

REVISTA

CLAR



Año XLVII - N° 1 / Enero - marzo 2009

CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE RELIGIOSOS · CONFEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DOS RELIGIOSOS
CONFEDERATION OF LATIN AMERICAN RELIGIOUS · CONFEDERATION LATINOAMERICANE DES RELIGIEUX

Asuntos bioéticos y nueva evangelización

VIDA RELIGIOSA MÍSTICO - PROFÉTICA AL SERVICIO DE LA VIDA

Revista CLAR

Año XLVII - N° 1
Enero - marzo 2009
ISSN: 0124-2172

Revista Trimestral de Teología de la Vida Religiosa
Publicada por la Confederación Latinoamericana de Religiosos - CLAR

Director:	P. Ignacio Antonio Madera Vargas, SDS
Consejo de dirección:	Hna. María de los Dolores Palencia, HSJL Hno. Ángel Medina, FMS Hna. Maris Bolzan, SDS P. Pío González, MSC Hna. María del Socorro Henao, CTSJ
Colaboradores:	Consejo de redacción: Hna. Josefina Castillo, ACI Hna. Beatriz Charria, OP Hna. María del Socorro Henao, CTSJ
P. Márcio Fabri dos Anjos, C.Ss.R. P. Alberto G. Bochaty, OSA P. Miguel Manzanera, SJ Dra. Marta Fracapani de Cutiño Dra. Paulina Taboada P. Leo Pessini, SC Ir. Vera Ivanise Bombonato, FSP	Consejo editorial: P. José María Arnaiz, SM Ir. Vera Ivanise Bombonato, FSP Hna. Maricarmen Bracamontes, OSB Hna. Margot Bremer, RSCJ P. Jean-Hérick Jasmin, OMI P. Víctor M. Martínez, SJ P. Roberto Tomichá Charupá, OFMconv Ir. Lucía Weiler, IDP Fr. Vanildo Luiz Zugno, OFM, cap.
Revisión de estilo: Hno. Bernardo Montes, FSC	

Editor:
Hno. Oscar Elizalde Prada, FSC

**Departamento de publicaciones
y comunicaciones:**
Alexandra Viviana Viuche

Diseño y diagramación:
Martha Viviana Torres López

NOTA: Las ideas expresadas en los artículos son
responsabilidad de sus autores.

Información para suscripciones 2009

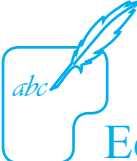





Colombia: \$ 67.000
América Latina y el Caribe: US\$ 55
Europa: €60
Resto del mundo: US\$ 65

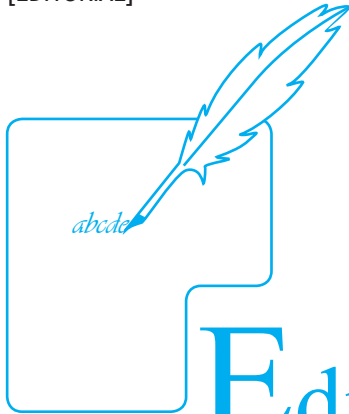
Suscriptores en Colombia, cancelar directamente en la Sede-CLAR o consignar en la Cuenta Corriente No. 014790364 del Banco GNB-Sudameris a nombre de Confederación Latinoamericana de Religiosos - CLAR. Enviar comprobante de consignación al fax (1) 2175774.

Suscriptores de otros países, girar cheque en dólares o euros pagadero en un banco de Estados Unidos por el valor correspondiente, a nombre de la Confederación Latinoamericana de Religiosos - CLAR y enviarlo por correo certificado a la Sede-CLAR en Colombia.

Administración:
Calle 64 N° 10-45 piso 5°
Tels. (57-1) 3100481 · Fax: (57-1) 2175774 · Apartado Aéreo 56804
E-mail: revistaclar@clar.org · www.clar.org
Bogotá, D.C. - Colombia

Impresión:
CMYK LTDA.
Impreso en Colombia

	Editorial	4
	Colaboradores	9
	Reflexión Teológica	12
	Bioética no contexto das grandes transformações atuais.	12
	Márcio Fabri dos Anjos, C.Ss.R.	
	Bioética: búsqueda de sentidos y significados en un mundo pluralista.	29
	Alberto G. Bochaty, OSA.	
	Bioética sobre el inicio de la vida humana.	46
	Miguel Manzanera, SJ.	
	Bioética desde un comité hospitalario de ética latinoamericano.	63
	Marta Fracapani de Cutiño.	
	Dimensión ética del morir.	82
	Paulina Taboada.	
	Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde.	101
	Leo Pessini, SC.	
	Perspectivas	121
	Al servicio de la vida.	121
	Vera Ivanise Bombonato, FSP.	
	Subsidios para el camino	131
	Hacia la XVII Asamblea General de la CLAR.	131
	Cartillas de reflexión temática (Pre-Asamblea). ETAP.	
	Reseñas	150
	Ser o no ser: la VR del siglo XXI.	150
	Bartolomeu de las Casas.	152
	Justicia para todos.	153



Editorial



Ignacio Madera Vargas, SDS
Presidente de la CLAR

Cuando he vivido la experiencia de ver la gente de mi barrio tendida en una cama del corredor de un hospital público o privado, me he preguntado por la vida y el respeto a la vida. He salido de tantos hospitales colombianos con rabia en los pliegues de la conciencia después de ver pulsar el corazón, hasta ser perceptible al exterior, de una mujer de fe, pero pobre, con arritmia cardiaca y varios días en un corredor de lo que era en ese tiempo un hospital del Estado. Y nadie se dolió de ella. Y seguro estoy, que esto no sucede sólo en mi país.

He recibido en mis hombros el llanto inconsolable de una madre que no sabe ni entiende por qué a su hijo asesinado en una pelea de pandillas, se lo entregaron sin ojos y sin los órganos más importantes de su cuerpo en la morgue de una de nuestras ciudades importantes. Y he sentido rabia en la intimidad de la vida.

He tenido que escuchar las historias de mujeres jóvenes que han abortado tras haber sido violadas en las noches oscuras de las calles sin luz y los caminos tortuosos de veredas y tugurios. ¡Y cuánta

tristeza he sentido! He vivido la angustia de hombres y mujeres de clase media que luchan y luchan, invierten y rezan buscando el hijo biológico de los sueños y fantasías, que no han logrado tener.

He sabido de personas que han tenido que rechazar, el encarnizamiento terapéutico y recomendar los cuidados paliativos, para un familiar querido, que en una unidad de cuidados intensivos, estaba conectado a diversos aparatos y recibiendo múltiples medicamentos. Al mismo tiempo se les decía que no había esperanzas de recuperación. Y la cuenta crecía en proporciones alarmantes.

