuentre el médico, al operar, al actuar con su misma presencia y con su participación en la vida del paciente, puede diluir la tensión que éste experimenta por su situación, con su historia de enfermo y de hombre: pero para que esto sea posible, el médico debe resumir en sí mismo el conocimiento científico, la habilidad técnica y el *ethos* humanitario.⁶⁷

El avance de la técnica en la organización y ejercicio de la profesión médica ha contribuido de forma ruinoso sobre la realidad de la idea del “médico”. Además —citando a Jaspers— el progreso del conocimiento científico está acompañado de una medicina que “si no ve sus propios límites, con las teorías viola la terapia y violenta al enfermo, frustrando al espíritu y al alma”.⁶⁸

El reto de la nueva humanización de la medicina no sólo debe contrastar la pernicioso división entre instancias tecnológicas y humanistas, que repercute sobre la separación entre el agente de salud y el mismo paciente. Dimensiones como la del servicio, del diálogo, de la confianza, de la empatía, del “ocuparse de” alguien, de la compasión; deberían constituir, además de aquellos principios éticos que regulan la conducta terapéutica en cada situación,⁶⁹ un elemento indispensable en la relación médico-paciente, de la ética de la asistencia.⁷⁰

Debe haber un proceso de empatía-simpatía, de capacidad de aproximarse al otro que desarrolla precisamente la capacidad de compasión, de solidaridad y de amor, que permite hacer una experiencia con el otro dejándose implicar en el sufrimiento y el gozo ajeno, en el respeto recíproco.⁷¹ Y de modo particular “es la *compasión* la que promueve la virtud del *cuidar del* otro y estar al servicio del otro, no sólo como necesitado de ayuda, sino también del otro como de aquel del que se cuida. Arrancar de la soledad a quien cuida y cuidar también de él, es el grado máximo de la solidaridad y es una experiencia que puede potenciar y multiplicar la energía vital de la solidaridad. Seremos más capaces de cuidar del otro si experimentáramos más el compartir, y particularmente el que alguno se encargue de nosotros, pues cada hombre, como dice el Evangelio, pueda ser el guardián del propio hermano”.⁷²

Pero una actitud de compasión, como virtud de “cuidar” del otro, será posible no sólo cuando el acercamiento del médico o del agente de salud a la realidad del enfermo sea dirigido a “una forma de participación consciente y simpatética con relación al sufrimiento del que un enfermo ha sido afectado, por lo que estamos dispuestos a ofrecerle asistencia, para que se mitigue el dolor o continúe a vivir no obstante el dolor”,⁷³ sino también cuando esté apoyada en una ontología del hombre, esto es, en el conocimiento de una antropología que reconozca la substancialidad del ser de la persona.⁷⁴ El ser humano se presenta “como un todo indivisible” (de aquí el término individuo) y más aún, precisamente como persona (cuya definición escolástica es justamente la de “sustancia individual de naturaleza racional”) constituida por una comunión de partes con una única finalidad: la de mantener vivo el cuerpo y mejorar el espíritu, adquiriendo conocimiento y sabiduría sobre uno mismo y la realidad circunstante, comprendiendo ésta a la naturaleza y, sobretodo, a las otras personas.

La ética de la paz y en particular la ética médica, está alimentada precisamente por el puesto que ocupa la otra persona de cara a nuestra responsabilidad: “el otro totalmente contingente en su factibilidad, percibido precisamente en su transitoriedad, indigencia e inseguridad, debe tener la fuerza, gracias a su ser en cuanto tal (no por sus cualidades particulares), de inducirme a poner a disposición mi persona, libre de todo deseo de apropiación”.⁷⁵

Por tanto, no se puede derogar, frente a una cultura que muchas veces parece considerar al sistema de salud como al mismo nivel de un grupo empresarial, a la misma salud como a un producto y al enfermo como a un cliente. Reafirmar la *centralidad de la persona humana*, la dignidad de la persona humana y en particular, de aquella persona más débil, sufriente, enferma. A esto debe tender la “nueva humanización” del mismo sistema de salud, que implica entrar cada vez más en la óptica del “cuidado de la persona” (en los varios momentos de la prevención, del cuidado, de la rehabilitación y de la asistencia)⁷⁶ y responder al mismo tiempo a un deber de justicia y de civilidad. Para tal fin es inevitable interrogarse sobre la concepción de la salud, que lejos de identificarse con la simple ausencia de enfermedades, debe fundamentarse en una antropología respetuosa del hombre en su integridad, para favorecer plenamente un sano equilibrio entre el nivel físico, psíquico, espiritual y social.

Hablar de salud significa hablar también de un derecho fundamental de la persona, que forma parte de un conjunto de derechos de ciudadanía entendidos en sentido social, pluralista y solidario, a los cuales corresponden bienes colectivos que pueden ser obtenidos sólo si los sujetos sociales se relacionan entre ellos. Se sigue que toda la comunidad no puede no promover este derecho, creando y mejorando las estructuras sanitarias, eliminando las causas de las enfermedades y favoreciendo la justa redistribución de los recursos de salud,⁷⁷ según un coherente principio de subsidiariedad, que se encarga de aquellos miembros en mayor dificultad. El sistema de salud debe estar organizado y dirigido de modo que coordine las responsabilidades y las iniciativas de los diversos sujetos para incentivar cada vez más la *centralidad del enfermo* y acciones concretas que liberan *de la* enfermedad, pero que también generan ocasiones dirigidas a liberar *la* enfermedad, dándole a ésta un rostro, una voz, una palabra, de modo particular cuando ésta se presenta degenerativa, crónica, irreversible, terminal.

Frente a una sociedad que debe ajustar cuentas con el nuevo fenómeno de la globalización, no pueden dejar de formularse las preguntas que van más allá del horizonte nacional y/o local del problema de la salud, para lograr abrirse a la definición de “políticas sociales” comprensivas y supranacionales, tales que extiendan a todos el efecti-

vo derecho de la salud y que consientan a todos el disfrute real y concreto de condiciones de libertad, democracia, justicia y paz.⁷⁸

Anotaciones conclusivas

No creo que se pueda impostar un verdadero proyecto de paz mundial si no se preserva la esencia misma del hombre, su particular y originaria subjetividad, incluso genética. En medicina y en biomedicina es imprescindible el actuar humano, el empeño de personalización de la actividad sanitaria, de modo que sea factible una relación verdaderamente humana con los pacientes.⁷⁹ Entonces podrá nacer un nuevo “juramento”, que vaya más allá del hipocrático y que confíe a un empeño integral de coherencia la tutela del hombre, tanto del sano como del enfermo, en la perspectiva más amplia, no sólo de rehumanizar todo el sistema de salud, sino también en la óptica de concretar por su medio una justicia comunitaria real: ambos puntos nodales para la construcción de una trama social igualitaria y pacífica.

El médico, el bio-ingeniero, están por su intrínseca naturaleza orientados a fomentar la paz y no podría ser de otra manera. Ellos lo están precisamente por el hecho de que se trata de hombres de ciencia al servicio del hombre mismo. Es precisamente el hombre de ciencia el que debe saber valorar mejor que cualquier otro las consecuencias de su actuar, las desviaciones de las teorías que, sostenidas por ideologías devastadoras, acreditan tal vez la visión de una absurda superioridad biológica de un pueblo sobre otro. Debe saber someter a una crítica severa la arbitrariedad de teorías que justifican de hecho el desarrollo y la difusión de armas químicas y biológicas altamente destructivas.

También por las mismas razones, el médico tiene una responsabilidad moral específica frente a la humanidad, en lo que concierne a las razones de la paz. Ya en el Juramento hipocrático se pone en clara evidencia el compromiso de atención *universal* hacia el sufrimiento y la vida *tout court*, que debe ser precisamente del médico: este empeño supera los confines de la amistad, de la pertenencia al mismo grupo social, hasta abarcar a todo ser humano: al amigo como al enemigo. El médico, en cuanto médico, no conoce enemigos; no conoce

contraposiciones si no la de contraponerse al dolor, a la muerte, a la violencia, al asesinato directo o indirecto de sus semejantes; el médico no tiene más señor que el “servicio de la humanidad”.⁸⁰

Tal empeño debe asumirse de forma global e integral, y es creíble y coherente sólo si quien lo asume lo concretiza siempre como empeño global en defensa de la vida: en verdad no es un buen operador de la paz “el médico que participa a iniciativas pacifistas, pero que después suprime vidas que están para nacer o acepta la eutanasia o ignora las iniciativas positivas de asistencia científica y sanitaria a los pueblos del tercer mundo, en las que el sentido de la fraternidad humana se manifiesta con eficacia”.⁸¹ Se necesita aquella humildad y confianza que impulsa a obrar también cuando se sabe que los pasos y las acciones que se darán ciertamente no resolverán por sí mismas los graves problemas del mundo, el primero entre todos el de la guerra o del terrorismo. Pero no existe una fractura tan grande ni una distancia incolmable entre la perspectiva personal, el microcosmos subjetivo, y el macrocosmos colectivo, social: ambos se compenetran y se reclaman mutuamente en una continua dialéctica que evoca al nexo entre libertad y responsabilidad de todos y de cada uno. No existe sólo la “guerra macroscópica”, que se hace con soldados y con misiles, sino que también hay una “guerra microscópica” que acaece en las conciencias de aquellos que suprimen la vida.⁸² Tal vez será posible sentirnos más seguros y tutelados sólo cuando en la mente y en el corazón de todos los hombres se vuelva inconcebible matar a un semejante para obtener ventajas o resolver problemas. Un reconocimiento general del valor de cada vida humana garantizaría nuestra seguridad colectiva y así restituiría verdad a aquellas que son las columnas de la modernidad: libertad y solidaridad, laicidad, igualdad, derechos humanos y paz. Significaría también renovar la política en todos sus frentes y objetivos, así como iniciar en los más diversos ámbitos y sectores un proceso de “educación para la paz”,⁸³ viviendo procesos efectivos de valorización, participación, responsabilidad, democracia en el trabajo, en la familia, en la escuela, en el respeto de los diversos ámbitos y competencias; esto es, poner una base sólida para una nueva justicia social y para un nuevo y pacífico orden civil.

Referencias bibliográficas

¹ Cfr. HUBER W., REUTER H.R., *Etica della pace*, Brescia: Queriniana, 1993: 9. El complejo horizonte de la ética de la paz, como se intuye de lo ya dicho, no puede dejar de contemplar, entre otras problemáticas, las otras “éticas”: por ejemplo, sólo por mencionar alguna, de la ética política que es una dimensión imprescindible y necesaria, pues la paz –entendida como ausencia de guerra y convivencia según la justicia – no se puede realizar sin el arte político; de la ética del derecho, que es experiencia humana fundamental y es – como dice F. D’Agostino – “estructura de paz”; de la ética económica, que debe examinar el uso adecuado de los recursos con el fin de producir varios tipos de bienes y distribuirlos equitativamente entre los individuos y los grupos sociales a fin de que se asegure un presente y un futuro pacífico; de la ética de la teología, que puede enseñar cómo más allá de las diferencias religiosas se puede dialogar para construir la paz y que en el nombre de Dios, sea el que sea, nunca es justificable la guerra.

² Aunque el debate sobre la bioética inició desde hace más de veinte años, todavía no hay acuerdo en la literatura sobre la identidad y el origen de la disciplina. Algunos clasifican a la bioética como un movimiento de ideas históricamente cambiantes; otros la consideran más como una metodología de comparación interdisciplinar entre las ciencias biomédicas y las ciencias humanas; o se reconoce a la reflexión bioética como una articulación de la filosofía moral, e incluso algunos piensan que esta articulación puede ser definida como una disciplina autónoma, con un papel propio no identificable con la deontología ni con la medicina legal o los derechos del hombre (aunque tenga una conexión y puntos de contacto con estas disciplinas), ni tampoco se le puede considerar como una sección de la ética médica. Como una introducción al debate, véase a SGRECCIA E., *Origin, diffusione e definizione della bioetica*, en el *Manuale di bioetica I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milán: Vita e Pensiero, 1999 (3 ed.): 21 ss. Entre las numerosas definiciones de bioética en la literatura existente, la más conocida es la de W.T. Reich que la define en la *Encyclopedia of bioethics* de 1978: “el estudio sistemático de la conducta humana, en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, examinada a la luz de valores y principios morales”. El ámbito de las ciencias de la vida y de la salud comprende, por tanto, la consideración de la biosfera en general, además de la medicina y de las ciencias de la salud strictu sensu; las intervenciones pueden ser aquellas que se refieren a la profesión médica, pero también las de la población, por ejemplo los relativos a los problemas demográficos, a la política sanitaria y ambiental; lo específico de este estudio sistemático es la referencia a valores y principios morales y, por tanto, a la definición de criterios, juicios y límites de licitud o ilicitud de intervención. Para un estudio histórico sobre el nacimiento de la bioética, véase también a CAPPELLETTI V., *Etica della scienza e bioetica*, en JACOBELLI J. (compilador), *Scienza e etica. Quali limiti?* BARI: Laterza, 1990: 25-30.

³ Según la célebre definición de San Agustín, retomada también por Santo Tomás de Aquino, la paz es concebida como la tranquilidad del orden (*pax tranquillitas ordinis*). Orden del derecho, aquel en el que cada cosa está en su puesto y actúa según su naturaleza propia (“opus corporis, ordinata temperatura partium; ... pax dumus (civitatis), ordintata imperandi atque oboediendi concordia cohabitantium (civium)... (De civitate Dei, XIX, 13,1). Con el Cristianismo, la paz asume un valor eminentemente moral: ella es, en particular, el don de Dios a los hombres, la reconciliación de ellos con él por la medicación de Cristo, el compendio de los bienes de la Redención. En la paz, explica San Agustín, está la perfección; por tanto los pacíficos, habiendo puesto todos los movimientos de su ánimo bajo el dominio de

la razón, forman el reino de Dios. Cfr. GIANNINI A., v. Pace, en *Enciclopedia Filosofica*, Novara: Le Lettere Edipem, 1976, VI: 193-194.

⁴ Cfr. HUBER; REUTER, *Etica della pace...*, p. 9.

⁵ El premio Nóbel de la paz (1963) C.F. Von Weisacker, promotor de la tesis de la necesidad de la paz mundial, conminaba: "La paz mundial es necesaria. Casi podemos decir que la paz mundial es inevitable. Es condición de vida de la era térmica. En lo que como hombres alcanzamos a prever, debemos decir: viviremos en una situación que realmente merezca el nombre de paz mundial, o no viviremos". Von Wetzacker C.F., *Der bedrohte Friede*, Munchen-Wien: 1981: 127. Hacen eco de estas palabras las de Ernesto Balducci, que escribió en 1980: "El tema de la paz no es un tema sectorial, es por su propia naturaleza, un tema que quiero llamar trascendental, en el sentido de que constituye el presupuesto formal de todo otro posible tema relativo al vivir histórico del hombre (...). La paz no es un valor entre los otros, es un valor global que, aceptado y vivido, llevaría al género humano a realizar una transición análoga a la que se vivió en la noche de los tiempos, cuando el antropoide pasó a ser homo sapiens. Ahora bien, (...) esta transición ya no es facultativa; se ha vuelto en estos decenios una necesidad histórica". Balducci E., *Il pacifismo ad una svolta*. Testimonianze 1980, 222: 10-11.

⁶ Cfr. Alici L., *Bioetica e filosofia: problemi e prospettive per l'univerità italiana*, en Sgrecia E., Di Pietro M.L. (compiladores), *Bioetica e formazione*, Milán: Vita e pensiero, 2000: 97-98.

⁷ Estas son las palabras alarmadas de H. Jonas que recordando la lección heideggeriana sobre el imperialismo planetario del hombre tecnológicamente organizado, denuncian como hoy "temblamos en la desnudez de un nihilismo en el cual el máximo poder se une al máximo vacío, el máximo de capacidad al mínimo de conocimiento sobre los objetivos". Jonas H., *Il principio responsabilità. Un'etica per la cività tecnologica*. Trino: Einaudi, 1990: 31.

⁸ Cfr. Campanale D., *Il valore ontologico della persona*, en Albano O., Maiorano G. (compiladores), *Persona umana e medicina*. Actas del Congreso de ética médica, Reseña "Ospedale Miulli", Serie Quaderni 1986, 4: 30.

⁹ PATICCHIO G., Ernesto Balducci. *Per la pace necessaria*, Roma: Accademia degli Incolti, 2000: 45.

¹⁰ Cfr. AUTIERO A., alla voce *Animali*, in LORENZETTI L. (compilador) *Dizionario di Teologia della pace*, Bologna: Dehoniana, 1997, 378.

¹¹ Cfr. COMPAGNONI F. (compilador), *Etica della vita*, Milán: San Pablo, 1996: 30.