La vida, la defensa de la vida, el servicio a la vida, la preservación de la vida, son dimensiones que han ocupado y preocupado a la Vida Religiosa latinoamericana y caribeña a lo largo de su grandiosa tradición de compromiso hasta el martirio. La Confederación Latinoamericana de Religiosos y Religiosas-CLAR, ha querido incursionar en un terreno que no ha sido de sus tradiciones de los últimos años, para impulsar el interés por la necesidad de responder con altura y claridad de criterios, a tantas situaciones cotidianas que tenemos que enfrentar los religiosos y religiosas del Continente y a las cuales debemos responder sin dilaciones mayores.

El desarrollo de las ciencias que se refieren a la vida y al comportamiento humano con relación a la misma, nos desafían y retan. Las formulaciones del magisterio debemos tenerlas presente y acatarlas, ello nos señala igualmente, la necesidad de conocer muy bien algunas expresiones, planteamientos y exigencias, que vienen de la ciencia o de las legislaciones de los diversos pueblos, porque estos pueden entrar, no solo en conflicto, sino en clara contradicción o rechazos evidentes de nuestras convicciones, criterios y principios. No será eludiendo o ignorando estos grandes desafíos, como la Vida Religiosa prestará su servicio a la vida, sino confrontando, discutiendo y discerniendo, dilucidando y planteando criterios claros que nos permitan estar a la altura de un momento histórico con alternativas que nos abocan a lo impredecible.

Los grandes debates éticos al servicio de la vida nos deben encontrar

enterados y enteradas, uniendo la claridad evangélica y la formulación eclesial a la competencia profesional y científica. La legítima autonomía de los valores terrenos y la sana laicidad, acerca de las cuales en estos tiempos se ha pronunciado positivamente el Santo Padre Benedicto XVI, nos piden lucidez para saber darle a cada situación o problemática, sus justos linderos.

No voy a entrar en la consideración de aspectos propios de los y las especialistas que nos ilustran este número de la Revista CLAR, sino que quiero insistir en el significado de la tarea que nos ha sido encomendada: estar mística y proféticamente al servicio de la vida. Por ello, estamos llamados y llamadas a reproducir en las 22 Conferencias de Religiosos/as que componen la CLAR, las inquietudes, iniciativas y propósitos que han resultado de Seminario sobre Bioética. No solo con la publicación de estas memorias, sino ante todo con la socialización de sus discusiones, de sus anhelos y de sus inquietudes fecundas.

La bioética, como saber que se desarrolla mucho más en estos últimos tiempos, no puede ser marginal a las preocupaciones por la vida, ni tan solo asunto de especialistas. En la vida corriente, en el diario vivir, nos encontramos con situaciones que tienen que ver con los inicios de la vida como la procreación asistida o el aborto, con el desarrollo y el sustento de la vida, como los trasplantes de órganos o la implementación de terapias que conllevan riesgos no siempre previsibles. Pero igualmente con lo que tiene que ver con el final de la vida, no solo en los hospitales con tecnologías de punta sino también en la inyección letal que un farmacéuta o suplantador de médico, puede hacer colocar a una mujer inválida desde hace más de diez años y así resolver definitivamente una situación que se considera humanamente insoportable.

Los asuntos éticos de la vida, en los pueblos nuestros, están ligados también al asunto de la pobreza y de los pobres. Una reflexión que solo se quede en cuestiones de purismo académico o de cientificismo dogmático, no es la que debe orientarse y animarse desde la Vida Religiosa latinoamericana y caribeña sino la que, consciente de los

riesgos y límites de algunos datos del presente, se atreve a discernir, proyectar y prospectar, teniendo muy en cuenta que somos parte de una Iglesia en búsqueda y que no somos de los y las que asumimos una dogmática ciencia sin conciencia.

La Presidencia de la CLAR, al impulsar estas reflexiones es plenamente consciente de su novedad y de su importancia. Necesitamos responder con altura, seriedad y serenidad críticas a este desafío. La libertad de los hijos de Dios de la que nos habla Pablo de Tarso, nos estimule y entusiasme. Porque la Vida Religiosa místico-profética al servicio de la vida, ha sido invitada en este trienio a nutrirse de un tríptico del Evangelio de Juan que puede ser igualmente orientador de nuestras reflexiones y búsquedas: “Yo soy el camino, la verdad y la vida”; (Jn 14,6) “he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia”; (Jn 10,10) y “vayan y den fruto y su fruto permanezca”; (Jn 15,16).

Este ir por la ruta, en la dinámica del samaritano que se baja de la cabalgadura para responder a la situación del herido en el camino, es lo que permitirá a la Vida Religiosa, comprometida en el sector de la salud o inquieta y desafiada por los asuntos bioéticos, a ser presencia samaritana para que muchos y muchas tengan vida y vida como Dios manda, de manera que nuestros frutos sean de vida y sean abundantes.

Diseñar, pensar y prospectar los modos como las diversas Conferencias puedan despertar a las inquietudes y planteamientos que se ofrecen en esta publicación, nos conducirá a que, los buenos aires de Buenos Aires, donde se realizó este Seminario de asuntos bioéticos y nueva evangelización, revitalicen los pulmones del Continente para que su vida religiosa sea defensora sin condiciones de la vida desde sus inicios hasta su final.

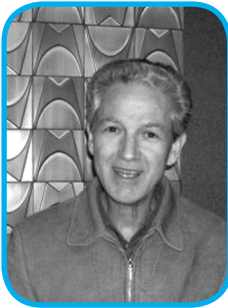
Místicos y místicas, es decir hombres y mujeres que viven la existencia en Dios y desde Dios en hospitales, clínicas y sanatorios de alta tecnología, en los comités de ética de los mismos, pero igualmente en los centros de salud de barriada, en el diálogo con curanderos y

curanderas populares, en la visita a los enfermos de todos los estratos, en el acompañamiento solidario porque ha llegado, a la hora menos esperada, la visita del ángel del dolor por la enfermedad inesperada o el dolor sin solución en el presente y para el futuro.

Profetas y profetizas que sabemos denunciar con serenidad y fortaleza todo irrespeto al don sagrado de la vida dada por Dios, que no se amilanan ante los poderes que, por el desenfrenado interés de ganancia al interior de un capitalismo decadente, coloquen la ganancia y el comercio por encima de la vivencia de valores fundamentales de la fe.



Colaboradores



MÁRCIO FABRI DOS ANJOS, C.Ss.R.