¹² Son significativas las palabras de condena de Juan Pablo II: "La guerra es obra del hombre. La guerra es destrucción de la vida humana. La guerra es muerte (...). Recordar Hiroshima es empeñarse por la paz. Debemos afirmar y reafirmar que el recurso a la guerra no es inevitable o insustituible. La humanidad no está destinada a la autodestrucción". JUAN PABLO II. Discurso en Hiroshima, *Osservatore Romano* del 25 de febrero 1981: 5. Impactan las asonancias con las palabras de Gandhi: "La guerra no tiene otra ley que la de la fuerza. La bomba atómica ha traído una victoria vana a los ejércitos aliados, pero por ha determinado la destrucción del alma japonesa. Lo que ha sucedido en el alma de la nación destructora todavía es muy pronto para verlo. (...) La humanidad puede escapar de la violencia sólo a través de la no-violencia. El odio puede ser vencido sólo por el amor. Responder al odio con odio sólo sirve para extenderlo y profundizarlo. (...) Considero que el uso de la bomba para aniquilar hombres, mujeres y niños, ha sido el uso más diabólico de la ciencia". MERTON T. (compilador), *Gandhi. Per la pace*, Milán: Feltrinelli, 2002: 58. Véase además para un análisis sintético más específico del fenómeno de la guerra, la recopilación de ensayos de autores contemporáneos y estudiosos de problemáticas bélicas internacionales (A.

Camus, K. Jaspers, G. Anders, N. Bobbio, W. James, A. Einstein, S. Freud, Q. Wright, G. Bouthoul, L. Robbins, V.I. Lenin, M. Scheler, I.L. Horowitz, P.N. Baker, C.E. Osgood, A. Etzioni, R. Aron, H.Kahn) compilados por BONANATE L., *La guerra nella società contemporanea*. Scritti scelti, Milán: Principatto, 1972.

¹³ Después de la segunda guerra mundial, que vio perfeccionarse máquinas de combate de todos los niveles, se ha asistido –escribe Popitz - a un aumento de la producción, de la productividad y de la innovación de las armas, sin precedentes. Sólo el potencial destructivo de las bombas actuales, montadas sobre los misiles intercontinentales, supera en varios cientos de veces el efecto de la bomba de Hiroshima; las mismas armas bacteriológicas y biológicas pueden exterminar a millares, o incluso a millones, de personas. Con la posibilidad de exterminar fulminantemente a las personas, ha nacido un nuevo poder para ofender, un nuevo poder para matar, mejor dicho, un nuevo acto de matar; una acción humana de un tipo nuevo que exalta la gloria de la técnica, pero que viene a añadirse perfectamente a la gloria de la violencia y de la destrucción. Es innegable que la tendencia a la exaltación de la violencia y a la indiferencia hacia los sufrimientos de la víctima, avanzan al mismo ritmo que alcanza el desarrollo técnico y del nivel de éste, gracias a la inteligencia creativa del hombre, liberada de todo límite. Cfr. POPITZ H., *Fenomenologia del potere*, Bolonia: Il Mulino, 2001: 56-59.

¹⁴ “Opus iustitia pax” recita el lema contenido en el texto bíblico de Isaías 32, 17. A propósito de la justicia, Aristóteles se expresa así: “es virtud completa, sobre todo porque es la actuación de la virtud completa, y es completa dado que aquel que la posee es capaz de servirse de la virtud incluso en relación con el prójimo, y no sólo con relación a sí mismo (...). Por este mismo motivo la justicia, entre todas las otras virtudes, parece ser un bien para los otros, porque está dirigida al prójimo; de hecho, el justo realiza acciones útiles para el otro, sea éste un gobernante o un ciudadano común”. ARISTÓTELES, *Ética Nicomachea*, vol. V, Roma: Laterza, 1999: 175.

¹⁵ Cfr. TOMAS D’AQUINO, *Summa Theologiae*, II – II, q. 58, art. 12.

¹⁶ Cfr. CHIAVACCI E., v. Giustizia sociale, en LORENZETTI (compilador), *Dizionario di teologia della pace*, p. 472; VANNI ROVIGHI S., *Introduzione a Tommaso D’Aquino*, Roma: Laterza, 1999: 124. Para una exposición sintética de la tradición escolástica sobre la justicia, véase también a ANGELINI G., *La giustizia nel pensiero cattolico*, en MAZZOCCHI G., VILLANI A. (compilador), *Ética, economia, principi di giustizia*, Milán: F. Angeli, 2001: 292-293. Consúltese también MOLTSMANN J., *La giustizia crea futuro*, Brescia: Queriniana, 1990, en que el autor reitera el concepto “personalista” de la justicia, por medio del cual se establece la comunión entre los hombres. Éste se funda sobre el recíproco reconocimiento y acogida de nuestros semejantes: base de una comunidad auténticamente humana y justa.

¹⁷ PESSINA A., *Hypotheses fingo*. Note sul contrattualismo nell’epoca della tecnologia e del pensiero etico, en MAZZOCCHI, VILLANI (compilador), *Ética, economía...*, p. 98.

¹⁸ Replantear a la justicia como actualización del bien común de la familia humana fue uno de los ejes del Concilio Vaticano II, que se puede sintetizar con las palabras de la Constitución pastoral “Gaudium et Spes”: “Toda la humanidad comparte los mismos riesgos y el mismo destino, y cada vez está más consciente de este hecho: por esto la verdadera y nobilísima concepción de la paz – fruto de la justicia – es hacer más humana la vida de cada ser humano en cualquier parte sobre la faz de la tierra” (n.77), en *Enchiridion Vaticanum*, Bolonia: Dehoniane, 1981: 939.

¹⁹ J. Maritain, a propósito de los problemas que conciernen a la sociedad y su relación con la persona, escribe que ésta última tiende naturalmente, en virtud de su dignidad y apertura a la comunión con los otros, como en virtud de sus necesidades, a ser miembro de una sociedad.

De hecho, escribe, “¿Por qué la persona requiere para sí misma el vivir en sociedad? Ella lo pide, en primer lugar, precisamente en cuanto persona; en otros términos, en virtud de las “perfecciones” mismas que le son propias, y de aquella apertura a las comunicaciones del conocimiento y del amor de las que hemos hablado, y que exigen la entrada en relación con otras personas. (...) Y en segundo lugar, es en razón de sus necesidades; en otras palabras, a causa de las indignancias que se derivan de la individualidad material, la persona humana necesita de esta misma vida en sociedad. (...) La sociedad se presenta entonces como la que procura a la persona las condiciones de existencia y de desarrollo de las que precisamente ella tiene necesidad. Solo no puede alcanzar su plenitud, sino que necesita recibir de la sociedad bienes esenciales”. MARITAIN J., *La persona e il bene comune*, Brescia: Morcelliana, 1988: 29-30.

²⁰ La expresión es de G. Piana en la voz “Justicia y estructura social”, en LORENZETTI (compilador), *Dizionario di teologia della pace*, p. 474. Además Maritain hace notar que una verdadera sociedad que da importancia al bien común, como fin del todo social, tiene en su base una concepción verdadera de la misma vida política, que no es ni exclusivamente personalista ni exclusivamente comunitaria, “sino que es personalista y comunitaria a la vez, (...) de modo tal que estas dos palabras se exigen una a la otra y mutuamente se comprenden. Y se entiende que no hay nada más ilusorio que plantear el problema de la persona y el bien común en términos de oposición. Este problema en realidad se plantea en términos de subordinación recíproca y de mutua implicación”. MARITAIN, *La persona ...*, p. 40.

²¹ LENER S., v. *Sociale, giustizia*, en *Enciclopedia filosofica ...*, p. 791.

²² F. Bellino se expresa exhaustivamente así: “No se puede decir sobre qué fundamento se apoya el derecho y, en consecuencia, el deber de la justicia, sin hacer referencia implícita o explícitamente a una concepción del hombre. Si el hombre es concebido como persona, él no sólo está, como una cosa, sino que es íntimo a sí mismo, está dotado de libertad y responsabilidad, existe en sí, y por tanto tiene una dignidad propia y al mismo tiempo es con y para los otros (...), en la forma del diálogo y de la comunión espiritual. A la persona compete en sentido absoluto alguna cosa, porque tiene valor en sí misma, es, digamos con Kant, superior a cualquier precio, “no admite nada como equivalente” y por tanto tiene un valor absoluto, “tiene una dignidad”. La persona tiene un *suum* firme, un derecho que se impone a todos y no debe ser violado, y al mismo tiempo, el deber de considerar al otro como a un semejante, de respetarlo y de mantener relaciones de reciprocidad, es decir, de justicia” (BELLINO F., *Persona e ragionevolezza*, Bari: Levante, 1997: 253-254).

²³ MELINA I., *Linee antropologiche di Evangelium Vitae*, en SGRECCIA E., SACCHINI D. (compilador), *Evangelium Vitae e bioetica. Un approccio interdisciplinare*. Milán: Vita e Pensiero, 1966: 57-58.

²⁴ También en materia de Derecho Internacional – escribe A. Papisca – el principio fundamental es el del respeto a la vida y a la igual dignidad óptica de todas las personas humanas. Es un principio de *ius positum*, o más precisamente de *ius cogens*, que no admite ni derogaciones, ni a la pena de muerte colectiva, así se le llame a ésta “guerra justa” o “guerra de defensa”. Cfr. PAPISCA A., v. *Legittima difesa*. *Nuovo diritto internazionale*, en LORENZETTI (compilador), *Dizionario di teologia della pace*, pp. 317-322. No pudiendo argumentar de modo completo en esta sede, sin dejar lagunas e ingenuidades teóricas, las problemáticas densísimas y vastas de la “guerra justa” (*iustum bellum*), de la seguridad común y de la disuasión del uso de las armas, me limito del mismo modo a un breve y sintético paréntesis, dirigido a individuar la temática de la relación entre la paz y la violencia, dado que el problema ético y político de la paz surge precisamente de la realidad del hecho de la violencia. En sentido amplio, se puede decir que la doctrina de la guerra justa (elaborada primeramente

por san Agustín) busca elaborar respuestas adecuadas a dos preguntas fundamentales. Primero: ¿cómo tutelar la paz frente a la violación del derecho, de la ley? Segundo: ¿cómo es posible salvaguardar la paz, así como la seguridad, frente a un ataque bélico? La teoría de la guerra justa busca responder formulando condiciones que limiten los presupuestos de una legítima entrada en guerra y con relación a la cuestión de las formas legítimas de la condición de guerra. La línea tradicional, que se condensa en la doctrina de la guerra justa, busca salvaguardar la paz con los instrumentos de “la ética del compromiso”. Ésta, no negando la preeminencia de la paz sobre la violencia, formula precisas condiciones, basándose en las cuales se tolera responder a la violencia con la violencia, con la convicción de que la violencia ciega y bárbara puede superarse siempre. Para algunos pensadores, el punto débil de esta ética del compromiso está en que permite el uso de ese medio que precisamente busca superar. A esta primera doctrina se contraponen otra tradición que afirma que todas las guerras son *tout court* injustas, inclinándose así a favor de la absoluta no violencia. Esta corriente – identificada en nuestro siglo con el nombre de pacifismo – debe su fuerza de convicción a la coherencia entre el fin de la paz y los medios usados para llegar a este fin, además de a la disponibilidad de sus sustentadores a sufrir en primera persona riesgos para garantizar tal unidad entre el fin y los medios (Gandhi). El punto débil, según algunos, de tal teoría está en el hecho de no ofrecer respuestas adecuadas al estallar la violencia bélica y terrorista, en grado que satisfaga las leyes de la política y que asegure la seguridad colectiva y mundial. Ninguna teoría consistente de la paz puede ignorar lo insuficiente de estas dos posiciones fundamentales, y esto especialmente en las condiciones de la era atómica, de las armas químicas y bacteriológicas. No obstante, aunque la discusión está abierta, F. Bellino, retomando la posición de Chiavacci, mantiene que “la no violencia puede traducirse en prohibición absoluta de la violencia defensiva, y que el paso de la no violencia, como lectura fundamental del no matar, a la no violencia como arma de pacificación, testimonio y profecía, comporte un deslizamiento de la justificación del deber de la no violencia del modelo deontológico al modelo teológico. Pueden darse situaciones en las que tengamos la responsabilidad de defender a otras personas incapaces de elecciones autónomas (niños, enfermos graves) o de una comunidad oprimida en todos sus derechos fundamentales sin otra salida de dicha opresión, en las que la conciencia individual puede decidir el recurrir a la violencia. El reconocimiento cada vez más difundido de formas no violentas de servir a la sociedad y a la paz no debe autorizar a condenar la legítima defensa armada ni a aquellos que profesan el servicio armado a favor de la paz y de la justa defensa de los ciudadanos” (BELLINO, *Persona e ragione* pp. 304-305). Son iluminadoras también las palabras admonitorias de K. Jaspers al concluir su ensayo publicado al final del segundo conflicto mundial: “Hoy todavía no hemos podido lograr fundar una tranquilidad mundial como la que se pretendía en Núremberg. Esta tranquilidad, garantizada por el derecho, basándose en la voluntad de las grandes potencias que se someten ellas mismas a este derecho, necesita de una condición. Ésta no puede simplemente venir de los motivos de la seguridad y de la liberación de la angustia. Debe restablecerse continuamente a partir del compromiso por la libertad en la repetición de las situaciones de riesgo. La realización ininterrumpida de esta tranquilidad presupone una vida espiritual y moral que tenga un rango y una dignidad. Este sería al mismo tiempo su fundamento y su significado”. JASPERS K., *La cuestión de la culpa*. Sobre la responsabilidad política de Alemania, Milán: Raffaello Cortina, 1966: 140. Para profundizar en estas temáticas véase a HUBER, REUTER, *Ética della pace*, donde se examina también el desarrollo de la doctrina del Magisterio católico sobre la ética de la paz a partir de Pío XII hasta el pontificado de Juan Pablo II. Además véase para un análisis general y sintético del concepto de guerra en sus diversas situaciones (guerra civil, guerra defensiva, ofensiva ar-

mada, caso bélico de necesidad, legítima defensa, agresión, “guerra fría”) a MOSCHETTI A.M., v. Guerra, en *Enciclopedia Filosofica ...*, pp. 77-82.

²⁵ Solidaridad, etimológicamente, es un término derivado de la deformación de la palabra latina *solidum*, que indicaba en los términos de los juriconsultos romanos, precisamente la obligación que pesaba sobre los deudores cuando cada uno de ellos era responsable del todo (*in solidum*). El término solidaridad es, por tanto, una categoría antigua que indica una estrecha relación de interdependencia y de responsabilidad entre las personas, característica de todo grupo social, por más pequeño o grande que sea. Cfr. VEDOVATO G., v. *Solidarietà*, en LORENZETTI (compilador), *Dizionario di Teologia della pace*, pp. 837-839. Véase también JUAN PABLO II, *Es menester hacer del principio de solidaridad el criterio constante y calificador de las elecciones de política económica*, publicado también en *Medicina e Morale* 1999, 1: 111-115.

²⁶ Bellino lo explica con claridad: “El carácter de la reciprocidad que es la modalidad típica de la acción simétrica y de la ética, no se entiende en modo rígido o esquemático. De hecho, no es siempre posible hipotizar un inmediato cambio entre sujetos marcadamente diferenciados. Con sujetos con grandes carencias, con escasos márgenes de autonomía personal, indigentes, se vuelve posible realizar, en un primer momento, un cambio simbólico, esto es, una relación que consiste en dar al otro aquello de que tiene necesidad, en cuanto eso implica una reciprocidad constituida por elementos no equivalentes en el plano objetivo sino en el plano simbólico de la común dignidad de la persona (...). También la relación educativa está fundada inicialmente en una base de partida asimétrica entre el educador (superior) y el educando (inferior), pero tiene como objetivo alcanzar una posición de reciprocidad, reconociendo y promoviendo la autonomía y la capacidad de iniciativa del otro polo de la relación. La relación simétrica en la educación y en la solidaridad valoriza las especificidades individuales y culturales y las potencias en una dimensión de crecimiento recíproco. La lógica de la reciprocidad es la del self-help, del ayudar a ayudarse, para que el otro adquiera la conciencia de sus potencialidades, no se vuelva dependiente sino interexistente y coexistente. (...) La relación asimétrica, por el contrario, sanciona la desigualdad, la discrimina y la estabiliza definitivamente, impidiendo toda dinámica evolutiva y haciendo entrópica la relación” (BELLINO, *Persona e ragionevolezza ...*, pp. 282-283).

²⁷ Juan Pablo II, *Carta Aposóltica “Novo Millennio ineute”*, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2000: 60.

²⁸ “Siguiendo las indicaciones de H:R. Gauslandt, se puede decir que los derechos del hombre son derechos pre y supra-estatales, innatos al hombre e irrenunciables, cuya validez no depende del reconocimiento o desconocimiento estatal, y derivados de una fuente de derecho supra-positivo, de derecho sobrenatural o divino, o bien – renunciando a tentativas de darle un fundamento metafísico – de la cualidad de ser hombres. (...) Desde un punto de vista formal de los derechos del hombre pueden ser considerados derechos fundamentales, bajo cuya protección – garantizada por el Estado – están todas las personas que se encuentran dentro de la zona de validez de una constitución determinada. De éstos hay que distinguir los derechos civiles, en sentido estricto, que competen, según las determinaciones de la constitución, sólo los ciudadanos de este Estado o a las personas equiparables” (COMPAGNONI F., v. *Diritti umani*, en LORENZETTI (compilador), *Dizionario di teologia della pace*, pp. 343-344).

²⁹ Cfr. VIOLANTE L., *I diritti degli uomini*, en AA.VV., *La pace e i diritti fondamentali*, Roma: U.P., 2001: 19.

³⁰ D’AGOSTINO F. v. *Giustizia*, en LORENZETTI (compilador), *Dizionario di Teologia della pace*, p. 359. Cfr. también en HUBER, REUTER, *L’etica della pace*, pp. 488-518.