Sacerdote re-
dentorista bra-
sileño de lar-
ga trayectoria
como colabora-

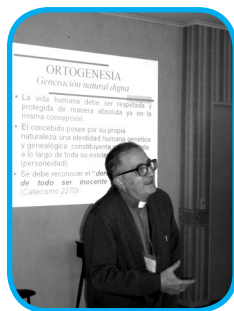
dor de la Conferencia de Religiosos de Brasil y permanente actividad pastoral en comunidades de periferia. Es doctor en teología y licenciado en filosofía. Tiene estudios especializados en teología moral y bioética. Profesor del Centro Universitario S. Camilo en São Paulo (Brasil) y del Instituto São Paulo de Estudios Superiores. Hace parte del Comité de Bioética del Consejo de Medicina de São Paulo y es miembro de la directiva nacional de la Sociedad Brasileña de Bioética. Autor de numerosas publicaciones en el campo de la teología y la bioética.



ALBERTO G. BOCHATEY, OSA.

Religioso Agus-
tino. Como sa-
cerdote ha de-
sarrollado su
misión en pa-
rroquias y fue

vicario parroquial. Estudió en Roma su Licenciatura en Teología Moral, con especialidad en Bioética, y su maestría en Bioética (Pontificia Universidad Lateranense). Se ha desempeñado como Director del Instituto de Bioética y del Máster en ética biomédica, en la Pontificia Universidad Católica Argentina. Docente de teología moral y de bioética desde el año 1989, tanto en universidades argentinas como en extranjeras. Autor y co-autor de varios libros y numerosos artículos de bioética, publicados en revistas especializadas nacionales y extranjeras.



MIGUEL MANZANERA GARCÍA, SJ.

Religioso jesuita. Nació en Bilbao - España hace 70 años. Después de estudiar derecho

y ciencias económicas, ingresó en la Compañía de Jesús en Loyola. En 1967 fue traspasado a Bolivia para el magisterio. Realizó su doctorado en teología en Roma y Frankfurt. Desde hace ya más de 30 años trabaja en Cochabamba, Bolivia, dedicado a tareas pastorales y académicas. Forma parte de la Pontificia Academia por la Vida y dirige el Instituto de Bioética de Universidad Católica Boliviana y también el Apostolado de la Evangelización Provida (ANEPROVIDA) en Bolivia.



MARTA FRACAPANI DE CUTIÑO

Médica argentina con especialidad en pediatría y terapia intensiva pediátrica. Doctora en Medicina

y magíster en Bioética. También es especialista en Docencia Universitaria, en Bioética Clínica y Bioética Fundamental. Ha realizado pasantías académicas en Chile, República Dominicana y España. Desde 2007 es Jefe del Departamento de Interacción Clínica. Autora y coautora de libros, artículos y trabajos de investigación publicados en anales técnico-científicos nacionales e internacionales. Sus trabajos han sido premiados a nivel nacional o provincial. Es la presidenta de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética.



PAULINA TABOADA

Doctora chilena, especializada en Medicina Interna. Posee un Doctorado en Filosofía de la Academia Internacional de Filosofía en el Principado de Liechtenstein. Profesora asociada al Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. En su actividad clínica, ejerce un importante liderazgo en el campo de los Cuidados Paliativos. Ha participado en diferentes proyectos

internacionales de investigación y ha publicado algunas de sus contribuciones en libros y revistas especializadas en el ámbito de la Bioética y de los Cuidados Paliativos.



**LEO
PESSINI, SC**

Religioso Camiliano brasileño. Trabaja en el mundo de la salud hace 29 años. Doctor en Teología Moral

- Bioética. Pos-graduado en Clínica Pastoral Education and Bioethics en St. Luke's Medical Center en Milwaukee, en los Estados Unidos. Actualmente es asesor de la Coordinación Nacional de la Pastoral de la Salud de la CNBB (Conferencia de Obispos de Brasil) y del equipo de apoyo de la Pastoral de la Salud del CELAM. Autor de innumerables obras en el ámbito de la Pastoral de la Salud y la Bioética. Actualmente es Superintendente de la Unión Social Camiliana y Vice-Rector del Centro Universitario San Camilo en São Paulo (Brasil).



**VERA
IVANISSE
BOMBONATO,
FSP.**

Religiosa brasileña. Perteneció a la Congregación de las Hermanas Paulinas, es doctora en Teología Dogmática, profesora de Cristología, responsable del área de Teología y miembro del Consejo Editorial de Paulinas Editora.

Participa del Equipo de reflexión teológico de la Conferencia de Religiosos de Brasil (CRB) y de la CLAR (ETAP). Es miembro de la Sociedad de Teología y Ciencias de la Religión (SOTER) y autora del libro: Seguimiento de Jesús: un abordaje según la cristología de Jon Sobrino, publicado por Paulinas Editora.



Años al servicio de la vida

1959 - 2009



Reflexión Teológica

Bioética no contexto das grandes transformações atuais

Márcio Fabri dos Anjos, C.Ss.R

Resumen

.....
Las transformaciones socioculturales y tecnológicas actuales componen el trasfondo de la bioética moderna, donde nacen los interrogantes sobre los caminos éticos que puedan garantizar la vida con dignidad ahora y en el futuro. Aquí se trata de comprender la radicalidad de las transformaciones y luego los desafíos de una construcción ética. Los ejes de comprensión están puestos en los modos de producir bienes de consumo; construir relaciones sociales y ambientales; y alimentar sentidos y significados para el vivir. Se ofrece así una introducción general a la bioética actual.
.....

O contexto das grandes transformações sócio-culturais em que se situa a bioética atual é um assunto amplo e bastante entrelaçado. Amplo porque se abre a muitos e diferentes enfoques sobre o tema. Entrelaçado porque são muitos os fatores que se entrecruzam na explicação de fenômenos e tendências que compõem o contexto. Buscamos aqui abrir algumas janelas de compreensão, ou chaves de leitura para se entender o ethos cultural que abriga a bioética em nossos tempos. Vivemos em um ambiente marcado pelos avanços das ciências e tecnologias. Mas estas não constituem um fator que se possa entender isoladamente; de fato as implicações que as acompanham são múltiplas e profundas. Na busca de tais compreensões daremos particular atenção aos aspectos antropológicos que os acompanham.

Esta abordagem é naturalmente um preâmbulo básico para se desenvolver em seguida outras questões específicas, particularmente o discernimento de valores e de normas éticas. Com isto, não será nossa preocupação neste momento descrever as próprias biotecnologias, nem sequer avaliar as argumentações e seus significados

éticos. Da mesma forma, ao visar descrever os aspectos éticos, ficará em segundo plano uma atenção aos inúmeros benefícios dos avanços científicos e biotecnológicos da atualidade. Por isto, esta introdução não deve ser confundida como uma visão pessimista e negadora do progresso científico.