³¹ SENESE S., I diritti fondamentali e la pace, en AA.VV., La pace e i diritti fondamentali, p. 76. Véase también el editorial de FIORI A., SGRECCIA E., Bioética e biopolitica. Medicina e Morale 1991, 1: 7-10.

³² Tristemente, no obstante tales declaraciones y acuerdos internacionales, muchas leyes, violando el derecho a la vida, paradójicamente han sido introducidas en ordenamientos que a nivel constitucional por el contrario afirman protegerla. Un pasaje significativo de la Carta Encíclica "Evangelium Vitae" subraya precisamente esto: "se produce un cambio de trágicas consecuencias en el largo proceso histórico, que después de descubrir la idea de los "derechos humanos" – como derechos inherentes a cada persona y previos a toda Constitución y legislación de los Estados – incurre hoy en una sorprendente contradicción: justo en una época en la que se proclaman solemnemente los derechos inviolables de la persona y se afirma públicamente el valor de la vida, el derecho mismo a la vida queda prácticamente negado y conculcado, en particular en los momentos más emblemáticos de la existencia, como son el nacimiento y la muerte" (Juan Pablo II, Carta Encíclica "Evangelium Vitae", México, Ed. Paulinas, 2001, n. 18). Véase la monografía de CASINI M., Il diritto alla vita del concepito nella giurisprudenza europea. Le decisioni delle Corti Costituzionali e degli organi sovranazionali di giustizia. Padova: DEDAM, 2001.

³³ JUAN PABLO II, Discorso all'Assemblea delle Nazioni Unite dal titolo "La dignità della persona umana fondamento di giustizia e di pace", en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, II, 2, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana: 1979: 532. Además véase otro Discurso del Pontífice dado a conocer con ocasión de la Jornada Mundial de la Paz de 1999 con el título: "En el respeto de los derechos humanos está el secreto de la paz verdadera", publicado también en Medicina e Morale 1999, 1: 99-108.

³⁴ Expresión de Juan Pablo II en el citado discurso (v. nota 33) a la Asamblea de las Naciones Unidas, p. 527.

³⁵ Como precisamente observan E. Sgreccia, M. Casini, bajo el estímulo de esta línea jurídica, la bioética "se ha desarrollado por parte de la Federación de Médicos y de la Asociación Médica Mundial una normativa paralela de carácter deontológico que busca precisamente la reflexión sobre los derechos del hombre. Definitivamente la reflexión sobre los derechos del hombre ha influido en la elaboración, que se ha ido actualizando, de los códigos deontológicos entre los que, por ejemplo, recordamos entre los primeros el Código de Núremberg (1946), el Código de Ética Médica (1948) y la Declaración de Helsinki (1964). El Código de Núremberg precede a la misma Declaración Universal de los Derechos del Hombre de las Naciones Unidas. Ésta legislación y estas normativas necesariamente implicaban y requerían una reflexión con fundamentos teóricos y que, por la fuerza misma de las cosas, debía confluir en una nueva disciplina sistemática, que ha influido en el crecimiento e incluso en el nacimiento de la bioética". SGRECCIA E., CASINI M., Bioética e diritti umani. Medicina e Morale 1999, 1: 21.

³⁶ Sobre este argumento hay abundante bibliografía, nos limitamos a señalar como punto de inicio el ensayo de D'AGOSTINO F., Dalla bioetica alla biogiuridica, en BIOLO S. (compilador), Nascita e morte dell'uomo. Problemi filosofici e scientifici della bioetica, Genova: Marietti, 1999: 137-147.

³⁷ SGRECCIA, CASINI, Bioética e diritti umani ..., p.22.

³⁸ Cfr. CASINI M., FURIOSI M.L., L'educazione ai diritti umani nell'insegnamento di bioetica nei diplomi universitari della sanità, en SGRECCIA E., CALABRO G.P. (compiladores), I diritti della persona nella prospettiva bioetica e giuridica, Lungro (CS): Costantino Marco, 2002: 247-256. Además hacen reflexionar las palabras de J. Maritain: "En realidad, el privilegio unido a la dignidad de la persona es inalienable, y la vida humana encierra un

derecho sagrado. Es un delito matar a un inocente para desembarazar a la sociedad de bocas inútiles o por razones de estado. Es un delito condenar a la muerte a un prisionero para experimentar con él medicinas que tal vez aliviarían miles de enfermos" (MARITAIN J., *La persona e il bene comune*, Brescia: Morcelliana, 1998: 41).

³⁹ También Maritain nos guía en la teorización del concepto de "bien común": este "no es sólo un conjunto de ventajas y de utilidades, sino rectitud de vida, un fin bueno en sí, aquello que los antiguos llamaban *bonum honestum*, bien honesto; pues, por un lado, asegurar la existencia de la multitud es una cosa moralmente buena en sí misma; y por otro, es una existencia justa y moralmente buena de la comunidad la que debe ser asegurada de este modo ...". *Ibid.*, p.33. Un aspecto de posterior profundización sobre la teoría del bien común nos lo ofrece F. D'Agostino, resaltando cómo la filosofía política moderna mal entendió el concepto correcto de "bien común", concebido o "sólo encomendado al estado y no también de los ciudadanos individuales, como si el estado tuviera una realidad diversa de la de ser la comunidad de todos los ciudadanos o, más modernamente, en cuanto es un estado visto en clave ideológica: perdiéndose así toda valencia objetiva, el bien común es (implícitamente) degradado a bien de una parte del cuerpo social, de la clase en el poder (...): ciertamente en este caso (...) el estado organizador se degrada a un estado tiránico o totalitario y el sacrificio de los derechos del individuo que éste busca, ya no tiene una justificación objetiva, sino sólo ideológica, basada fundamentalmente en la violencia, más o menos mascarada. Por otra parte, es peligrosa también una teoría estatal de tipo contractualista que conciba al "bien común" como fruto de una organización política que "limita al máximo el ejercicio del poder y que existe únicamente para garantizar las condiciones mínimas de la coexistencia. El ámbito de los derechos personales de los ciudadanos debería estar confiado sólo a la dialéctica de la sociedad civil. Esta teoría por una parte es abstracta (...) y peligrosamente inerte. Un estado que no tenga como núcleo inspirador la promoción del bien común, sino sólo el funcionamiento técnicamente correcto de la administración pública, aún así puede, —en el respeto formal de los derechos de los ciudadanos— transformarse en el más coherente e impersonal estado totalitario, el tecnocrático, en le que la absolutización de la racionalidad con respecto a los fines y el abandono pleno de toda consideración de los valores, pueden impedir todo juicio sobre los medios que son utilizados para alcanzar sus fines. (...) La verdad de la democracia está (...) según el común sentir de los ciudadanos, en que hay un bien que objetivamente los hace comunidad y que, siendo bien de todos, debe ser gestionado y garantizado por todos. Se vuelve a los grandes temas de la libertad y de los derechos de la persona, que pueden ser proclamados y defendidos no en una abstracta y apriorística contraposición a las aspiraciones del estado, sino como un bien que cada uno y todos los hombres — en la cornisa del bien común — tienen por lo más digno de defender y tutelar. (...) Por esto es posible sostener que el estado organizador es verdaderamente el estado de derecho, no tanto en sentido formalista (...), sino en su sentido sustancial, por lo que en el ámbito del bien común el derecho vuelve a entrar a pleno título como estructura de la coexistencia — en la justicia, esto es, en el reconocimiento de la paridad ontológica de los hombres y de la simetría de sus recíprocas relaciones" (D'AGOSTINO F., *Communitas politica est communitas principalissima. Elementi per una ridefinizione dello Stato*, en AUTIERO A. (compilador), *L'etica tra quotidiano e remoto*, Bolonia: Dehoniane, 1984: 125-127).

⁴⁰ HUBER, REUTER, *Ética della pace ...*, pp.8-9.

⁴¹ LORENZETTI L., *Giustizia e pace*, Tesi per un'etica della pace, *Rivista di Teologia Morale* 1990, 3 (85): 8.

⁴² SERRES M., *Il contratto naturale*, Milán: Feltrinelli, 1991.

⁴³ Hans Jonas fue un filósofo que intensamente buscó repensar a fondo los principios de la

ética. En sus reflexiones, la relación del hombre con la naturaleza – nuestra responsabilidad frente a lo viviente – se ha vuelto el problema central de la actualidad. Gracias a Jonas “la cuestión ambiental” se ha vuelto en el ámbito de la filosofía contemporánea, un “novum” sobre el que se debe reflexionar en el campo de la ética. Jonas teoriza una nueva relación entre el hombre y la naturaleza fundado en bases en las que la responsabilidad sobre los otros seres humanos se conjuga con una responsabilidad, también compartida, en relación con la naturaleza. Las obras más significativas en las que encontramos lo más destacable del pensamiento de Jonas sobre la ecología son: *Il principio responsabilità. Un’etica per la civiltà tecnologica*, Torino: Einaudi, 1990 y *Sull’orlo dell’abisso, Conversazioni sul rapporto tra uomo e natura*, Torino: Einaudi, 2000.

⁴⁴ Véase al COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA, *Bioética y ambiente*, Roma: Presidencia del Consejo de Ministros – Departamento de Información y edición, 1995, que menciona en varios puntos este concepto.

⁴⁵ MUSU I., *Economia, etica e ambiente*, in BIOLO S. (compilador), *Responsabilità per il creato*, Torino: Rosenberg & Sellier, 1998: 101.

⁴⁶ Es expresivo el texto de Kant: “Si existe un deber, y si junto a éste existe una esperanza real de realizar el estado de derecho público, aunque sólo en una aproximación al infinito, entonces la paz perpetua, que se sigue de los que hasta ahora falsamente se han llamado tratados de paz (...), no es una idea vacía, sino una tarea que se realiza poco a poco, se acerca cada vez más a la meta (pues los tiempos en que se suceden progresos iguales se espera que se vuelvan cada vez más breves)”. KANT I., *Para la paz perpetua*, Milán: Feltrinelli, 1999: 103. Si se quiere una precisa e interesante profundización del discurso ético – jurídico sobre la paz en el pensamiento de Kant, padre del concepto moderno de “república mundial”, idea que influirá en la historia de la fundación de la Sociedad de Naciones y de las Naciones Unidas; véase el ensayo de VALORI F., *La pace nel mondo come non-ledere esteriore e la pace come stato interiore. Riflessioni sul progetto kantiano “Per la pace perpetua”*. En AA. VV., *Filosofia e non violenza*, Perugia: Era Nuova, 1997: 86-141; y el capítulo primero del texto de Huber y Reuter, *Etica de la paz...*, que analiza los modelos de paz en el transcurso de la historia.

⁴⁷ Cfr. LEONE S., PRIVITERA S. (compilador), *Il contesto culturale dell’etica della vita*. Roma: Armando, 1994: 3-5.

⁴⁸ Cfr. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*. I. ..., p.53.

⁴⁹ Conuerdo con todo lo que escribe J. Sémelin en un pequeño ensayo divulgativo dedicado a los jóvenes en el que explica lo que es la violencia y la describe con una simplicidad impactante: Es aquello que lleva a la negación del otro y, en definitiva, a su muerte: no sólo la física, sino también la del su yo más profundo. Es cuando no se considera ya al otro como una persona, un ser humano, sino sólo como un objeto o un animal que puede ser explotado, violentado, muerto. No existe una sola violencia sino violencias multiformes. Normalmente se piensa en la violencia física, como la de las armas, la que se ve todos los días en televisión o en el cine. Pero existen otras formas de violencia menos visibles: cuando una persona es humillada, cuando no tiene ya ni casa ni los medios para mantenerse, cuando nadie se da cuenta de ella, como si ni siquiera existiera. Este tipo de violencia puede hacer sufrir mucho, en silencio. (...) Para combatir la violencia no se debe luchar sólo contra la parte visible del iceberg, sino también contra lo que está abajo: la miseria y la marginación, las injusticias y las desigualdades” (SÉMELIN J., *La nonviolenza spiegata ai giovani*, Milán: Archinto 2001: 18-19).

⁵⁰ BIANCA M., *Scienza, etica e bioetica*, Florencia: Angelo Pontecorboli, 1999: 194. Me ha pasado que al explicar a algunos alumnos lo que acabo de mencionar, he usado, de modo

provocador, la siguiente metáfora: Aceptemos, por ejemplo, que al ir caminando con su camello en el desierto del Sahara un nómada de la tribu de los Tuareg encuentre, al tropezarse con ella, una piedra que resultara ser una gran pepita de oro. La misma pepita de oro, pulida y acrisolada, podría ser encontrada y expuesta por un joyero en una vitrina en un prestigioso local en el centro de Roma. En este momento pregunto: aunque en circunstancias geográficas, culturales, sociales, económicas, políticas, religiosas y personales muy diversas, esa pepita de oro, objetivamente, ¿es la misma cosa en ambos contextos o no? ¿La puedo definir en el plano de la realidad y en el plano del conocimiento como “pepita de oro” en ambas situaciones, o depende su ser pepita, la esencia de la pepita (entiéndase – fuera de la metáfora – la vida del hombre) y por tanto su valor intrínseco, de ciertas condiciones ambientales, ciertas situaciones históricas, utilitaristas, de justificaciones puramente subjetivas? Dejando la metáfora, si no reconozco la vida en su totalidad como un valor fundamental del hombre, valor que corresponde a una definición precisa de hombre y, por tanto, a una realidad estructural que tiene un estatuto objetivo y existencial (me refiero, en otros términos, a una antropología ontológicamente fundada que reconozca la sustancialidad del ser de la persona hecha de una uni-totalidad de cuerpo y espíritu, que vale por lo que es y no por lo que hace o podría hacer) se derrumba inevitablemente el discurso de la dignidad del hombre, de su tutela, de su promoción. Además, si no se cimienta el valor de la vida humana dentro de una visión teológica de la realidad, no se puede llegar al fin último, el sentido y la razón de ser del hombre mismo: o bien no se llega a reconocer la “ley natural” como orden de toda la realidad y fin que está inscrito en cada naturaleza humana, que debe realizarse plenamente en el hombre en cuanto tal. Cfr. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*. I. ..., pp. 122-145.

⁵¹ Cfr. BIANCA, *Scienza, etica e bioetica*, ... pp. 194-195. “Respeto” literalmente viene de *respicere*: ver, tener consideración. Por tanto es el acto de prestar atención a otro, de tenerlo en cuenta. “En el respeto – escribe Guardini – el hombre renuncia voluntariamente a lo que él hace de modo ordinario: a adquirir la posesión y a utilizar una cosa para los propios fines. En este caso, por el contrario, él se retrae, se distancia. Nace así un espacio espiritual en el que puede elevarse el que merece respeto, y presentarse libre y esplendoroso” (GUARDINI R., *Virtù*, Brescia: Morcelliana, 1980: 69). Y también E. Fromm define así al respeto: “querer que la otra persona crezca y desarrolle lo que ella es” (FROMM E., *L’arte di amare*, Milán: Il Saggiatore, 1980: 43).

⁵² En un artículo que no ha perdido actualidad, por las similitudes históricas que existen, C. Casini reflexionando sobre el evento de la Guerra del Golfo, comenta precisamente la importancia de conjugar paz y vida y no separar ambos valores para alcanzar un proyecto de paz global y una tutela integral de la vida humana. No hay otro principio – según el autor, siguiendo la línea de la Madre Teresa de Calcuta – si no el de la “soberanía de la vida” empezando por la de los más pequeños, indefensos, invisibles, que valen menos; superando toda lógica de violencia y de muerte. ¿No es una forma de “guerra de los poderosos contra los débiles” (*Evangelium Vitae*, n. 12), de negación de igualdad entre los hombres, la de suprimir inocentes todavía no nacidos? Según el autor el principio que está a la base es el mismo y se sintetiza en tres juicios: 1. “se puede matar al inocente para resolver los problemas sociales”; 2. “la vida de los otros merece respeto sólo si esto es conveniente para uno mismo (en las legislaciones permisivas la tutela diversa del feto en los distintos periodos de la gravidez está en relación con la salud de la mujer, no con la del hijo)”; 3. Aquellos que no se pueden ver, los lejanos, valen menos que los que se ven, los cercanos (muy pocos eliminarían a un niño que acaba de nacer, pero muchos están dispuestos a hacerlo si está oculto en el seno materno). (...) En el concepto de guerra se encuentra la idea de una colectividad que se organiza para matar, usando armas, para lograr un fin. Si los no nacidos son niños,

todo el Estado se ha organizado para suprimirlos con sus estructuras "sanitarias", poniendo el gasto económico a cargo de todos los ciudadanos: reclutando y pagando personal adaptado; utilizando armas cada vez más eficaces, que no excluyen a las químicas (RU486); cubriendo hasta la atención psicológica para mantener unido a todo el frente con la censura y la propaganda. El reconocimiento de las objeciones de conciencia sanitaria, que encuentra un paralelo sólo en las militares, es la línea que indica lo que de hecho está aconteciendo. ¿Cómo puede tener credibilidad un movimiento pacifista si no tiene en cuenta esta terrible guerra? No, verdaderamente la paz y la vida no se pueden separar. "Si quieres la paz defiende la vida" amonestaba Pablo VI" (CASINI C., *Pace e vita, due parole non separabili*, *Avvenire* del 31 de enero de 1991). Véanse también otros artículos del mismo autor, entre otros: *Quale pace se non salviamo la vita*, *Il Focolare* del 8 de febrero de 1987, pp. 12-14; *Una sfida pensando a Luther King*, *Avvenire* del 5 de julio de 2001, sobre todo las pp. 310-316; *Scienza e diritto al servizio della vita*, intervención presentada a la Fundación RUI el 24 de noviembre de 1996, en: <http://www.fondazione.rui.it/riviste/argomenti/storici/casini65.html>

⁵³ GIULIODORI C., v. Bioética, LORENZETTI (compilador), *Diizionario della teologia della pace*, p. 207.

⁵⁴ Incluso en el pluralismo de las impostaciones éticas, ¿es verdad que el diálogo está destinado a un callejón sin salida? Tal vez yendo a fondo, más allá de lo que está detrás de las varias concepciones especulativas, debe pensarse que ciertamente su impacto en las conciencias y en las mentes debe buscarse, en primer lugar, en su intento de responder al sentido ético que está inscrito en cada hombre y seguramente es anterior a él. Es un sentido ético, más o menos teorizado, que permea lo vivido y en el que reside la dignidad del hombre, del que se trata de partir. Y el diálogo es una experiencia única y profundamente humana: es posible sólo entre personas que se reconocen mutuamente como personas. Un reconocimiento, atención, que no es sólo empírico, sino más propiamente ontológico (el otro es como yo) y al mismo tiempo axiológico (el otro vale cuanto valgo yo). En ausencia de estas condiciones no puede nacer un diálogo ni darse forma alguna de coexistencia; o nacerán diálogos y formas de coexistencia, instrumentales, engañosas.

⁵⁵ GIULIODORI, v. Bioética, p. 208.

⁵⁶ Cfr. *Ibid.*, p. 209.

⁵⁷ Para tener una clara e iluminadora comparación entre la "bioética laica" y la "bioética personalista" véase el ensayo de PALAZZANI L., *Bio-etiche: teorie filosofiche a confronto*, en DALLA TORRE G., PALAZZANI L. (compiladores), *La bioética. Profili culturali, sociali, politici e giuridici*, Roma: Studium 1997: 30-40.

⁵⁸ Cfr. PESSINA A., *Bioética e laicità*, en ZANINELLI S. (compilador), *Scienza, tecnica e rispetto dell'uomo. Il caso delle cellule staminali*, Milán: Vita e Pensiero, 2001: 13-25, p. 24.

⁵⁹ Hay que estar de acuerdo con Roveda en que "la propuesta de la paz a veces está frágilmente construida sobre un pacifismo genérico, sobre un eslogan emotivo o únicamente de sentido común. Mientras que la "guerra" es una palabra cultural e históricamente densa y fuerte, en cuanto se refiere a una concepción precisa del mundo; la "paz" resulta ser una palabra débil, sin un adecuado cuadro de referencia antropológico" (ROVEDA P., *La pace cambia*, Brescia: Morcelliana, 1990: 19). Cattorini está convencido de la necesidad de una fundación o, más bien, de una refundación teórica de la medicina, subrayando la necesidad de una "metamedicina", esto es, de una recuperación de la reflexión sobre la esencia originaria y compleja de la medicina, buscando un "proyecto de totalidad", de reunificación de esta ciencia y del modo auténtico de ser médico. Véase el artículo de CATTORINI P., *Medico e filosofo. Itinerari di una teoria della medicina*, *Medicina e Morale* 1986, 3: 118-145. Además, cómo no recordar a E. Balducci que escribía: "El tema de la paz no es un tema

entre los temas, es tiempo de una unificación de la crisis de antropológica de este tiempo” (BALDUCCI E., *Il cerchio si chiude*, Génova: Marietti, 1986: 112). El autor auspicia un profundo cambio antropológico, fundado en una situación histórica nueva, esto es, el encuentro entre la instancia biológica de la sobrevivencia y la instancia moral. Si se elude tal posibilidad, “la humanidad entrará en una fase de autodestrucción” (Id., *Costruire una cultura della pace*, en MASCIA M. (compilador), *Per una pedagogia della pace*, S. Domenico di Fiesole: Cultura della Pace, 1993: 32-33).

⁶⁰ Cfr. CASTELLI M., v. *Pacem in terris*, en *Enciclopedia Filosofica*, pp. 194-195.

⁶¹ Sobre la base de cuanto se ha dicho, parece que ésta es la única relectura posible de la Declaración y Programa de acción para una cultura de la Paz de la Asamblea General de las Naciones Unidas (13 de septiembre de 1999) que en su artículo 8 indica como “un papel central de promoción de una cultura de la paz compete a los padres, maestros, políticos, periodistas, organismos y grupos religiosos, a los intelectuales, a todos los que se empeñan en actividades científicas, filosóficas, creativas y artísticas, a los que trabajan en el sector salud y en el humanitario, a los asistentes sociales, a los ejecutivos de los diversos niveles como también a las organizaciones no gubernamentales”. También el mismo Acto constitutivo de la Organización Mundial de la Salud (22 de julio de 1946) textualmente recita: “La santé de tous le peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats”. Véanse además los siguientes documentos: de la Asamblea General de la ONU la Resolución 52/125 del 20 de noviembre de 1997 con la que se proclamaba el año 2000 Año Internacional de la Cultura de la Paz, como también la Resolución 53/25 del 10 de noviembre de 1998 con la que se había proclamado el periodo 2001-2010: Decenio Internacional para una Cultura de paz y no-violencia hacia los niños del mundo. Finalmente, la “Declaración sobre la difusión entre los jóvenes de ideales de paz, de mutuo respeto y de comprensión entre los pueblos” (7 de diciembre de 1965) y la “Declaración sobre el uso de progreso de la ciencia y de la técnica en el interés de la paz y en beneficio de la humanidad” (10 de noviembre de 1975). Los documentos pueden consultarse en el sitio: <http://www.un.org/spanish/documents/resga.htm>

⁶² El problema de la medicina militar es vasto y complejo, en especial porque no puede prescindir, evidentemente, de una valoración ética más global del problema de la guerra. La Convención de Ginebra suscrita por 14 naciones fijaba las reglas de comportamiento con relación a los enfermos y a los heridos en caso de conflicto. Los puntos fundamentales que ésta contenía se referían a: la neutralidad de los hospitales militares, de las ambulancias que no pueden ser requisadas por la autoridad militar; el estado del personal hospitalario, que puede ser capturado pero que debe ser destinado al cuidado de los enfermos; la prohibición de castigar por haber cuidado de los soldados enemigos; la obligación de devolver a sus casas a los soldados incapaces de proseguir la actividad bélica. Sucesivamente tal Convención fue modificada y revisada a la luz del proceso de Nuremberg contra los criminales nazis del así llamado “Código Lieber” (elaborado por el jurista y filósofo alemán Francis Lieber), y se transformó en la Convención de Ginebra, aprobada en 1949 por 60 países, pero que idealmente atañe a todas las naciones del mundo. Empero, en caso de guerra, la primera y fundamental problemática viene de la finalidad de la intervención terapéutica por parte del médico. El punto más álgido de la problemática se debe al conflicto entre la lógica médico-humanitaria y la lógica militar, con todos sus problemas conexos, por ejemplo: la necesidad de repartir escasos recursos de salud entre “aleados” y “enemigos”; el uso de un estado de sufrimiento como medio para extorsionar informaciones militares; la posibilidad de que secretos militares sean recopilados por el médico durante el estado de delirio de los soldados; el problema ético de “clasificar” y de organizar “por prioridades” los auxilios; y, en fin, el uso

de la medicina para la guerra, esto es, para experimentos salvajes o para la creación de bombas biológicas o, como dice H. Jonas, de forma futurista, tal vez para crear por medio de la clonación “batallones de sujetos idénticos que asuman tareas especiales durante la paz y durante la guerra (sin excluir el espionaje)”. Sobre lo dicho, véase a LEONE S., v. Medicina militare, en LEONE S., PRIVITTERA S. (compiladores), Dizionario di bioetica, Bologna: EDB-ISBN, 1994: 602-605. Cfr. también el óptimo artículo de SCHMIDT U., Medicina e nazismo, Sistema salute 2001, V(2): 9-18; y cfr. BRUWER, A., Guerra nucleare, patriottismo ed etica medica, Rivista di Teologia Morale 1983, 58: 185-200. Para una profundización posterior sobre el tema de la ayuda en tiempo de guerra y de la normativa internacional que regulan la eventualidad del conflicto armado y de la catástrofe, véase el pensamiento de E. SGRECCIA en el Manuale di bioetica. Aspetti medici-sociali, Milán: Vita e Pensiero, 1996²: 359-394.

⁶³ Sgreccia entiende por “catástrofe” o “desastre” un evento que comporta consecuencias en las relaciones entre el hombre y el ambiente, de gravedad tal que la comunidad afectada tiene necesidad de esfuerzos y recursos extraordinarios para contenerlo. Las orientaciones que deben seguirse al poner en acto los medios de prevención y de socorro, entran en los confines de la medicina de las catástrofes. En la definición de la catástrofe podría incluirse, para Sgreccia, también la guerra y las diversas formas de guerrilla, puesto que, de hecho, estas situaciones no sólo comportan graves pérdidas humanas, y frecuentemente una basta destrucción ecológica, sino que requieren estrategias específicas de intervención y socorro. Se reenvía al capítulo sobre Bioética y Medicina de las catástrofes en el citado Manual de Bioética (nota 62).

⁶⁴ Juan Pablo II, en su Carta Encíclica “Redemptor Hominis”, entre otros temas dedica un amplio párrafo al trabajo científico a favor de la paz por parte de los juristas, y en particular por parte de los filósofos y de los psicólogos. “En consecuencia, no considera la problemática de la guerra y de la paz en primer lugar bajo aspectos teológico-morales o de derecho internacional vinculante, sino más bien desde el punto de vista de una fenomenología de las disposiciones psíquicas y sociales a la violencia”. REUTER, HUBER, Etica della pace, pp. 221-222. Cfr. también ZERBINO E., Il nesso psichico tra politica e guerra, en AA.VV., Per una teologia della pace, Roma: Borla, 1987: 112-137.

⁶⁵ Precisamente en relación con este último aspecto, hacen reflexionar las palabras de Bausola: “Parece necesario declarar con firmeza que al biólogo, al investigador médico, en razón de su misión originaria, que está en función de la vida y no de la muerte; no le es lícito cooperar en la investigación de armas biológicas. Será lícito estudiar las formas de defensa de armas de ese género que otros Estados produzcan; no, ciertamente, buscar nuevas armas. Tampoco en esto siempre será fácil distinguir los dos tipos de estudio; pero esto no exonera del deber de no cooperar a la invención de nuevas armas biológicas”. AUSOLA A., Per un coerente ethos di pace: la responsabilità del medico, Vita e Pensiero 1986, 1: 36.

⁶⁶ Cfr. SCOLA A., “Se vuoi puoi guarirmi”. La salute tra speranza e utopia, Siena: Cantagalli, 2001; LUGO E., Sentido de la vida, espiritualidad y relación médico-paciente, Bioética y Ciencias de la Salud, 2000, 2: 23-33.

⁶⁷ JASPERS K., Il medico nell’età della tecnica, Milano: Cortina, 1991: VIII (introducción de U. Galimberti).

⁶⁸ *Ibid.*, p. 67. Jaspers propone, comenta U. Galimberti en la introducción al citado texto del filósofo, “el retorno a la antigua idea de médico que Hipócrates indicó cuando dijo: *iatrós philosophós isotheós*, el médico que se hace filósofo se vuelve igual a un dios. Como médico se vale del saber científico, pero no con la actitud omnipotente del “Salvador deseado en secreto por tantos enfermos”, sino con la conciencia propia del filósofo que conoce los

límites de toda forma de saber, por lo que no se profesa *sophós*, sino *philosophós*, disponiéndose en relación del saber no como un dueño con relación a sus territorios, sino como un viandante con relación a su camino". (Introducción p. XXVII).

⁶⁹ Los principios éticos a los que me refiero son los de la bioética personalista u ontológicamente fundada, la cual, proponiéndose justificar el valor central de la persona como criterio de discernimiento entre lo que es técnicamente posible y lo que es éticamente lícito, sobre la base del reconocimiento de la substancialidad del ser de la persona y de una ley natural como orden de la realidad, formula los principios (el valor fundamental de la vida, el principio de totalidad o terapéutico, el principio de libertad y de responsabilidad y el principio de sociabilidad y subsidiariedad) y elabora las normas específicas en vista de las circunstancias de la acción particular. Por tanto, si la bioética, ocupándose de definir los límites de las intervenciones del hombre sobre la vida *tout court*, necesita de una fundación ética especulativa (fundación filosófica de los principios éticos = ética de los principios o de los valores), necesita también de una aplicación práctica (o sea de una elaboración de normas y regulaciones inmediatas de su acto en la situación concreta particular = ética de las virtudes). La integración principios/virtudes consiente en el proponer mediante los principios una directiva general, objetivamente fundada, evitando el riesgo de la emotividad subjetiva, de la falta de sistematización y de especificidad en la indicación del contenido del acto; mediante las virtudes es posible motivar la actuación de un esfuerzo ético activo y constante, poniendo la atención en el agente y en la experiencia moral concreta y rica, evitando el esquematismo rígido de los principios, la actitud pasiva de obediencia y balance en la valoración de la bondad del acto, las intenciones y las consecuencias. Los principios, en otras palabras, proporcionan las indicaciones generales de los comportamientos; las virtudes consienten el reconocimiento del comportamiento bueno, la motivación de la obediencia a los principios, la interiorización de la norma y la actuación del deber. Entre los principios y las virtudes se instaura una relación de reciprocidad: el reconocimiento y la actuación del deber son posibles si se es virtuoso o si se reconocen y se aplican en la práctica las obligaciones morales. Es importante, por tanto, considerar la experiencia moral sea en el plano de la objetividad de la verdad y del bien (el bien de la persona) sea en el plano de la subjetividad del comportamiento (la motivación de la acción *hic et nunc*). Cfr. a propósito PALAZZANI L., *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù. Medicina e Morale* 1992, 1: 59-86 y SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, I., pp. 206-222.

⁷⁰ Explicativas son las palabras de De Caro: "El problema de la relación con el paciente no comporta el dar a la derecha o a la izquierda, como en una calle, sino más bien, el levantar el vuelo por encima del laberinto que nos hemos construido con todos nuestros poderes tecnológicos y psicológicos, para atracar en otra zona interior que libere nuestra creatividad. Entonces la relación vuelve a fluir, aunque en la angustia de la dificultad el hombre médico siente que da sentido a sus propias obras precisamente en la búsqueda de participación en el dolor humano. El estado de división, que nos hace sentir separados del enfermo y de sus problemas, se convierte en un sentido de participación en las vicisitudes del paciente en cuanto yo las rijo y me siento responsable de ellas. (...) A cada médico le es dado el forjarse una imagen propia del mundo de la enfermedad y el sentirse "participante con el enfermo" de una realidad que es nuestra realidad existencial, nuestra verdad. (...) Dedicar nuestra atención a escuchar al enfermo, para conocer las necesidades del hombre sufriente y, por tanto, responder a ellas y realizar así el sentido religioso de la vida" (DE CARO L., *Uomo o paziente. Fenomenologia di una esperienza terapeutica*, Pavia: Università degli Studi di Pavia, 1988: 32).

⁷¹ Cfr. VISALBERGHI A., L'educazione alla nonviolenza, *Il Ponte* (Monografia su Aldo Capitini, persuasione e nonviolenza) 1998, 10: 26-34.

⁷² BELLINO, *Persona e ragionevolezza* ..., p. 299.

⁷³ REICH W.T., v. *Compassione*, en LEONE, PRIVITERA (compiladores), *Dizionario di bioetica*, p. 175. El autor distingue sobre todo el concepto de "dolor" de aquel de "sufrimiento", entendiendo con el primero una angustia física, mental o emotiva asociada a algún disturbio, herida o enfermedad, y con el término "sufrimiento", la angustia que experimentamos como amenaza a nuestra serenidad, a nuestra integridad o a la realización de nuestras intenciones y, a un nivel inferior, como frustración en relación del significado existencial concreto que hemos realizado. El punto de partida de una ética de la compasión está constituido por una serie de preguntas sobre el sentido que se le debe dar al sufrimiento e, incluso antes, sobre el significado de la propia vida. A tres fases del sufrimiento (silenciosa, expresiva y nueva identidad que se adquiere en el sufrimiento) corresponden simétricamente otras tantas fases de la compasión: la silenciosa, en la que inicia con la empatía y el respeto la relación entre enfermo y agente de salud, y ambos comienzan a existir en el silencio; la compasión expresiva que es comprensiva del lenguaje de la empatía y de la compasión junto con los gestos de comunicación propios de la comunicación silenciosa y hablada; la tercera y última fase es la de una verdadera nueva identidad: esto es, de aquella fase en que la propia identidad cambia, simplemente por haber ejercitado la compasión, por haberse vuelto ella misma vulnerable sufriendo con el otro y volviéndose su "salvador" (*Ibid.*, pp. 176-177).