Como método, ocupamo-nos primeiro em criar um esquema de aproximação do assunto, para situar em seguida os tipos de questões emergentes e o ambiente de seus possíveis encaminhamentos.

1. PRODUZIR E REPRODUZIR A VIDA: DESAFIO E CONTEXTO

Vivemos hoje grandes mudanças no mundo. São transformações radicais a tal ponto que podemos falar de uma mudança de época na história da humanidade. Este fato se torna o grande ambiente para nos colocarmos diante de muitas questões éticas. Os problemas aparecem nas mais diferentes áreas e mais variadas formas. Entretanto, talvez mais do que fora de nós, a provocação ética nos atinge por dentro, em nossos critérios, em nossa própria forma de pensar. É preciso então

buscar uma compreensão mais global, para se ter uma noção melhor sobre o que fazer.

As grandes perguntas sobre as transformações pelas quais estamos passando no mundo estão estreitamente relacionadas com as mudanças nas formas de produzir e realizar a vida. Já nos anos '60, o Concílio Vaticano II percebia esta relação e chamava a atenção para um alcance maior que se desencadeava:

Com seu trabalho e sua criatividade, o ser humano tem sempre buscado desenvolver sua vida. E hoje em dia, especialmente através da ciência e da tecnologia, vem ampliando continuamente seu domínio sobre quase toda a natureza. E através de aperfeiçoados meios e múltiplas formas de intercâmbio entre as nações, a família humana vai se percebendo e vai se constituindo como que uma comunidade. Com isto, muitos bens que antes o ser humano esperava vir de forças superiores ou divinas, hoje são buscados através de

As grandes perguntas sobre as transformações estão estreitamente relacionadas com as mudanças nas formas de produzir e realizar a vida.

sua própria iniciativa¹.

É interessante notar como neste texto de mais de quarenta anos atrás aparecem três eixos fundamentais para caracterizar os novos tempos. Menciona primeiro os avanços da *ciência* e *tecnologia*. Em seguida fala de novas formas de *relações* no

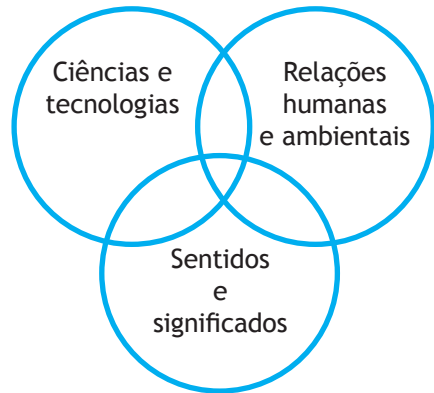
mundo, trazidas pelas novas tecnologias. E conclui dizendo que estas mudanças provocam uma transformação nos *sentidos* através dos quais entendemos nossas ações e até mesmo a ação de Deus no mundo.

Uma análise de cunho filosófico² sobre as formas de produção da vida, identifica também, por outras vias, estes três eixos. De fato, se refletirmos sobre as formas básicas de sobrevivência humana, percebemos que necessitamos de alimentos e objetos ou instrumentos de apoio; dependemos de relações, inclusive para o nosso próprio nascimento, mas também para nossa sobrevivência como seres humanos; e, dada a característica fundamental do humano como consciente, necessitamos

igualmente de sentidos e significados para sobrevivermos.

Tomando estes três lugares da produção de nossa vida, temos uma primeira chave para abrir a compreensão do grande contexto em que se situa a bioética em nossos dias, e dentro da Vida Religiosa. É importante notar desde já que existe um grande entrelaçamento entre estes três eixos. Os avanços científicos provocam mudanças nas relações e nos significados que carregamos na vida; as relações propiciam os avanços científicos e a construção de novos significados; os significados modelam as relações e oferecem horizontes para os avanços. Uma visualização deste processo poderia ser transcrita na figura de três círculos que se entrelaçam, representando cada qual um dos eixos, e ao mesmo tempo a interação entre eles. Uma exemplificação bastante fácil deste cruzamento está em um fato como este: ao se fabricar o plástico, criam-se facilidades práticas nas relações, mas ao mesmo tempo contruímos também a provisoriedade.

Chaves de compreensão



2. AVANÇO DAS CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

Os atuais avanços científicos são hoje tão evidentes que dispensam argumentação. De certa forma ficamos tão habituados com novidades científicas que corremos o risco de banalizar o esforço que se faz para consegui-las. Mas o ponto fundamental nesta reflexão é ir além da novidade e tomar consciência sobre a forma como os avanços incidem em nossa própria constituição de seres humanos sociais. De fato, as incidências das ciências e tecnologias sobre a vida são multiformes e constantes.

Cada vez mais percebemos a interação entre o ser e o instrumento. Superando uma visão cartesiana de supremacia do sujeito sobre o objeto, devemos hoje reconhecer a profunda interação entre ambos, ou pelo menos admitir que *ao produzir e usar instrumentos, nós nos modificamos com eles*. Neste sentido, todas as tecnologias têm uma incidência biológica.

Nasce daí o termo *biotecnologia*. Entretanto, o alcance deste termo só se compreende dentro do contexto mais amplo. Em outras palavras, o conjunto dos avanços tecnológicos, entrelaçado com mudanças de sentido e de relações, constitui o grande ambiente para se falar hoje de biotecnologias e dignidade humana.

Neste grande ambiente, os avanços científicos exercem hoje fascínio e entusiasmo. Constituem um eixo empolgante para a explicação das grandes mudanças que experimentamos. Convém lembrar de saída que as tecnologias se tornam possíveis porque existe o progresso das ciências. Estas, por experimentais que sejam, são

As pesquisas avançam e envolvem diretamente seres humanos, levantando interrogações éticas.

também hermenêuticas ou interpretativas. E por isto, não se pode pensar em avanço tecnológico sem uma concomitante elaboração de sentidos, como se verá mais adiante.

Os avanços tecnológicos como tais se abrem em inúmeras direções. Seria então difícil classificar a amplitude dos avanços científicos hoje. Mas até para quem trabalha em teologia, se torna útil correr os olhos na gama de pesquisas patrocinadas atualmente pelos governos no mundo. Mesmo em países de América Latina como o Brasil, estima-se que cerca de quinze mil projetos de pesquisa circulem anualmente pelos Comitês de Ética em Pesquisa institucionais. Isto significa que também entre nós, as pesquisas avançam e envolvem diretamente seres humanos, levantando interrogações éticas.

A produção de novos materiais e de instrumentos exemplifica este processo tecnológico que vem se avolumando desde séculos passados. Do emprego de energia, culminado de certa forma com a energia atômica, chegou-se à informática. Abriu-se com isto o caminho

para a modificação e construção dos próprios materiais indo além do aproveitamento de suas energias. Constroem-se instrumentos cada vez mais sofisticados, dos quais o “computador” se tornou um símbolo. Na verdade, as ciências da informática e computação se abrem para inúmeras aplicações e levam não apenas para a construção de instrumentos, mas possibilitam a engenharia de novos materiais, que por sua vez abrem caminhos para novos instrumentos. Uma verdadeira “espiral científica e tecnológica” onde uma conquista abre caminho para outras, acirrando a corrida científica atual.

Em uma grande síntese dos avanços científicos é possível ressaltar três passos subseqüentes da humanidade: o domínio sobre a força física do próprio ser humano ou de animais; o domínio da energia, onde as máquinas substituem a força física dos seres vivos; e o domínio das informações que constituem os seres, sendo que através do domínio de tais informações se pode organizar ou programar os próprios seres segundo os objetivos visados. Este último è o grande momento que estamos vivendo hoje.

Dentro deste quadro, o conceito de “biotecnologia”, entre os seus múltiplos usos possíveis, passa a referir tecnologias empregadas na produção da vida, onde algumas áreas chamam mais a atenção, como as modificações genéticas (vegetais, animais, humanas, transgênicas), a reprodução humana e os novos conceitos de terapia. O próprio ser humano se torna um alvo de biotecnologias.

3. DAS TECNOLOGIAS ÀS RELAÇÕES HUMANAS E AMBIENTAIS

O avanço tecnológico muito rapidamente incide sobre as *relações humanas e ambientais*. Sem isto, desapareceria o impacto ético. Seria impossível resumir a amplidão de tais incidências, mas mesmo assim busquemos algumas indicações que possam ser significativas para estudar a aproximação entre *dignidade humana e biotecnologias*.

O emprego de tecnologias traz, de modo geral para as relações, inúmeros *benefícios*, que podem ser entendidos como recursos e bens de consumo. Há que se reconhecer que a vida tem ficado muito facilitada atualmente. Como dissemos

de início, não nos ocupamos aqui em explicitar tais aspectos, mas nos atemos apenas ao lado mais problemático. De fato, os benefícios vêm cercados de outras questões e desafios. Vejamos alguns problemas globais dentro dos quais podem se inserir especificamente as biotecnologias.

Hoje, portanto, seria impossível avaliar eticamente as biotecnologias sem perguntar pela rede de interesses que as cercam.

Primeiramente, parece fácil entender como as tecnologias incidem na rede de relações. Um trator, por exemplo, pode substituir inúmeros empregados. Isto significa que, na produção de *benefícios*, diminui a participação numérica das pessoas; em termos práticos significa crise no emprego; e para os desempregados há crise também no acesso aos próprios *benefícios* produzidos. Em outros termos, mudam-se as relações de trabalho; a maior produtividade resultante das tecnologias concorre diretamente com as limitações do ser humano.

Neste exemplo pode-se notar um fator extremamente importante para se compreender o ambiente relacional das biotecnologias: o *poder*. Poder de produzir e de

usufruir. Acrescente-se o poder de controlar. Os avanços científicos trouxeram uma qualitativa mudança na estrutura do poder, mostrando que sua excelência se encontra no *saber*, principalmente no saber fazer. Isto tem feito com que a pesquisa científica hoje se torne uma

grande corrida estimulada pelos interesses principalmente em seus resultados e aplicações. Hoje, portanto, seria impossível avaliar eticamente as biotecnologias sem perguntar pela rede de *interesses* que as cercam.

E na análise dos interesses, se podem encontrar lado a lado interesses nobres e humanitários, como também interesses individuais e corporativos que se distanciam do bem comum. Podem-se assim detectar as artimanhas dos interesses que muito rapidamente transformam possibilidades técnicas em *promessas* muito além do realizável; *ocultam-se* os riscos e danos; estabelece-se a *concorrência* sem inquietações éticas. Se por um lado não se pode satanizar a comercialização dos resultados, seria por outro

lado ingenuidade avaliar eticamente as biotecnologias, esquecendo o grande jogo de interesses que as acompanha. Um exemplo claro apareceu no Brasil, acusado por médicas feministas, quando o jogo de interesses fala mais forte que a transparencia ética:

Não é à-toa: assim como querem controlar e patentear sementes vegetais, e já dominam as animais, querem controlar, totalmente, as humanas. Passaram décadas esterilizando mulheres (por não oferecerem outros métodos não definitivos de contracepção), agora vão oferecer bebê de proveta para as esterilizadas. A Fertilização In Vitro (FIV), expõe as mulheres a doses enormes de hormônios, assim como no caso das sementes, que só crescem com fertilizantes químicos. Lucra a Monsanto das sementes humanas, a Serono, empresa farmacêutica suíça, entre outras. Pagam, trabalhadores, num SUS que nem tem algodão para curativo de muitos. Pagam, mulheres com riscos e conseqüências pouco conhecidas desse processo que tem 90% de fracasso! Um dos hormônios usados na FIV é pro-

duzido por ratas com gene humano. Transgênicos de um lado e de outro. Além disso, a indústria das células-tronco, “que vão curar tudo”, precisa de embriões. Muitos embriões. A indústria farmacêutica também. É o biobusiness, o bionegócio, primo do agronegócio. Os camponeses sempre souberam que a fertilidade da terra é unida à fertilidade das mulheres, não é? Então, essa é a minha sugestão de artigo: as sementes humanas, vegetais e animais sendo industrializadas. É por isso que os embriões humanos estavam na Lei da Monsanto³.

Ao poder, como saber tecnológico, movido necessariamente por interesses, deve-se somar também a concentração do poder-saber tecnológico. De fato, nossa civilização contemporânea experimenta as maiores *concentrações de poder* conhecidas na história da humanidade. Elas se mostram com contundência nos contrastes entre riqueza e pobreza mundiais. Nunca se teve tanta facilidade para produzir, e no entanto os índices da pobreza e fome persistem. As concentrações se constroem ao redor de grupos econômicos e po-

líticos, e mudam o lugar e o papel dos próprios Estados e Nações na sociedade como um todo.

Este fato coloca o desenvolvimento e uso das biotecnologias em uma forte assimetria de relações. Basicamente porque os interesses dominantes de quem detém o poder, não são necessariamente interesses da comunidade humana. No fundo, ocorre um deslocamento do eixo sobre qual giram as relações, saindo dos interesses comunitários e se fixando nos individuais. No primeiro,

O indivíduo era *sujeito* unicamente enquanto estava integrado eticamente nessa comunidade, enquanto era cidadão da *polis*. Mas agora, o fato da a sociedade burguesa se esgotar nas relações econômicas, *libera* o indivíduo para que possa chegar a ser o real sujeito de todas as outras relações⁴.