⁷⁴ Cfr. LINARI F. v. *Antropologia medica*, en CINÀ G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L. (compiladores), *Dizionario di Teologia pastorale sanitaria*, Torino: Camiliane 1997: 55-64.

⁷⁵ JONAS, *Il principio responsabilità* ..., p. 162.

⁷⁶ Cfr. SCOLA, "Se vuoi puoi guarirmi"

⁷⁷ Cfr. PALAZZANI L., *Per una giusta distribuzione delle risorse secondo la bioetica personalista*, *Medicina e Morale* 1999, 3: 485-469.

⁷⁸ Cfr. MARTINI C.M., *L'etica dello stato sociale*, Milán: Centro Ambrosiano, 1999: 45-47. Dignas de recordar son las palabras tan actuales de A. Huxley: "Si la ciencia aplicada debe ser de ahora en adelante usada por el hombre, los técnicos y los científicos deberán adoptar una línea de conducta profesional consciente y deliberadamente concebida al servicio de las necesidades fundamentales del hombre y que busque favorecer las causas de la paz y de la libertad personal". Y además: "Técnicos y científicos (...) deberán presentar un juramento común con estas palabras aproximadas: "Yo me comprometo a usar mi conocimiento a favor del bien de la humanidad y contra las fuerzas destructivas del mundo y los intentos despiadados de los hombres; y trabajaré junto con mis colegas científicos, de cualquier nación, credo o color, por estos nuestros fines comunes" (HUXLEY A., *Scienza, libertà e pace*, Milán: Medusa, 2002: 79 y 90).

⁷⁹ Cfr. ANTICO L., *Umanizzare la medicina. L'operatore ed i suoi valori*. *Vita e Pensiero* 1987, 5: 170-178.

⁸⁰ Cfr. BRUWER A., *Guerra nucleare, patriottismo ed etica medica*, *Rivista di Teologia Morale* 1983, 58: 185-200; CAPPELLETTI V., *I diritti umani e la medicina*, *Atti del Congresso nazionale su "Medicine and Human Rights"*, *Orizzonte medico* 2000 (Julio-October): 62.

⁸¹ BAUSOLA A., *Per un coerente ethos di pace: la responsabilità del medico*, *Vita e Pensiero* 1986, 1: 38.

⁸² La expresión "guerra" referida al "microcosmos" es usada también por Juan Pablo II en la Carta Encíclica "Evangelium Vitae".

⁸³ Cfr. CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *COMMISSIONE ECCLESIALE*

GIUSTIZIA E PACE, Educare alla pace. Nota pastorale, Milán: Paoline, 1988. También véase a TUGNOLI C. (compilador), Maestri e scolari di non violenza, Milán: Franco Angeli, 2000; Batini F. (compilador), Tra realtà e utopia: per una educazione alla pace, Milán: Franco Angeli, 2001; TANZARELLA S. (compilador), Constuire la pace sulla terra. Bari: La Meridiana, 1993; HARING B., SALVOLDI V., Nonviolenza. Per osare la pace, Padova: Il Messaggero, 1992, en particular la tercera parte del libro: Per una cultura di pace, pp. 125-179; FICILI B. (compilador), L'educazione alla pace, Atti del Convegno Internazionale (Priolo Gargallo, 13-15 novembre 1986), Caltanissetta: S. Sciascia, 1988; TENTORI T. (compilador), Educazione alla pace, Roma: Studium, 1970.

La muerte y las religiones

*David Calderón**

Para abordar este tema, propongo un sencillo recorrido. Comenzaré por compartir algunas reflexiones sobre la vinculación en general que hay entre la religión y la muerte. De ahí, pasaré a considerar los rasgos más generales de las convicciones hindúes y budistas sobre la muerte y los moribundos, para concluir con la propuesta monoteísta sobre el sentido del morir.

Muerte y religión

Si entendemos por religión todo el esfuerzo cultural humano por dar sentido radical a la vida, entonces queda claro que la muerte es uno de los factores más cruciales en el conjunto de la práctica y las ideas religiosas. La muerte, con su severidad, con su irrevocabilidad natural, es uno de los horizontes últimos de sentido. En efecto, no podemos dejar de preguntarnos: ¿por qué si tengo una vida interior tan rica, llena de sueños, de afectos, de conocimientos, de memorias, debo aceptar que eso cesa? ¿Por qué la gente muere, aún en contra de su voluntad? ¿Por qué nuestro ingenio produce obras monumentales, y sin embargo cada uno sigue siendo tan frágil? ¿Para qué afanarnos tanto, si al final todos morimos? ¿Para qué amar, si el amado, la ama-

* Licenciado y Maestro en Filosofía por la UNAM. Profesor de la Universidad Anáhuac.

da morirán irremediabilmente? ¿Para qué el ciclo de las generaciones, si previsiblemente también mis hijos morirán, y los hijos de sus hijos lo mismo? ¿Por qué hay hombres justos que mueren de formas espantosas, mientras que otros, injustos, tienen un fallecer tranquilo, casi plácido?

Estas preguntas exigen respuesta, exigen que la realidad del deceso tenga un sentido. Si la muerte es un sinsentido total, la vida no puede serlo menos. Sin suscribir la tesis de muchos antropólogos de que es precisamente la conciencia de la muerte la que dispara el sentido religioso, es innegable que identificamos cultura y religión donde hay enterramiento. Hay una discontinuidad absoluta entre nuestras actitudes y las de los animales en torno a la muerte. Podemos reconocer un cierto paralelo a la agonía en algunos animales superiores, algo así como un luto en los que quedan, etc. Lo que en vano buscaremos es el antieconómico cuidado con el que los supervivientes conservan los restos, los llenan de joyas, los resguardan. Mircea Eliade, uno de los grandes expertos en religiones, señala una masa ingente de evidencia arqueológica, que demuestra cómo poblaciones humanas con situaciones muy precarias para la existencia cotidiana dedicaron horas, días, hasta meses de trabajo para preservar los huesos de los difuntos¹. Llama la atención cómo, en todos los rincones del mundo, desde las épocas más tempranas de la emergencia del hombre, hay coincidencias funerarias: el acomodo de los cadáveres en posición fetal; la orientación de las tumbas hacia el oriente (donde sale el sol); el uso de colores ocre y rojos —en forma de líquidos, tierras, pigmentos de óxido o minerales preciosos— imitando la sangre.

Si avanzamos en la historia, nos encontraremos con grandes civilizaciones que no sólo preservan los restos materiales de familiares fallecidos, sino que cuentan sus hazañas y solicitan su protección, ayuda e inspiración, que los suponen con algún tipo de supervivencia, o que incluso postulan la posibilidad de comunicarse e interactuar con ellos. Residencias, alimentos y artefactos salen del uso comunitario y quedan en posesión no de los vivos, sino de los muertos... se convierten en tumbas y en ofrendas, y la comunidad considera una abominación el que se profane, el que se saque del espacio de lo sagrado lo que ya se entregó a los muertos.

A riesgo de esquematizar demasiado, en el pensamiento religioso

del pasado —que tiene una variedad y una plasticidad folklórica vertiginosa— nos encontramos básicamente con dos actitudes. La primera es la de una aguda conciencia del conflicto entre la muerte y la vida; se subraya el patetismo de la muerte, y la realidad es vista como un inmenso motor cósmico que va adelante por su propia combustión, por su eterna guerra, en la cual los hombres, o al menos algunos, pueden jugar un papel destacado². Esta actitud fue la favorita de las sociedades militaristas, que no dejan de temer a la vejez, a la enfermedad y a las heridas, pero que encuentran un peculiar mérito en perder la vida o tomar la de otros, para así satisfacer el equilibrio cósmico. Antes de ser devorados por la muerte, los hombres cantan o representan la epopeya, el admirable valor o la conmovedora tragedia de quien se sabe perdido. Mexicas y romanos, persas y hunos, yoruba y escandinavos comparten esta visión. El sacrificio ritual de cautivos en Tenochtitlan, la carga suicida de los *bersiker* germanos, la venganza y el fatal desenlace de Aquiles son expresiones de esta actitud.

La segunda actitud, típica de sociedades más serenas, o de personajes reflexivos en pueblos que ya estaban en la decadencia o en el avanzado abandono de la euforia guerrera, es una amalgama de despecho y nostalgia. Es la convicción, que sin tener que ser clara es muy profunda, de que la muerte es muerte, y de que la vida es breve. Es decir, que la guerra u otro tipo de final drástico puede ser mejor considerado por los demás, más aprobado o celebrado en la esfera pública, pero que —de todos modos— la muerte notoria y la muerte oculta son la misma, que los afanes humanos son segados al mismo ras por una guadaña inmisericorde, que en cualidad de cadáver el emperador y el campesino son bastante semejantes. De ahí que la vida con todos sus atractivos —hoy diríamos, con todas sus atracciones— no perdura. La vida permanece, sí, tras mi muerte, pero no para mí. No vale entonces la pena —tal es la conclusión despechada— perseguir fama o riqueza, esperar que la flor de la juventud o la belleza no se marchite. *Zan achican ye nican*, “No para siempre aquí” repite obsesivamente una poesía de Netzahualcóyotl; el tlatoani texcocano, con triste lucidez afirma: “Aunque sea de oro se rompe, aunque sea de jade se quiebra, aunque sea plumaje de quetzal se desgarrar... ¡No por siempre en la tierra, sólo breve tiempo aquí!”³ Es un despecho que lleva a veces a un desengaño amargo, irónico. Gilgamesh, el

héroe de la épica mesopotámica, pasa mil trabajos para buscar el árbol de la vida, cuyo fruto —le han dicho— permite vivir para siempre. La conclusión de la historia es sombría: “Desengáñate. Dichosos son sólo los dioses, que con avidez han cerrado la mano y han guardado para sí la vida. A nosotros, humanos, sólo nos han dejado la muerte”.⁴

En otros hombres, saber que la muerte es muerte y la vida es breve se liga no sólo al despecho, sino también a una nostalgia religiosa. Merecemos más. Los bienes terrenos son pasajeros, y sus alegrías son ilusorias; lo que comúnmente se valora de la vida es un espejismo. Como dice el título de una novela de Kundera, *la vida está en otra parte*. No somos de aquí, no pertenecemos. La incomodidad que nos da la vida, su loco e improductivo afán —se piensa— son evidencia de que no es éste nuestro destino definitivo. Los apegos son alucinatorios; mientras más ligeros de equipaje vayamos, más rápido llegaremos. Aquí encontraremos la idea de que somos seres divinos, en trayecto o desterrados en una provincia hostil y extraña, y que hay manera de encontrar el camino de regreso. Así, la muerte ya no es terrible o deseable en sí misma, sino en su condición de umbral, de puerta hacia la continuación de la jornada, o de entrada a la realidad definitiva y plenamente satisfactoria. Una buena expresión de esta actitud es el contenido del *Fedón*, el diálogo escrito por Platón en el que se refiere las últimas horas de Sócrates. En su última conversación, Sócrates afirmará que toda vida es sagrada, y que por ello no es lícito que un hombre se suicide para acortar su sufrimiento o para más rápido obtener una mejoría o alcanzar una meta. Y con todo, se rehúsa a huir para no someterse la ejecución a la que le ha condenado un tribunal parcial y vengativo. Las razones que da se refieren a un futuro esperanzador, a una supervivencia plena y feliz que no queda condicionada o lastrada por factores concretos y terrenales. Es como volar libre, como abrir un capullo y desplegar las alas. Sócrates trata de fijar en la mente de sus discípulos que su inminente salida de esta vida lo llevará a otra vida, distinta y superior, ante la cual el presente es como una pálida y distorsionada copia. En el fondo, dice, esto que ocurre no es una desgracia que me sobreviene y me aplasta, sino una conclusión adecuada a la búsqueda de toda una vida. Pues si dedicarse a la filosofía es un huir del orgullo y la vanagloria, un no am-

bicionar posesiones y objetos, entonces la filosofía misma “es un largo y lento aprendizaje: aprender a morir y a estar muerto”⁵. En tono semejante se expresa Marco Aurelio, emperador y guerrero muy a su pesar, que en la intimidad reflexiona sobre lo pasajero de cada experiencia humana, y la permanencia de la Naturaleza, que nos supera y sobrevive, pero a la que de algún modo nos sumamos tras el fallecimiento. En sus notas se puede leer: *No hay que quejarse de que la vida es breve... Para una vida humana, tres actos equivalen al drama entero. El término lo establece el autor de la composición, que lo es de la conclusión, y tú no eres ninguno de los dos. Marcha sereno hacia la salida, que sereno está el que te despide.*⁶

Muerte y renacimiento

Con una elaboración de varios siglos, hinduismo y budismo tienen una postura ante la muerte que se conecta a muchos niveles con cuanto acabamos de decir, con la nostalgia. Hay matices muy importantes, más si consideramos que hinduismo y budismo son respectivamente la tercera y cuarta, respectivamente, comunidades religiosas en el mundo, por el número de sus fieles, y que por lo mismo hay una notable variedad al interior de cada una de ellas. Daremos una visión muy escueta de las creencias, para llegar al tipo de decisiones concretas que toman hoy los fieles de estas religiones en torno al fenómeno de la muerte.

El Hinduismo es un sistema de vida que integra fuentes diversas (la reflexión Vedanta, la religión guerrera indoeuropea, las leyendas tamiles, etc.) y que admite desde un monoteísmo muy abstracto hasta un politeísmo risueño e idolátrico; para sus seguidores es *svatasiddha*, sabiduría autosubsistente, sabiduría en sí y de sí. Análoga a la visión de Platón, la visión hindú concibe a este mundo como pasajero e impermanente, imperfecto y en último término irreal. Y como Marco Aurelio, más que una realidad personal, es la Naturaleza misma, el Ser mismo, el único existente, nuestro origen y nuestro destino. Escuchemos a Radhakrishnan:

Si no llegamos al final, si debemos desperdiciar nuestras vidas en la tensión de viajar continuamente y nunca llegar, entonces el pro-

*greso del mundo no tiene significado y el grito que hemos lanzado para afirmar que todo es vano encuentra su justificación. No puede ser un canto interminable, en una canción también debe haber una terminación. Si el proceso histórico no es todo, si no estamos destinados a perseguir perpetuamente un ideal inalcanzable, entonces tenemos que alcanzar la perfección en algún punto del proceso histórico y ésa será la trascendencia de nuestra individualidad histórica, de nuestra fuga del nacimiento y de la muerte, o sea del samsara... En el momento en el que alcanzamos la perfección, la existencia histórica llega a su fin. Cuando un individuo lleva a cabo su objetivo, desarrolla la universalidad de visión propia de la perfección, pero conserva su individualidad como centro de acción. Cuando todo el universo alcanza su fin, los individuos, liberados, pasan a la inmovilidad del Absoluto.*⁷

Esta concisa pero densa pieza de teología hindú nos revela el trasfondo de las actitudes sobre la muerte. La vida presente de cada uno es una etapa pasajera. Lo real es permanente e inmóvil, y nosotros, en cambio, nos experimentamos como imperfección y transcurso. Morimos, pero ello no concluye nuestro devenir. Vagamos (eso es lo que quiere decir *samsara*, la cadena de las existencias), y nuestro interior indestructible —*atman*— sobrevive al fallecimiento corporal. Vamos renaciendo, y avanzamos —o retrocedemos— en la escala del ser. El hinduismo sostiene que se va develando gradualmente que *atman es Brahman*, que el yo se identifica con el Absoluto. La perspectiva ideal es que los renacimientos sean ascendentes y me lleven a un último estadio de conciencia, en el que me sustraiga al vagar mismo. Seré entonces un alma liberada, en espera de que se produzca la *sarvamukti*, la liberación de todos. Para liberarme he de renacer, y proponerme en la vida el *svadharma*, el perfecto cumplimiento de mi destino actual, del tipo de vida que me corresponde en este nacimiento, sea varón o mujer, campesino, profesionalista o militar; de otro modo, quedará estancado o incluso involucionaré hacia formas de vida menos valiosas.

Así, las actitudes del hinduismo sobre la muerte y el morir son variadas. El punto en común es que la muerte como tal no es extinción; la perspectiva de morir produce miedo, pero no es una tragedia irremediable. Se dice en los Upanishads: *Si el que mata cree matar y*

*el que es matado se piensa muerto, ninguno de ambos entiende. Ni éste mata ni aquél muere.*⁸ El espíritu, indestructible, es como el hombre que se despoja de un harapo y se pone un nuevo vestido⁹; donde hay muerte, hay nacimiento, o mejor, renacimiento. De ese punto de partida, que la vida humana presente no es única ni definitiva, se extrae una gama muy amplia de conclusiones prácticas, incluso contrapuestas entre sí. Algunas observancias subrayarán la importancia del ascetismo, llegando incluso a justificar la muerte voluntaria por inanición. En muchos grupos, quedará claro que mujeres y niños no representan un ciclo de vida tan valioso como el del varón adulto, y se podrán tomar sus vidas en su lugar, por órdenes tuyas o acompañándolo tras su fallecimiento, dando espacio a la eutanasia activa, el aborto o el sacrificio. Otro tanto puede concebirse entre las castas o *varna*, donde el valor concedido a los inferiores puede autorizar su destrucción útil y honorable. Enfermos contagiosos y agonizantes pueden considerarse “dañados”, y no implicar deber alguno de asistencia. En el otro extremo, ciertas interpretaciones subrayarán *ahimsa*, la no-violencia, y proclamarán el respeto a la vida en todas sus formas. Los adoradores de Krsna, concentrados en su mensaje de desapego del resultado de la acción y en la misericordia universal que se proclama en el Bhagavad Gita, insistirán en la *purusumatra sambandhibhih*, el valor de la persona por el sólo hecho de serlo.