Um importante fruto desta mudança está na ênfase que se dá hoje à *autonomia* das pessoas, um valor, sem dúvida, que emerge obviamente com novas faces liberais. Sua versão ambígua aparece especialmente quando a

afirmação da autonomia se presta para ocultar as dimensões da fragilidade das pessoas e deixá-las sem ajuda, sob o pretexto de não interferir em suas liberdades. Assim, a concentração de poder e o *individualismo* se juntam para integrar hoje o contexto social em que vivemos. Paradoxalmente o individualismo ocorre em um momento tecnológico em que os recursos da comunicação são eficientemente ampliados. Note-se, porém, como o individualismo atual se mantém em meio a tantos recursos que facilitariam a comunicação e a partilha, e não obstante o que se vê é crescer a concentração do poder.

Seria por fim indispensável colocar as biotecnologias também no contexto do crescimento da *violência* no mundo. Ciência e tecnologia trouxeram maior potencial de produção de bens, mas também mais eficiência na destruição. Conjugada com o movimento de concentração de poder, a violência se torna *institucionalizada*, e cresce em espiral, tomando forma de corrupção, lógica de exclusão, redundando em delinquência e terrorismo. Isto revela o pouco valor que se dá à vida humana e à vida de modo geral.

Por isto merece também atenção a violência exercida sobre o ambiente, a *violência ecológica*, devastação exercida sobre a “natureza” de modo geral, os animais, vegetais, o grande ambiente biológico na terra. Como é suficientemente sabido, estamos diante de

As grandes mudanças dos tempos de hoje implicam numa crise dos sentidos e significados que damos para as coisas

prognósticos alarmantes, cabendo assim a pergunta se as sociedades humanas conseguirão sobreviver. Parece por tanto incrível que, em meio a tanto avanços biotecnológicos, a bioética moderna tenha nascido exatamente de uma preocupação com a sobrevivência.

4. BIOTECNOLOGIAS E A CRISE DE SENTIDOS

As biotecnologias não podem ser pensadas em termos de dignidade humana se não perguntarmos pelo horizonte de sentido em que todas as realidades são interpretadas. E acontece que as grandes mudanças dos tempos de hoje implicam numa crise dos sentidos e significados que damos para as coisas, para nós próprios, para a própria dignidade humana. O termo “sentido” evoca diferentes conceitos,

que é interessante notar. Pode significar o nexo interno das realidades, enquanto percebido e/ou atribuído e formulado; o sentimento que acompanha tal percepção e atribuição; a direção que se imprime na vida e em seus gestos, a partir de tal percepção. Com isto,

fala-se aqui das mudanças em nossas representações dos seres e de nós próprios, e consequentemente do direcionamento que daí decorre para a ação.

Uma crise não é necessariamente negativa. Significa no fundo uma avaliação de critérios fundantes. Esta avaliação é provocada hoje de forma inevitável no bojo do próprio progresso científico e das novas formas de relações. Pois, por exemplo, quando se produz o plástico, se cria também o sentido de *provisoriedade*. Por meio de máquinas e computadores somos nós em nossa vida que nos abrimos para um sentido de maior *velocidade*, de *eficiência* e *poder*. A criança, usando um aparelho de controle remoto, experimenta uma forma de poder e aprende desde cedo a incorporar em sua vida os sentidos relacionados com

esta experiência. Superam-se assim as antigas teorias, em parte cartesianas, pelas quais se enfatizava a supremacia do sujeito pensante sobre os objetos, como já dissemos.

Uma análise completa e articulada desta crise e nova elaboração de sentidos é praticamente impossível. Mas podemos levantar alguns tópicos em vista da introdução que nos propusemos ao tema da dignidade humana e biotecnologias.

4.1 Sobre o ser humano

Começamos pelo sentido do próprio ser humano. Freud já chamou a atenção para uma profunda crise na compreensão antropocêntrica do mundo. Afirmou que o progresso das ciências trouxe “três feridas narcisísticas” para as pretensões humanas: a primeira quando Copérnico demonstrou que o universo não gira ao redor da Terra; a segunda, quando Darwin inseriu o ser humano na evolução do mundo animal; e a terceira, quando a psicanálise demonstra que o ego não é dono soberano das decisões no psiquismo humano⁵.

As recentes conquistas do sequenciamento dos genes humanos am-

pliam esta percepção. Para além das promessas de novos recursos biotecnológicos que daí derivam, e da dificuldade de cumpri-las, torna-se mais aguda a reinterpretação do ser humano no conjunto da vida. Segundo J. Craig Venter, presidente da Celera, uma das firmas responsáveis pelo projeto genoma, o sequenciamento redefine o lugar do ser humano entre os seres vivos com uma contundência proporcional àquela com que Copérnico redefiniu o lugar da terra no sistema solar. De forma jornalística se anunciaram resultados dizendo que Albert Einstein teria pouco mais de 1% de genes do que um rato e 50% a mais do que um nematódio, ou seja, uma lombriga. Em comparação com nossos parentes mais próximos, os macacos, as diferenças nas sequências entre os genomas do homem e do chimpanzé são extremamente pequenas, isto é apenas 1,3%, dando lugar a uma revisão profunda de conceitos que interpretam o próprio ser humano. De qualquer forma, o antropocentrismo, que predominava nas reflexões, sofre atualmente correções significativas inclusive no campo teológico, se não com respeito a sua ontologia, certamente porém com referência a seu lugar no universo e

no ambiente.

A crise sobre a compreensão do humano ganha proporções particulares ao se adentrar no próprio significado do “humano”. Ao desvendar o escondido da composição genética dos seres, descobre-se, como vimos a grande proximidade entre eles. Consequentemente emerge com nova força a pergunta sobre a *especificidade* dos seres humanos diante de outros seres vivos. Entretanto, no emprego de biotecnologias e mesmo no uso cotidiano de tecnologias, o ser humano modifica-se em sua constituição genética, em suas potencialidades, formas de agir e pensar. Intensifica sua interação com as máquinas, “incorporando-as” bem mais além das costumeiras próteses.

Até quando se persiste “humano” ao se adotarem modificações biotecnológicas? As crises de sentido nesta direção levam a se falar hoje em “condição pós-humana”. Não se trata aqui de responder a estas perguntas, mas apenas notar que elas se colocam. A expressão, mesmo que questionável do ponto de vista filosófico, chama a atenção para as profundas mudanças de sentido que aqui ocor-

rem. No bojo destas mudanças de significados começam a aparecer críticas ao próprio conceito de “dignidade humana”, que se compreendem melhor no tópico que segue.