En el caso del budismo, el renacimiento es también un punto de partida. Contradiendo algunas de las convicciones Vedanta, Siddharta Gautama rechazó la organización de castas y dio origen a la Hermandad, el *Sangha*. En su Iluminación, Gautama recordó cien mil de sus vidas anteriores, alcanzó el conocimiento directo del renacimiento, el *karma* y las Cuatro Nobles Verdades. A partir de ahí, el Buddha Sakyamuni enseñó que no es deseable un mejor renacimiento, sino no renacer en absoluto. Entendió que somos herederos de nuestros actos, en una inflexible secuencia de causa y efecto, el karma. La vida es malestar —*dukkha*— que se expresa en la limitación, la enfermedad, la vejez y la muerte: tal es la 1ª verdad. El origen —*samudaya*— del malestar es la sed, la apetencia, el deseo: tal es la 2ª verdad. El cese —*nirodha*— del deseo es la cancelación del malestar, la extinción es la victoria definitiva: tal es la tercera verdad. El camino —*maggā*— para alcanzar el cese es una disciplina de recti-

tud en la acción y el pensamiento: tal es la 4ª verdad. La superación del sufrimiento, en el budismo, pasa por el reconocimiento de nuestra inexistencia fundamental. Por eso, el budista coincide con el hindú en que esta vida presente tiene un valor relativo y está marcada por las consecuencias de vidas pasadas, pero se separa de él al considerar que no hay un yo indestructible que trasmigra, sino un efecto de sucesión en las formas de vida presas aún de la ignorancia. El activo reconocimiento de mi inexistencia hace posible que alcance sucesivos acercamientos a la realidad total, que en el estado de hombre son más propicios. Al final, rotas las amarras, el ser alcanza su apagamiento —*nirvana*—, perfecto e impersonal reposo en sí.

El budismo propone que, precisamente por desapego al renacimiento, debe haber *karuna*, una intensa compasión por los demás seres sensibles, a quienes se debe tratar con delicadeza y cuidado, lo que implicó históricamente que en los territorios por los que se dispersó la doctrina de Sakyamuni sea común la fundación de posadas, hospitales, orfanatos y asilos, lo mismo que el desarrollo de la veterinaria¹⁰. Algunos seres son tan básicos —como vacas y cerdos— que su apego a la existencia presente es mecánico, y su sacrificio queda cargado en formas kármicas desfavorables; de ahí que se prefiera en la medida de lo posible una dieta vegetariana y con peces. La violencia entre seres humanos, las lesiones y homicidios tienen efectos lamentables, condicionando renacimientos en situaciones espantosas, en los infiernos o como espectros. Aunque la pobreza, las enfermedades o la fealdad sean resultado de acciones equivocadas en vidas pasadas, ello no implica que sus portadores deban ser despreciados, sino —por bien de ellos y de quien con ellos se relaciona— han de ser objeto de compasión. El Buddha Sakyamuni enseñó que “quienquiera que desee cuidar de mí, debería cuidar de los enfermos”¹¹. Hay una especial dedicación por los moribundos, a quienes se busca apoyar para una transición tranquila y sin pasiones; en el budismo del norte, se les lee el *Parto Thotrol*, el “Libro Tibetano de los Muertos” para que el que está por morir se guíe en los 49 días de estadio intermedio entre vidas, se despidiera de su familia y de su cuerpo, y de ser posible alcance la iluminación. Se hacen ritos para propiciar un buen destino, con rezos y ofrendas de comida y agua. Los funerales son solemnes, pero en general conformes.

Para el budista la vida ha de ser equilibrada, comedida y desapegada, superando las pasiones y determinaciones del entorno, especialmente los afectos desordenados, las doctrinas falsas y la dependencia material. Se valora el ascetismo, pero no al punto en el que se vuelve riesgoso para la salud corpórea, pues no son los méritos lo que nos libra, sino el conocimiento. La muerte ideal es un fallecer sereno y conciente, recordando las propias acciones sin arrepentimiento, para obtenerse un mejor renacimiento hasta donde lo permita la inercia kármica. Los grandes sabios ya ni siquiera están apegados al no-renacimiento, y así se hace posible el *parinibbana*, la iluminación y apagamiento en el momento justo de morir. Lo que sigue al nirvana es precisamente que no sigue nada, o —como lo explicó un maestro del siglo X— preguntarse por dónde están los que alcanzaron este estado, es como preguntarse, tras apagar una vela, “¿hacia dónde se desvaneció el fuego?”¹².

Muerte y resurrección

El monoteísmo, la experiencia religiosa de base para judíos, cristianos y musulmanes, pone el evento de la muerte en la perspectiva de la resurrección. Recordemos que cristianos y musulmanes juntos superan los tres mil millones de personas, más de un tercio de la población mundial. La muerte, para los monoteístas y a diferencia de hindúes y budistas, es un evento inédito, integral; en ella se juega el sentido entero de la existencia, y tras ella no se espera apagamiento o absorción al Infinito, sino un diálogo interminable con el Santo, en solidaridad ya indestructible con todo el género humano... están convencidos de que —como grita Aliocha Karámazov al final de la novela de la que es protagonista¹³— resucitaremos y estaremos juntos para siempre, en una amistad sin final. Antes de continuar, debo hacer una aclaración puntual: en sus orígenes, el monoteísmo no implicó una creencia en la resurrección. Una de las críticas de Freud a la experiencia religiosa fue lo que él consideró un narcisismo insufrible: dado que el ser humano está demasiado centrado en sí mismo, haciendo gala de un talante egoísta y autocomplaciente, no se imagina a sí mismo como no existiendo¹⁴. Falsamente se quisiera eterno, y mucho de

la religión —continua Freud— son historietas insensatas sobre la inmortalidad, consuelos interesados para mentalidades infantiles que no resisten el principio de realidad. Y de esta ilusión han brotado instituciones, ritos y creencias.

Pues bien, la historia de las religiones y un examen atento de la Escritura nos muestran que tal explicación es falsa; la experiencia monoteísta es dinámica, una revelación progresiva, y su motivación no es un desubicado deseo de inmortalidad. Lo central y originario de la experiencia de los Patriarcas o de —como se suele decir— *Moshe Ravevu*, nuestro rabino Moisés, es la relación con una Persona, el Señor, que es Santo, Celoso y Providente. Después se entenderá que es el Creador Total, o que coincide con la Causa Incausada, pero el punto de partida en la etapas tempranas es que hay un Tú que ha dicho que su Nombre es “Yo Soy el que estoy contigo” (Ex 3, 14), y a mayor abundamiento, “Yo soy el Señor tu Dios, el que te sacó de Egipto, de la Casa de la Servidumbre” (Ex 20, 1). La vida es una vida libre y digna, una vida comunitaria y con sentido, siguiendo sus preceptos; la muerte es la desobediencia, la desunidad y el orgullo. Optar por la vida y defenderla es un deber religioso: “Puse ante vosotros la vida y la muerte... has de elegir la vida” como se dice en el libro del Deuteronomio (Dt 30, 19); la vida tiene por autor a Dios, que da su aliento a los vivientes, y que lo retira de ellos cuando quiere. El homicidio y todo derramamiento de sangre, cuya repulsa es enérgica desde los inicios más remotos, son particularmente odiosos por su cualidad de usurpación, de atentar contra la vida concreta de aquel ser humano y al mismo tiempo contra la soberanía de Dios sobre ella. De Él viene el rocío y el sol, la fortuna y el infortunio, Él es señor de la vida y de la muerte. Siendo Santo, es bondadoso y moralmente perfecto, pero también es Celoso, exige respuestas éticas y es incorruptible ante promesas y sacrificios. El antiguo hebreo teme, como lo hacen también los paganos que lo rodean, a la muerte prematura, repentina, dolorosa o criminal¹⁵. Su fe es que el Señor lo libraré, pero sabe que su poder no queda sujeto a demostración porque un hombre se lo pida. Lo que en cambio queda como una promesa, un compromiso, una Alianza, es que seguirá la vida de nuevas generaciones para continuar esta aventura de Dios con los hombres.

A través de palabras y acontecimientos, el Pueblo Judío va com-

prendiendo que la justicia y la misericordia divinas tienen una real pero misteriosa unión, puesto que no es creíble un Dios que deja eternamente impune al asesino y eternamente inerme a la víctima, y al mismo tiempo la grandeza del Señor no es la vulgar prepotencia de los reyezuelos del Medio Oriente, sino que el mayor despliegue de su poder está en su magnanimidad, en su perdón y oferta de reconciliación. ¿Justo o misericordioso? Especialmente tras la derrota a manos de los caldeos y la posterior deportación, los judíos se saben culpables de abandono de la Alianza, pero no por ello menos elegidos. Así se empieza a perfilar una creencia, al inicio tímida: no es éste el final de la historia. Aunque todo está en contra, Dios no nos dejará en la muerte. “Al tercer día nos restablecerá, y viviremos en su presencia”, dice el profeta Oseas (Os 6,2). Aún ante los huesos calcinados, Dios puede decir “Yo les voy a infundir espíritu, para que revivan, les injertaré a ustedes tendones, les haré criar carne” (Ez 37, 1-6). El pueblo regresará, el justo vivirá, porque Dios no se complace en el triunfo del inicuo. Y así llegamos, en el libro de Daniel, a la convicción sólida: “Muchos de los que duermen en el polvo despertarán: unos para la vida eterna, otros para la ignominia perpetua. Los maestros brillarán como brilla el firmamento y los que convierten a los demás como estrellas, perpetuamente” (Dn 12, 1-3).

Todavía para la época de la destrucción del Segundo Templo, en el año 70 DC, había un influyente grupo en la sociedad judía, los saduceos, que no creía en la resurrección. Pero la codificación posterior asentó firmemente este punto en la doctrina judía. En los Trece Principios de la Fe —*Sloshá Asar Ikarim*— que preparó Rabbí Moshé ben Maimón, conocido como Rambam o Maimónides, se dice en el último artículo: “Creo con toda fe en la resurrección de los muertos a su tiempo, pues es voluntad del Creador que su Nombre sea alabado y ensalzado, y su recuerdo permanezca por los siglos de los siglos”¹⁶. La vida es este intervalo de tiempo a nuestra disposición, intervalo al que la preparación moral y religiosa da sentido. Dice la Mishná (4, 22) “Este mundo es como un vestíbulo para el mundo que ha de venir. Prepárate en el vestíbulo para que puedas acceder al palacio”.

La vida entonces —crucial para el destino eterno, espacio de la prueba, la conversión y el arrepentimiento— debe ser cuidada y valorada. El principio terapéutico es también un deber religioso, y el

Shabbat habla del valor que se le da a la recreación espiritual y física, que retomarán los cristianos con el Domingo y los musulmanes con el viernes. El deterioro físico, debido a accidente, enfermedad o vejez, merece atención, pues la imagen y semejanza de Dios lo exige. El judaísmo tiene una larga tradición de asistencia al moribundo, pues acompañarlo en el último trance es una importante obra de misericordia y la pertenencia al pueblo de la Alianza hace experimentar la solidaridad hasta el final, en la forma de los *hebriyim*, fraternidades de hombres piadosos que velan la etapa terminal de enfermos y ancianos. Se busca en primer lugar que el moribundo ordene su sucesión, ponga paz y se reconcilie con todos. Después, se le invita a la confesión, normalmente con el texto del *Yoré Delá*: “Confieso ante Ti, Eterno, Dios mío y de mis padres, que mi vida y mi muerte están en Tu mano. Que sea Tu voluntad procurarme una perfecta curación, pero si viniese a morir, que mi muerte sirva de penitencia para obtener el perdón por todos los errores cometidos ante Ti”¹⁷. Se recita el *Shemá Yisrael* (Dt 6, 4-5) y otras oraciones, y se siguen reglas estrictas de tratamiento del entorno, y del cadáver tras el fallecimiento, así como de los ritos funerarios. Hay un cuerpo halákico muy desarrollado acerca de la prohibición del suicidio y la eutanasia, el rechazo al encarnizamiento terapéutico y la determinación de validez de un trasplante. El campo del aborto es aún muy discutido, y hay una variedad importante de respuestas, aunque siempre se excluye el aborto no motivado en peligros a la salud de la madre o a factores de responsabilidad previa; siguiendo la regla “una vida vale tanto como otra”, Rabbi Ismael, en el tratado *Sanedrín* del Talmud, o en la época contemporánea Rav Untermann o Rabbi Moshe Feinstein sostienen firmemente la prohibición sin excepción del aborto provocado, pues a partir de la concepción misma hay persona en devenir.¹⁸

En el Corán, el Compasivo, el Misericordioso, es igualmente reconocido como señor de la vida y de la muerte (cfr. azora II, aleyas 244.261; III, 26). Legislador universal, más cercano a cada hombre que su propia yugular, tiene como designio reunir a todos los creyentes de la tierra y hacer una familia de ellos, todos abandonados —muslimes— o entregados por completo a Él. El que da la vida y la retira a voluntad, prohíbe terminantemente la muerte del inocente (sería como matar a toda la humanidad, como se afirma en la azora V,

aleyá 32), el suicidio, el aborto, y advierte a los creyentes del valor definitivo de la vida futura en contraste con la transitoriedad de la vida presente. Las penalidades de esta vida y sus trabajos son ocasiones de mostrarse agradecido sin hipocresía, y en este espacio, que son nuestros años terrenos, se nos concede una oportunidad de gracia para escuchar y seguir el Libro con el que Dios se revela definitivamente.

Con este trasfondo teológico, los maestros de la ley islámica, especialmente entre los sunníes, proporcionaron también indicaciones precisas para atender al moribundo, para sostenerlo en la *Shahada* o declaración de fe, para determinar el fallecimiento, para decidir sobre transplantes, para guiar los funerales. El desarrollo en forma de la medicina científica, mérito innegable de la sociedad islámica entre los siglos VIII y XI, trajo la reflexión religiosa desde muy temprano sobre la eutanasia y el encarnizamiento terapéutico, que son rechazados por igual. La tradición sufi ha consolidado una mística del morir, considerando la espera, la indecisa mejoría, la agonía y el estertor final como otras tantas escenas de una historia de amor entre cada persona y Dios, como el amado con la amada en un rito de cortejo. En el Islam, en el que tiene una importancia mayúscula la descripción de los goces del paraíso y de los tormentos del infierno, es notable la propuesta sufi de amor puro y desinteresado, y de una comprensión de la muerte como noche de bodas.¹⁹

Si en el judaísmo y el Islam la resurrección es un horizonte último de significado, en el cristianismo es eso y también la evidencia primera de la opción religiosa misma. Lo distintivo del cristianismo es Cristo, y confesarlo como El que Vive, más aún, como la Vida misma, es aquello que hace toda la diferencia. La extraordinaria y desconcertante predicación de Jesús es segada por una muerte humillante, que lo descalifica y, literalmente, lo entierra. Los discípulos, sin embargo, apenas unos días después anuncian que está vivo, y lo hacen con un arrojo extraño en ellos, que corrieron a esconderse cuando Jesús fue arrestado. De ahí en adelante, lo que convence es la manifestación del viviente. Cuando Pablo, unos veintidós años después de la muerte de Jesús, explica a la comunidad de Corinto las implicaciones de la fe, dirá que Jesús murió y fue sepultado, y que después se apareció a Pedro, a los Doce, a 500 hermanos “la mayoría

de los cuales aún vive”, a Santiago, a todos los apóstoles y a él mismo (cfr. 1Cor 15, 3-8). Esta lista de testigos señala para los cristianos la fuente de confiabilidad del testimonio: son personas cuya vida (y muerte) se conoció y se compartió, y a quienes se halló dignos de crédito. Los discípulos anunciaron una vida agraciada y llena de sentido debida al Fundamento, al *Logos*, a la Vida, afirmando que lo vieron con sus propios ojos y lo tocaron con sus propias manos, como sostiene Juan (1Jn 1, 1-2), y que no es otro que el Jesús conocido en vida pública.

Para los cristianos la resurrección de Jesús, que literalmente cumpliría la profecía de Oseas referente al tercer día, da significación y dignificación a la vida entera del Maestro, confirma con la autoridad de Dios la verdad de su prédica en la que se dice Uno con Él, Hijo, Puerta que lleva al Padre. La Resurrección lo hace vivo en medio de la gente, en medio de su comunidad a la que todo otro hombre está invitado. La espantosa agonía de Jesús en el tormento romano de la cruz sirve para los cristianos de clave de lectura: si Jesús resucitó, resucitaremos todos; si padeció esa muerte tan ignominiosa, *entonces* toda muerte queda redimida. No sólo es bella y plena la muerte consciente, rodeado de los amigos, cubierto de bendiciones, como son las muertes de Sócrates o de Siddharta; ahora la muerte tiene sentido aún si es indignante, anónima y oprobiosa, aún si se da en medio de la burla y el escarnio, en el abandono por parte de los amigos, y no sólo así, sino incluso a manos de la torva animadversión de quien nos odia o nos desprecia. En la cruz queda cancelada toda monstruosidad y sin sentido; clavándose en el patíbulo, el Señor de la Vida asume la condición humana hasta el final y reconcilia a Dios con los hombres y a los hombres entre sí. La propuesta cristiana con respecto de la muerte es la preparación para un gran encuentro, para el sentido definitivo, al mismo tiempo personal y comunitario. Una buena muerte es un deseo legítimo, y la persona merece todo respeto y atención en su tránsito; pero aún en la desgracia más aguda y en la desolación más completa, detrás y por encima del accidente más inesperado y catastrófico, de la más demencial y gratuita violencia hay Alguien que ya nos abraza.

“Para mí la vida es Cristo, y la muerte una ganancia” dice Pablo (Flp 1, 20). La muerte es entonces esperada, ya no con angustia, o al

máximo con resignación serena; no, ahora se la ve con simpatía, casi con ilusión: “Deseo ya morir y estar con Cristo” (Flp 1, 23). Ya no es el temible fantasma que trastorna nuestros sueños, sino “nuestra hermana, la Muerte corporal” que Francisco de Asís incluye en su Cántico de las creaturas²⁰. La perspectiva de la resurrección produce, por así decirlo, un descentramiento: para el cristiano, la muerte da vida, primero en Jesús, en su cruz que abre las puertas del Paraíso, y después en cada hombre y mujer que han vivido en su seguimiento, pues al fallecer “nacieron al cielo” —*dies natalis* llamaban los cristianos a la fecha en que los mártires eran ejecutados o morían los perseverantes en la fe²¹— y ahora sostienen a los que peregrinan en la tierra con un amor ya no confinado a las coordenadas espacio-temporales.

En resumen, la fe en la resurrección, como hemos visto, no minimiza sino agudiza la defensa de la vida. Las religiones tienen mucho qué decir con respecto de la muerte, pues la cuestión del sentido organiza las expectativas sociales y familiares, y jerarquiza las maniobras técnicas. Con nosotros no simplemente fallece un organismo, sino que muere una persona. Pensar que la aspiración religiosa es un consuelo barato y una ficción tranquilizadora, es no tener una noción histórica de la cultura humana.²² La perspectiva del martirio, de una muerte injusta pero aceptada con confianza, sentirse elegido y privilegiado por perder la vida —la vida física, *biós*, y la vida subjetiva, *psiqué*— para honrar la fidelidad a *Zoé*, a la vida verdadera, es con mucho la expresión más alta de la cultura humana: “el que ama su vida (*psiqué*) la pierde; quien odia su vida (*psiqué*) en este mundo la guardará para la vida (*Zoé*) eterna” (Jn 12, 25). Muchos procesos se truncan y muchas dinámicas llegan a su fin. ¿Será que simplemente nos terminamos, simplemente sucumbimos? ¿o más bien nos perfeccionamos y consumamos?

Escribió el poeta italiano, y sacerdote católico, David María Turoldo:

Pero la Muerte es como atravesar el umbral
Y salir al sol.
La Muerte, acto de amor,
Ingreso a la universal Presencia.

Ese hacerse silencio, entretejidos
De piedra, de raíces,
Ligeros como la luz,
No circunscritos, ya no más solos...
Oh, hermanos, Cristo se encarnó
Para salir de la vida
Y absorber la Muerte,
Para juzgar la vida desde lejos
Como una cosa perdida
Y ponerse a buscarla...
Él no ha dejado ya más la carne
Desde que nació, y desde entonces
*No ha dejado de morir ni un solo día.*²³

Referencias bibliográficas

- ¹ ELIADE, Mircea, Tratado de Historia de las Religiones México: ERA, 1972, p. 43ss
- ² Cfr. por ejemplo DUMÉZIL, Georges El destino del guerrero México: Siglo XXI, 1990
- ³ NETZAHUALCÓYOTL, Textos coleccionados México: SepSetentas, 1972 p. 63
- ⁴ SILVA, Jorge (ed.) Gilgamesh o la angustia por la muerte: poema babilonio México: El Colegio de México, 1995, 2ª ed., p. 220 Citado en MARCHANDOUR, Alain Muerte y vida en la Biblia Verbo Divino, Estella, p. 7
- ⁵ PLATÓN, Phaedo 64 a Oxford: Oxford University Press, 1993, p. 9
- ⁶ MASCO AURELIO Meditaciones: siete libros sobre el arte de vivir Madrid: Debate, 2000, p. 101
- ⁷ RADHAKRISHNAN, Sarvepalli La concepción hindú de la vida Madrid: Alianza, 1982, 3ª p. 79-80
- ⁸ Chandgoya Upanishad 8, 10 en GOODALL, Dominic (ed.) Hindu Scriptures London: Phoenix, 1996 p. 160
- ⁹ Bhagavad Gita 2, 20 en GOODALL, op. Cit., p. 213
- ¹⁰ Cfr. HARVEY, Peter, El Budismo Cambridge: Cambridge University Press, 1998, p. 124ss
- ¹¹ Vinaya Pitaka I, 301-2 en The teachings of Buddha Tokyo: Bukkiō Dendo Kyōkai, 1987 p. 334
- ¹² HARVEY, op. Cit., p. 128
- ¹³ Cfr. DOSTOIEVSKI, Fedor Los Hermanos Karamazov Barcelona: Bruguera, 1972, p. 550
- ¹⁴ Cfr. FREUD, Sigmund Tótem y Tabú Madrid: Alianza, 1984, p. 164ss
- ¹⁵ Cfr. MARCHANDOUR, Alain Muerte y vida en la Biblia Estella: Verbo Divino, 1978, p. 7
- ¹⁶ Cfr. ORIAN, Meir Maimónides: Vida, Pensamiento y Obra Barcelona: Riopiedras, 1984 p. 381

¹⁷ Citado en GARZÓN, Baruj “Judaísmo y Bioética” en GAFO, Javier (ed.) *Bioética y religiones: el final de la vida* Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2000 p. 122

¹⁸ Cfr. HANSEL, Georges *Exploraciones talmúdicas* Madrid: Biblioteca Nueva, 1998 p. 168

¹⁹ Cfr. AL JAMI, Abd ar-rahman *Los hábitos de la intimidad* Barcelona: Olañeta, 1987

²⁰ FRANCISCO DE ASÍS *Escritos* Madrid: BAC, 1980, 2ª ed.

²¹ Cfr. BOYARIN, Daniel *Dying for God* Stanford: Stanford University Press, 1999

²² Cfr. BOWKER, John *Los significados de la muerte* Cambridge: Cambridge University Press, 1996 p. 334-336

²³ “É la morte un’aurora” en *O sensi miei... Poesie 1948-1988* Rizzoli, Milano, 2002

Eutanasia: la no-obligación de preservar la vida. Un análisis lógico-filosófico

*Carlos Lepe Pineda**

Resumen

Se parte de una tesis en favor de la eutanasia, a saber, “todos gozamos del derecho a la vida, sin embargo no estamos obligados a vivir”. Con el fin de aclarar su validez y coherencia, 1. se realiza una breve presentación de la “teoría de los derechos y las obligaciones”; 2. se analiza de manera lógica y filosófica los posibles sentidos y las implicaciones de dicha tesis. La conclusión a la que se llega es que dicha afirmación es lógicamente contradictoria y, por tanto, carece de coherencia y validez.

Antecedente

El Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, organizó en el año de 2001 un Debate sobre la Eutanasia.¹ A partir de la reseña de algunas de las mesas que se presentaron encontré una afirmación que llamó mi atención por su contundencia (al menos aparente) y porque me pareció que ameritaba, más allá de una toma de posición, un análisis lógico y filosófico profundo que mostrara su coherencia y validez.

* Licenciado en Filosofía por la UNAM. Maestro en Humanidades por la Universidad Anáhuac. Coordinador General de Humanidades en esta última Universidad.

La afirmación de referencia aparece del siguiente modo: “Se argumentó el derecho a la vida, pero no el deber de la vida. La sacralidad de la vida, que la haría indisponible, no tiene sustento ético universal vinculante fuera del ámbito subjetivo de la fe religiosa católica, por lo que el pensamiento de un grupo, por numeroso que sea, no puede ser impuesto legal y moralmente a todos en el contexto de una sociedad democrática, plural y tolerante”.²

El texto anterior contiene un largo argumento, que puede reducirse a su primera afirmación. En su forma más resumida, considero que el argumento puede expresarse de la siguiente manera: *La persona humana goza del derecho a la vida, sin embargo no está obligada a vivir* (por tanto, podría decidir su propia muerte).

Teoría de los derechos y las obligaciones

Usualmente consideramos que tener un derecho implica una obligación. Comúnmente se considera que para poder gozar de un derecho (por ejemplo, recibir un sueldo) es necesario cumplir antes una obligación (en el mismo ejemplo, trabajar). Esta intuición tan básica revela una gran verdad. Efectivamente, todo derecho genera una obligación, y toda obligación genera un derecho, necesariamente. Sin embargo, como suele suceder, la comprensión popular de esta doctrina contiene un desenfoque que es necesario corregir.

Efectivamente, como hemos dicho, un derecho implica una obligación, así como una obligación implica un derecho. Los derechos y las obligaciones son esencialmente correlativos. Es decir, el derecho de uno implica correspondientemente la obligación (de otro o de uno mismo, inclusive), y viceversa. Para aclarar esta formulación, veámoslo con un ejemplo.

Retomando el caso anterior. Si una persona tiene el derecho de que *alguien* le pague un sueldo, por tanto ese *alguien* tiene la obligación de pagarle el sueldo. Y visto al contrario: si una persona tiene la obligación de pagar un sueldo, es por la única razón de que alguien tiene el derecho de exigírselo (o sea, el derecho de cobrar un sueldo).

Pero, ¿y dónde queda el trabajo por el que me pagarán el sueldo? En este caso, se trata de otro derecho y de otra obligación: la obli-

gación mía de trabajar genera el derecho del patrón de gozar del producto de mi trabajo. Y de otro modo: el derecho que tiene el patrón de gozar del producto de mi trabajo es correlativa en mí a la obligación de trabajar.

En este caso resulta manifiesto que cuando la obligación se cumple, el derecho necesariamente se satisface.

Sin embargo, en el ejemplo que hemos analizado aparece que cuando uno tiene un derecho, entonces otro tiene una obligación. Esto no es así en todos los casos. En muchas ocasiones la misma persona que tiene el derecho está sujeto a una cierta obligación con el fin de satisfacer ese derecho. Por ejemplo, todos tenemos derecho a la educación. Sin embargo, el derecho a la educación no es completamente extrínseco. Es decir, sólo se puede cumplir si aquel que va a educarse actúa voluntariamente y se dispone a participar en dicho proceso. Por tanto, para ejercer a plenitud el *derecho* a la educación es necesario que el educando mismo cumpla con la *obligación* de educarse.

En este último ejemplo, coinciden el sujeto del derecho y el sujeto de la obligación.

En conclusión, debe afirmarse que derechos y obligaciones son términos esencialmente correlativos y que resulta absurdo afirmar uno sin establecer el otro.

Personas

Ahora bien, hablar de sueldos, educación, servicios públicos, alimentación, etc. es más o menos sencillo. Parece que podemos señalar con cierta facilidad quién es aquél que goza del derecho y quién es la persona sujeta a la obligación correspondiente.

Sin embargo, el caso se complica profundamente cuando aquello que está en juego son las personas mismas.

Propongamos un ejemplo. Tener hijos, ¿es un derecho? Analicémoslo cuidadosamente: si,

- a) es un derecho el tener hijos, entonces
- b) alguien o algo debe estar obligado a darme hijos, o
- c) alguien está obligado a ser mi hijo.

Las opciones “b)” y “c)” son, por supuesto, absurdas. La opción “b)” equivale a encontrar una instancia que determina el nacimiento de los hijos y, por tanto, la posibilidad de demandarle el otorgarme hijos. Tal instancia es absolutamente inexistente.

La opción “c)” implica que alguien debe ser mi hijo. Supongo que se referiría especialmente un no nacido. Esto es tanto como exigir a un no nacido que cumpla con su obligación de nacer puesto que yo tengo el derecho a tenerlo a él como mi propio hijo. Una proposición como esta aparece, cuando menos, como compleja, si no es que surrealista.

Pero, entonces, ¿qué son los hijos? En términos estrictos, los hijos son un *don*. Son recibidos de manera gratuita. No como una cosa; no como una posesión. Son un *otro* que aparece en el horizonte de nuestra vida y que, llegado el momento, de un modo peculiar y autónomo saldrá de ella. Los hijos son un don y, como tal, el don tiene un profundo nexo con el servicio. Los hijos no son para nosotros, sino nosotros para los hijos. Los hijos (no sólo en cuanto hijos, sino en cuanto personas) no están para nuestra autosatisfacción y para proporcionarnos gusto y placer. Al contrario, estamos para formarlos, para animarlos, para amarlos, para ayudarlos a crecer en la responsabilidad y la madurez. Ciertamente, una visión autocomplaciente y hedonista de la paternidad; una visión en la cual los hijos son para uno, revela que antes que ver a los hijos como personas se les ve como cosas: objetos de consumo que puede uno exigir en el mercado de la vida.

Vida humana

Hemos dicho que las personas no deben ser reducidas a objetos, ni en el concepto, ni en el trato. Pero, entonces, ¿qué decir de la vida humana? Para ir entrando en la parte central de nuestro análisis conviene preguntar: ¿En realidad tenemos “derecho a la vida”? ¿Qué quiere decir “tengo derecho a la vida”?

Analicemos esta cuestión siguiendo el método que hemos usado antes: si,

d) existe el derecho a la vida, entonces

- e) alguien o algo está obligado a darme vida, o
- f) estoy obligado a vivir.

La afirmación “e)” establece la obligación correlativa a mi derecho a la vida, que sería el deber de algo o alguien a darme vida. Esto es en extremo complejo de ser interpretado. Podría interpretarse, en primer lugar, en el sentido de que aún sin existir, tenía yo el derecho a vivir y, entonces, la obligación de algo o alguien a que me diera la existencia. O, también, en segundo lugar, a la obligación de algo o alguien a promover mi vida de tal modo que nunca se acabe: mi derecho a vivir sería también la obligación de otro a no dejarme morir jamás. En ambos casos, las interpretaciones parecen insostenibles. Nuestra vida es, de hecho e inevitablemente, finita.

Como tercera posibilidad podríamos interpretar que dado el hecho de que existo, algo o alguien tiene el deber de darme lo necesario para vivir, para preservar mi vida (volveremos a esto más adelante).

En cuanto a la afirmación “f)”, también parece admitir varias interpretaciones. Por un lado, dado que estoy obligado a vivir, parece entonces que implica mi obligación a no morir. Por supuesto, esta versión es inaceptable. O podría indicar, por otro lado, que estoy obligado a preservar mi vida mientras ésta dura. Igualmente, volveremos a esta idea más adelante.

En definitiva, la vida, como tal, no es un derecho. Ninguna persona tiene el derecho de existir, de tal modo que no deba desaparecer jamás. Nadie tiene el derecho a la vida, de modo que en algún momento haya estado obligado a existir o que su existencia haya sido necesaria. Es de tal modo inverosímil la idea de que vivir sea un derecho, que me parece que al discutirlo caemos en el terreno de la fantasía filosófica, por decir lo menos.

¿Qué debemos concluir entonces, a este respecto? Que, al igual que las personas, la vida no es un derecho, es un don. Es más, la vida es intrínseca a las personas. Por eso la vida de la persona es un don al igual que toda ella. No debe tratarse, ni la vida, ni la persona humana, como un bien de consumo. No debe comprarse ni venderse. No debe evaluarse con criterios de “calidad”, ni someterse a la propiedad de nadie. No puede decidirse su principio y no debe precipitarse su final (esta última frase suena a petición de principio, pues lo que quiero

demostrar es lo que afirmo en plena prueba. Estoy de acuerdo. Olvidemos esto último).

Pero queda aún en pie una cuestión. Si carece de sentido hablar de “derecho a la vida”, entonces, ¿en qué consiste el “derecho a la vida” tan traído y llevado en el contexto de los derechos humanos? Se refiere, concretamente, al derecho *a la preservación y al respeto* de la vida. Y la preservación y el respeto de la vida es, efectivamente, un genuino derecho humano.

Evaluémoslo en el esquema que ya hemos usado: si

g) tengo derecho al respeto y la preservación de mi vida, entonces

h) todos están obligados a respetarme mi vida y a ayudarme a preservarla, o

i) yo estoy obligado a respetar mi vida y a preservarla.

Efectivamente, y en este caso se trata de una “ó” inclusiva. Es decir, no estamos en el caso de que se dé “ó h) ó i)”. En este caso es como decir, iré al cine o al teatro, y sin embargo voy al cine y al teatro porque no es imposible asistir consecutivamente a ambos lugares. En el caso de “h)” y de “i)” es lo mismo. Los demás tienen tanta obligación como la que yo tengo.

De este modo, si existe el derecho al respeto y la preservación de la vida, *la humanidad entera está obligada a respetar y poner las condiciones para preservar la vida de cada uno de los demás*. Por otro lado, *no sólo estoy obligado a respetar y promover la vida de los demás, sino, especialmente, mi propia vida*.

Conclusión, una prueba más y corolarios

Por tanto, y como conclusión general establezco que *es falso que se pueda tener derecho a (el respeto y la preservación de) la vida y que, a la vez, no se tenga la obligación de vivir (es decir, de preservar la propia vida o la de los demás)*.