4.2 Novas condições e espaços para a elaboração ética

As novas condições de vida referendam novos sentidos para o agir humano como um todo. Já mencionamos sobre a relação entre o uso do plástico e o sentido do descartável. Assim, no conjunto da experiência dos tempos tecnológicos, se constroem novos horizontes de sentido para o pensar e agir. As características gerais deste novo ambiente, chamado às vezes de *pós-moderno*, são um contexto e, ao mesmo tempo, uma condição para a reflexão ética, e por isto merecem atenção. Depois que as mudanças se consolidam diminui a *consciência* da mudança e persiste a nova *condição*.

Uma classificação das características desta nova condição é sempre precária. Não só por apresentarem muitas faces, mas também por se entrelaçarem em tantas conexões, de modo a se comple-

xificarem e parecerem muitas vezes paradoxais. E fundamentalmente também porque a elaboração dos sentidos, não obstante a contundência dos estímulos, é prerrogativa dos sujeitos, enquanto estes se refazem em seus horizontes de significações. Assim, uma aproximação deste tema terá ao menos os dois lados, ou seja, a mudança das condições exteriores e a elaboração dos sujeitos ao experimentá-las.

Com efeito, as novas tecnologias *possibilitam* novos sentidos. *Temporalidade* e *espacialidade* são um exemplo. Na fase da industrialização em que se dizia “tempo é dinheiro” já aparece o sintoma desta transformação. Situar-se no tempo recebe um sentido (*nexo, sentimento, direcionamento*) econômico. *Eficiência, praticidade, provisoriedade* vem integrando este horizonte. A experiência de espaço ficou nitidamente mudada com a eficiência dos transportes e com a comunicação “ao vivo” da voz e imagem. A superação das barreiras do tempo e do espaço descortina a experiência da chamada *realidade virtual*. Estas e semelhantes possibilidades

A autonomia dos sujeitos em suas individualidades é reforçada pelas formas modernas de produzir a vida.

não geram automaticamente um sentido, mas obviamente estabelecem o novo contexto da sua elaboração.

A ênfase dada ao *indivíduo* no conjunto da vida social é um chamado de atenção para o fato de que ali se tem um critério predominante neste processo de elaboração de sentidos dos sujeitos. A autonomia dos sujeitos em suas individualidades é reforçada pelas formas modernas de produzir a vida. A passagem da ênfase no indivíduo para o *individualismo*, fortemente estabelecido na sociedade ocidental, resulta de uma construção de sentidos que cabe à ética examinar.

4.3 O sentido de Deus e das religiões

Entre os importantes eixos de interrogação sobre sentido, advinda com as biotecnologias, está a pergunta sobre Deus. Desde as primeiras possibilidades de aplicações biotecnológicas, uma pergunta que apareceu na grande mídia era esta: se tudo isto não significava uma ousadia humana de “brincar de Deus”. O Concílio

Vaticano II, como vimos há pouco, relacionou a crise do sentido de Deus com a eficiência da atividade humana. Isto gera obviamente uma pergunta sobre qual o papel da razão humana, da sua criatividade e potencialidade para interferir nos processos biológicos conhecidos. Qual a força da “Lei Natural”, quando o “natural” para o humano é ser criativo.

Esta crise é trazida para a própria fundamentação com que as religiões estabelecem suas normas e seus juízos de valores sobre o emprego de biotecnologias. Com frequência se acusa a religião de lacrar os próprios argumentos sob o rótulo de “sagrado”; e de tornar disciplinarmente indiscutíveis suas normas e avaliações.

5. ENFATIZANDO ALGUNS PONTOS CRÍTICOS

Para concluir, tomamos alguns pontos críticos que decorrem das observações até aqui levantadas e que nos parecem importantes na reflexão sobre dignidade humana e biotecnologias. Mantendo os objetivos deste rápido panorama, visamos simplesmente

te lançar um preâmbulo para a discussão subsequente.

5.1 Mudança de eixos (paradigmas) na fundamentação

Note-se que um dos fatores das tensões éticas em torno das biotecnologias reside na mudança de eixos para a elaboração de sentidos, e conseqüentemente para a fundamentação de critérios avaliativos. A partir do novo ambiente sócio-cultural, contrapõem-se antigas questões com novos ingredientes:

Essência - existência: Esta antiga polarização que vem dos tempos do classicismo filosófico, está certamente presente hoje quando se quer pensar em dignidade no emprego das biotecnologias. As preferências hoje parecem propender para a indução. A definição do ser é fortemente buscada em suas características funcionais. Nas discussões sobre a dignidade humana, ou sobre o “humano” de modo geral, Peter Singer por exemplo indignou os espaços da bioética ao centrar, em outros termos, a dignidade humana na real potencialida-

de de vida consciente, de onde decorre a prerrogativa de o ser humano ser chamado de “pessoa”. Pois para ele, nem todo ser humano é pessoa. O “ser humanos” se garantiria como tal ao ter simplesmente características genéticas que o colocam dentro da espécie humana. Mas o “ser

pessoa” exigiria potencialidades reais de se exercer prerrogativas específicas das pessoas, tais como a consciência e liberdade. O que realmente indignou foi sua aplicação conclusiva dizendo que, entre um ser humano definitivamente desprovido de sua potencialidade de vida consciente e um chimpanzé sadio, ele privilegiaria o chimpanzé. Embora em um âmbito mais propriamente aplicativo e não constitutivo do conceito, Ruth Macklin em editorial do British Journal of Medicine também provocou reações ao afirmar que “o conceito de dignidade humana é um conceito inútil para a ética médica”. Tivemos oportunidade de escrever a este respeito⁶.

Ontológico - funcional: reproduzindo a antiga tensão entre es-

Estamos assistindo a uma corrida desenfreada onde a ética é mais tomada como empecilho e um mal do que como expressão de nossa dignidade.

sência e existência, a versão contemporânea leva hoje a definir o ser (ontos) através de sua potencialidade funcional. Esta tensão entre eixos interpretativos pode ficar mais clara na recente discussão sobre o feto anencéfalo. Ao estabelecer a morte encefálica como critério de morte da

pessoa, e portanto considerar o feto anencéfalo como natimorto, o Conselho Federal de Medicina de certo modo se fundamenta em um critério de potencialidade funcional. Outras argumentações recusam tais critérios acentuando que a essencialidade do ser humano não é comprometida por suas limitações, sejam quais forem.