Pero aún podemos echar mano a un recurso lógico más, que es la reducción al absurdo. Esta prueba consiste en suponer que fuese verdadero lo que es falso, se lleva adelante la prueba mediante la deducción y de ahí se tiene que inferir algo absurdo. Veamos.

Supongamos que es cierto que

j) tengo derecho a la preservación de la vida, pero no estoy obligado a sostenerla

De aquí se seguiría con probabilidad que

k) si yo no estoy obligado a sostener mi vida, por tanto, nadie tiene obligación de preservar mi vida (en efecto, al negar mi obligación estoy negando, al menos en principio, la corresponsabilidad de toda la humanidad; véase al respecto el comentario en la observación “1”).

Si esto es cierto (“j”) y (“k”), entonces, como nadie está **obligado** a preservar mi vida, por tanto, *no existe mi derecho a la preservación de la vida*. Como explicamos, el derecho y la obligación son esencialmente correlativos. Por tanto, si nadie está obligado a preservar la vida de persona alguna, entonces nadie tiene el derecho a la preservación de la vida.

Este es el resultado absurdo al que queríamos llegar. Es falsa la afirmación “j”) porque no identifica la contradicción intrínseca en ella: al decir que “tengo derecho a la preservación de la vida, pero no estoy obligado a sostenerla” niega, lógicamente, la existencia de tal derecho a la preservación de la vida. Y esto es absurdo, por contradictorio.

Por lo tanto, queda demostrado que es, no sólo falso, sino absurdo, lógicamente inaceptable, decir que “tengo derecho a la preservación de la vida, pero no estoy obligado a vivir”.

Dos observaciones más, a modo de observaciones:

1. según el análisis que hice más arriba de la afirmación “k”), decía que si yo no estoy obligado a sostener mi vida, entonces nadie está obligado. Pero, ¿y qué tal si alguien dijera que yo no tengo tal obligación pero que todos los demás la tienen? Lo que sucedería es que todos los demás, en cumplimiento de su obligación, deberán evitar que yo deje de preservar mi vida, pues, es evidente, están obligados a ello. Sería un terrible conflicto de intereses y su intervención para hacer ineficiente mi decisión (de dejarme morir) sería obligatoria para cada uno de ellos. Y

2. Es un hecho que hay personas que no desean vivir más. Es un hecho que hay personas que piden a sus doctores y enfermeras que acorten sus días. Pero del hecho de que alguien no desee vivir no se sigue que es un derecho el quitarse la vida. Como hemos visto, el derecho a (la preservación de) la vida implica la obligación (propia y

de los demás) de preservar la vida de todos. Y los derechos son irrenunciables: no puede ser esclavo aún aquel que lo desea voluntariamente. Igualmente, la pura voluntad de morir no niega ni transforma el derecho a la preservación de la vida. Cuando alguien pone los medios para morir más pronto (o para matar a alguien, por el motivo que sea) está evitando que se ejerza un derecho, el derecho a vivir; y, aún más, está faltando a una gravísima y universal obligación: la obligación de respetar, preservar y promover la vida de todos.

Referencias bibliográficas

¹ Cfr. Boletín de la Asociación Panamericana de Bioética. Volumen II. Número 1. Abril de 2001. Internet: www.apabe.com.

² Ibid. p. 2.

Reseña bibliográfica

*José Enrique Gómez Álvarez**

Singer, Peter. *Una vida ética. Escritos*. Ed. Taurus, Madrid, 2002 (414 pp).

El libro busca reunir en un solo volumen el material más representativo de este autor respecto no sólo de la bioética sino también de otros temas como la pobreza, el respeto a los animales, etc. Peter Singer de hecho explica: “Muchas personas tiene opiniones contundentes sobre mi trabajo pero pocas han leído realmente alguno de mis libros o artículos. Sin embargo, tenían la excusa de que mis escritos están diseminados a lo largo de un buen número de libros y revistas, no todas ellas fáciles de conseguir. Lo que la gente necesitaba... era una selección manejable en un único volumen que presentara mis ideas centrales, con mis propias palabras y con el suficiente contexto como para hacerlas comprensibles. Así que aquí está.” (p. 9). En este sentido, el libro es una compilación que abraza las obras más conocidas de este autor, *Ética práctica*, *Liberación animal* y *Repensar la vida y la muerte*, junto con otros materiales publicados en revistas especializadas.

El libro está dividido en cinco partes principales, además de la Introducción (pp.9-17): “La naturaleza de la ética” (pp. 19-35), “Más allá del concepto de especie” (pp.37-131); “Salvar y quitar la vida humana (pp.133-274); “Ética, interés propio y política” (pp.275-333) y cierra con “Notas autobiográficas” (pp. 335-375).

* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Investigador en la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac.

La primera parte plantea algunos supuestos de los que parte en la ética para sus análisis. Estos supuestos pueden resumirse en dos: 1. La necesidad de que existan expertos morales, que dedican tiempo especial y exclusivo a la discusión de los problemas éticos y 2. la visión utilitarista de la ética: “la forma de pensar que he resumido es una forma de utilitarismo. Difiere del utilitarismo clásico en que las “mejores consecuencias” es entendido como aquello que, en conjunto, satisface los intereses de los que están concernidos, más que meramente incrementa el placer y disminuye el dolor” (p. 35).

La segunda parte comienza con el prólogo de *Liberación animal* de 1975, para posteriormente entrar a diversos pasajes de este mismo libro y otros escritos que plantean el problema de los llamados “derechos animales” de acuerdo a una perspectiva utilitarista en donde los animales comparten con el hombre la posibilidad de sufrir dolor. Singer señala que el maltrato a los animales es semejante al racismo y otras especies de discriminación. Singer define así “especieísmo como un “prejuicio o actitud de prejuicio a favor de los intereses de los miembros de nuestra propia especie”. (p. 52).

La segunda parte cierra con la sección VII “Una filosofía vegetariana” en donde expone su visión respecto a esta postura.

La Tercera parte comienza con el capítulo X “Hambre, riqueza y moralidad”, en donde realiza una crítica de los niveles de consumo de los países desarrollados en detrimento de los del Tercer Mundo. Después es seguido por el capítulo “La solución de Singer a la pobreza en el mundo” que sigue la misma tónica. El capítulo XII “¿Qué hay de malo en matar?” es el núcleo para entender los siguientes capítulos de esta sección. Aquí, Singer discute la doctrina de la “santidad de la vida humana” entendida como que la vida humana tiene un valor especial muy diferente al resto de las vidas. Después discute diversos conceptos de “ser humano” y “persona” para proponer que se utilice este término “... en el sentido de un ser racional y autoconsciente, para englobar aquellos elementos del sentido popular de “ser humano” que no quedan cubiertos por “miembros de la especie *Homo sapiens*”. (p.160). Posteriormente rechaza la concepción cristiana del valor de la vida humana debido a que, a su juicio, hay que buscar una respuesta secular. Analiza las perspectivas del utilitarismo clásico, del utilitarismo de preferencia y una teoría de derechos re-

nunciables, para dilucidar cual podría ser el valor de la vida humana. En el siguiente capítulo, “Quitar la vida: el embrión y el feto”, parte del análisis del argumento: Es erróneo matar a un ser humano inocente, Un feto humano es un ser humano inocente por tanto, es erróneo matar a un feto humano. Posteriormente crítica las tesis liberales a favor del aborto, por que a su juicio equivocan el ataque, que consiste normalmente en la negación de la segunda premisa. Singer señalará que, a su juicio, la debilidad proviene de la primera premisa: la santidad de la vida humana. El capítulo cierra con la consecuencia que habría algunas razones, aunque muy limitadas, para permitir el infanticidio. Después del texto del prólogo de “Repensar la vida y la muerte”, discute el tema del enfermo terminal, señalando que hay una crisis en la concepción misma de muerte cerebral generando muchos problemas respecto a que hacer en los casos límites. Después de un capítulo que resume la posición frente al infanticidio, Singer aborda el problema de la eutanasia voluntaria en donde concluye a favor de éstas en que “...descansa en esta combinación de respeto a las preferencias, o autonomía, de aquellos que deciden que les sea practicada la eutanasia y el claro fundamento racional de la propia decisión”. (p. 235). El capítulo XVIII se abordan las diferencias de la concepción del nazismo respecto a la eutanasia y la posición defendida por este autor. La tercera parte se cierra con el capítulo “El lugar de la vieja ética”, en donde se contraponen la ética de la santidad de la vida y la nueva ética que propone Singer.

La cuarta parte del libro se titula “Ética interés propio y política”. Aquí, Singer aborda como línea principal el tema de porque elegimos actuar moralmente. Esto queda planteado en el capítulo XX “La elección última” cuando señala el autor: “Cada uno debemos preguntarnos: ¿qué lugar tiene la ética en mi vida cotidiana? Al pensar sobre esta cuestión, preguntémosnos: ¿qué pienso que es una vida buena en el más amplio sentido del término? Ésta es un pregunta última.” (p.283). En el capítulo XXI “Vivir éticamente” nos señala muchos ejemplos de héroes que decidieron tomar posturas éticas en contra de su propio interés. El autor señala que esto mismo sucede no sólo con grandes hombres señalados sino en personas cotidianas. En el capítulo XXII, “La vida buena” (pp.305- 314) Singer plantea el problema de la objetividad moral señalando que la mayoría de las teorías éticas

señalan la necesidad de adoptar un punto de vista universal. Singer sugiere que se debe optar por una vida moral y rechazar el egoísmo prevaleciente. En “Darwin para la izquierda” Singer comenta que la izquierda requiere nuevos paradigmas que la rescaten, después del colapso del comunismo. La izquierda darwiniana, según este autor: “... no negaría la existencia de una naturaleza humana, ni insistiría en que la naturaleza humana es inherentemente buena o infinitamente maleable,,, no esperaría poner fin a todo conflicto y lucha entre los seres humanos ... no asumiría que todas las desigualdades se deben a la discriminación, el prejuicio, la opresión o el condicionamiento social.” (p. 324). La cuarta parte del libro cierra con “Una vida con sentido” en donde describe el testimonio de Henry Spoiria en los últimos años de su vida como ejemplo de tener una vida con sentido.

El libro cierra con “Notas autobiográficas” . En esta parte, Singer comenta su involucramiento con el movimiento de liberación animal (“Liberación animal: una visión personal”) y su propia visión de su filosofía y de sus críticos en “Cómo no me dejaron hablar en Alemania” y “Una entrevista” .

El libro cumple las expectativas de proporcionar una visión de las principales tesis del autor. El libro es recomendable para entender la visión utilitarista de Singer sobre todo en el campo de la bioética.



Facultad de
Bioética

TEMAS ACTUALES DE BIOÉTICA

El Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, tiene el gusto de comunicar a los lectores de la revista Medicina y Ética, que recientemente ha publicado el libro TEMAS ACTUALES DE BIOÉTICA en conjunto con Editorial Porrúa, el cual ya se encuentra a la venta en las distintas librerías.

DIEZ TEMAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Les comunicamos además de la publicación del libro DIEZ TEMAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, escrito por el Dr. Javier Marcó Bach y por la Dra. Martha Tarasco Michel y editado por Ediciones Internacionales Universitarias de Madrid. El libro se encuentra a la venta en las distintas librerías. Les podremos proporcionar mayor información en las oficinas del Instituto de Humanismo.

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud

Facultad de Bioética

Universidad Anáhuac

Apartado Postal 10-844

C.P. 11000, México D.F.

Tel y Fax. (52) (55) 5328-8074

E-mail: ojmartin@anahuac.mx



Facultad de
Bioética

DOCTORADO EN BIOÉTICA

Requisitos de admisión:

- 1) Llenar solicitud —la cual será proporcionada en la misma Universidad— y acompañarla de los siguientes documentos:
 - Copia* del Título de Licenciatura.
 - Copia* de la Cédula Profesional.
 - Copia* del Certificado de estudios de licenciatura que incluya promedio de calificaciones.
 - Copia* del Certificado de Estudios de Maestría.
 - Copia* del Certificado del Grado de Maestría
 - Original del Acta de Nacimiento.
 - *Curriculum vitae*.
 - 4 fotografías tamaño infantil.
 - 2 cartas de recomendación académica o de experiencia laboral.
- 2) Entrevista personal con el coordinador del Doctorado (solicitar cita).

* Las fotocopias de los documentos solicitados deberán ser certificadas ante Notario Público, o en su defecto, entregar fotocopia simple presentando en el momento de su entrega el documento original para su validación.

El Doctorado en Bioética tiene como objetivo formar especialistas en el área de investigación con un elevado nivel académico, que cuenten con una amplia visión nacional e internacional sobre la materia, y sean capaces de generar y aplicar el conocimiento científico y humanístico en apoyo al desarrollo del país.

La preparación académica de los candidatos a doctorado comprende la asistencia a cursos monográficos, los cuales son impartidos por profesores y doctores tanto nacionales como internacionales.

El alumno deberá realizar una investigación de tesis doctoral.

Al concluir la investigación doctoral y presentar satisfactoriamente un examen oral sobre el mismo, la Universidad Anáhuac le otorgará el grado en Doctor en Bioética.

Informes:

Dra. Martha Tarasco Michel
Coordinadora del Doctorado
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Tel. (55) 5328-8074

E-mail: mtarasco@anahuac.mx



Facultad de
Bioética

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

La Universidad Anáhuac anuncia la próxima apertura de la VII generación de su Maestría en Bioética la cual dará inicio en el mes de agosto de 2003.

La Maestría en Bioética cuenta con reconocimiento de validez oficial por la SEP con fecha del 19 de febrero de 1998.

Requisitos de admisión:

- 1) Llenar solicitud —la cual será proporcionada en la misma Universidad— y acompañarla de los siguientes documentos:
 - Copia del título profesional.
 - Copia de la cédula profesional.
 - Certificado de estudios de la carrera.
 - Original del acta de nacimiento
 - *Curriculum vitae*.
 - 6 fotografías tamaño infantil.
 - 2 cartas de recomendación de experiencia laboral o académica.
- 2) Entrevista personal con el coordinador de la Maestría (solicitar cita).
- 3) Una vez aceptado como alumno de la maestría, efectuar en la caja de la Universidad el primer pago de la misma.

Programa de estudios

La maestría se cursa en cuatro semestres con quince semanas de clases *c/u* y con nueve horas de clase por semana.

Primer Semestre

Fundamentos de la filosofía
Antropología filosófica I
Fundamentación filosófica del derecho

Segundo Semestre

Metodología filosófica
Legislación sanitaria I
La persona y el derecho
Conceptos básicos de medicina general

Tercer Semestre

Antropología filosófica II
Fundamentos filosóficos de la bioética
Legislación sanitaria II

Cuarto Semestre

Temas selectos de medicina
Bioética clínica
Seminario en docencia universitaria

Informes:

Dr. Oscar J. Martínez González
Coordinador de la Maestría
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Tel. (55) 5328-8074

E-mail: ojmartin@anahuac.mx

La Universidad Anáhuac anuncia la creación de su Facultad de Bioética

La sociedad contemporánea se pregunta cada vez con mayor preocupación sobre la validez y oportunidad de innumerables intervenciones científicas, biomédicas y jurídicas que afectan profundamente a la salud, la vida y el bienestar de los seres humanos, e inciden ampliamente sobre el ecosistema en el que habitamos. Cada día se hace más urgente contar con profesionistas de la bioética expertos y sensibles al valor de la vida y dispuestos a promover el respeto de la dignidad humana.

Objetivo

La Universidad Anáhuac crea la Facultad de Bioética con el objetivo de formar profesionistas de alto nivel, capaces de ofrecer un juicio de valor ante las decisiones económicas, políticas y sanitarias que afectan a la vida y salud de todos y cada uno de los hombres y mujeres de nuestro planeta, sin distinciones de razas, edades, condición socioeconómica o cualidades personales, en la búsqueda de un equilibrio ecológico justo y razonable.

Programas

Cursos

- Especialidad en Bioética y Derecho
- Cursos de Métodos de Detección de la Fertilidad Femenina (usuarias, médicos)
- Comité de Bioética Independiente
- Doctorado en Bioética
- Curso de Tanatología

Autoridades

Dr. José Kathy Porter
Director

Dra. Martha Tarasco Michel
Directora Ejecutiva

Dr. Oscar J. Martínez González
Secretario Académico



Facultad de
Bioética



Vence el mal con el bien

Universidad Anáhuac

Av. Lomas Anáhuac s/n, Huixquilucan, Estado de México, C.P. 52786.

Infonormas: (55) 53 28 80 74 y (55) 56 27 02 10 ext. 7146, 7205, 7206, 7241, 7308,
sin costo al tel.: 01 800 508 98 00. www.anahuac.mx

REVISTA MEDICINA Y ÉTICA

PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: \$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dlls.

Otros países: \$ 85 U.S. dlls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: \$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dlls.

Otros países: \$ 30 U.S. dlls.

Deseo recibir la revista *Medicina y Etica*

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

País: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor, enviar cheque a nombre de:

INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES S.C.

Número de cheque: _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud

Facultad de Bioética

Universidad Anáhuac

Apartado Postal 10 844

C.P. 11 000, México, D.F.

Email: ojmartin@anahuac.mx