Objetividade - subjetividade:

O deslocamento do comunitário para o subjetivo, como mencionamos anteriormente, implica em uma mudança de ponto hermenêutico. Hoje as propensões se voltam para interpretar privilegiadamente a partir do sujeito. Com este eixo, a autonomia dos sujeitos é fortalecida; abrem-se importantes aspectos relacionados com o dever de respeitá-la,

e mais do que isto, de nutri-la; acentua-se a necessidade de defender a vulnerabilidade das pessoas em suas diferentes situações. Tendem a se anular os compromissos do sujeito com os outros e com o ambiente que o cerca, naquilo que vai além dos próprios interesses subjetivos.

5.2 Poder técnico - Poder ético e a corrida dos interesses

Que força tem a ética diante da ingente concentração de poder e do jogo dos interesses econômicos e políticos na corrida pelas biotecnologias? Estamos assistindo a uma corrida desenfreada onde a ética é mais tomada como empecilho e um mal do que como expressão de nossa dignidade. Quem pode moderar a corrida competitiva de uma comunidade às vezes mais econômica que científica que busca ansiosamente chegar na frente e dominar o futuro? Há que se acolher com incentivo os esforços da Bioética e de instâncias como os Comitês de Ética em Pesquisa (envolvendo seres humanos), que marcam hoje a sociedade brasileira.

5.3 O desafio de legislar sobre biotecnologias

Diante do quadro descrito, pode-se imaginar como são grandes os desafios de estabelecer uma legislação sobre biotecnologias. A experiência dos Comitês de ética em pesquisa tem sido marcada por uma intenção clara de provocar a educação para a ética e a bioética. Mas não faltam tendências de cortar o caminho o aprendizado ético e transformar tudo em legislações com seus correspondentes dispositivos penais que suprimem em grande parte os espaços da internalização de valores para dar lugar ao cumprimento de parâmetros estritamente legais. É verdade que hoje existem muitos vazios legislativos em áreas de biotecnologias e diante dos quais a Bioética demonstra um esforço chamado genericamente de *biodireito*. Mas além da dificuldade de se chegar a legislações adequadas devido à pressão de interesses dominantes e de percepções divergentes na discussão de critérios, persiste também a dúvida se não se trocaria a ética por posturas simplesmente legais.

5.4 Lugar e papel da Religião e das Igrejas

Cabe, por fim, colocar como ponto crítico o papel que cabe às religiões e Igrejas na defesa da dignidade humana dentro dos atuais avanços biotecnológicos. Elas têm no mundo a tarefa específica de serem uma comunidade elaboradora e vivenciadora de sentidos e significados. Particularmente a Igreja Católica, conforme o Concílio Vaticano II, se propõe ser “mestra” e pedagoga de sentidos dignificantes. Quais seriam as exigências fundamentais para isto? É o que se espera desdobrar também nestos debates.

No horizonte de nosso imaginário e de nossas convicções certamente convém manter uma perspectiva otimista e confiante. Pois nas palavras do Concílio Vaticano II, temos a grandiosa missão de ser parceiros de Deus na condução do mun-

do: “A criatividade humana não é usurpadora de Deus. Seus avanços são sinal da grandeza de Deus e de sua inefável Sabedoria”⁷.

Notas

- ¹ Gaudium et Spes n.33
- ² BATAILLE, G. *Uma Teoria da Religião*. São Paulo: Ática, 1993.
- ³ OLIVEIRA, Fátima. *A industrialização da vida*. O TEMPO (Jornal, Belo Horizonte-MG) 25 de maio de 2005.
- ⁴ HERRERO, F.Javier. *O 'ethos' atual e a ética*. SÍNTESE. Revista de Filosofia (Belo Horizonte-MG), vol. 31, n.100, ano 2004, p.152.
- ⁵ FREUD, S. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. In: *Gesammelte Werke*. Vol XI, p. 294.
- ⁶ ANJOS, Márcio Fabri dos. *Dignidade humana em debate*. BIOÉTICA (Conselho Federal de Medicina, Brasília), v. 12, n.1, ano 2004, pp. 109-114.
- ⁷ Concílio Vaticano II, *Gaudium et Spes*, n.34.



Años al servicio de la vida

1959 - 2009

Bioética búsqueda de sentidos y significados en un mundo pluralista

Alberto G. Bochaty, OSA.

Resumen

.....
La tradición humanista y las raíces religiosas de nuestro Continente, posibilitan una re-lectura de los “principios de bioética” desde la perspectiva de la bioética personalista ontológicamente fundada. Con este presupuesto, es posible indagar por el “método triangular” como diálogo entre tres vértices: medicina, antropología y ética. Ni la dimensión religiosa, ni la educación, se pueden sustraer de estas búsquedas de sentido que se visibilizan en la realidad hospitalaria y en los Comités de ética como ámbitos propios de la bioética latinoamericana y caribeña.
.....

1. LA BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La historia de la bioética en América Latina y el Caribe está muy ligada a la historia de la bioética en Los Estados Unidos de Norte América. Lo mismo ha sucedido con la historia de la medicina moderna. Por lo tanto no es de extrañar que los “principios de bioética” de Beauchamp y Childress¹ y todo el movimiento bioético que surge del grupo de Georgetown (los Principios se transformarán en la “Mantra de Georgetown”), fueran rápidamente asumidos por los pioneros de la materia en nuestras tierras².

La bioética entró con sus “principios” como una forma de cultura civil donde las partes en conflicto (médicos, pacientes y sociedad) podían encontrar algunos criterios de solución. Pero al mismo tiempo, la bioética se fue convirtiendo en una cultura médica donde el sujeto moral tomaba relevancia, podía opinar y, por primera vez, ponía en riesgo al milenario paternalismo médico.

Desde la década de los ochenta, los temas de bioética crecen rápidamente tanto por los avances tecnológicos como por las intervenciones legales en la práctica médica y la creciente conciencia de los derechos de los pacientes. A nivel académico e institucional, será la década de los noventa, la que irá dando espacio a lentas concreciones: fundación de centros, institutos, los primeros cursos formales de estudio y reflexión, federaciones y programas internacionales (FELAIBE, Programa Regional de la Organización Panamericana de la Salud, etc.) y sobre todo la aparición de los Comités hospitalarios de ética o bioética. Estos últimos tendrán una importancia determinante en el desarrollo y crecimiento de la bioética latinoamericana, como veremos más adelante.

Algunos de los temas principales que preocupan u ocupan a los bioeticistas latinoamericanos son: atención clínica, salud reproductiva y aborto, tecnologías de reproducción artificial, la muerte encefálica (principalmente en vista a los transplantes de órganos), éti-

ca de la investigación y ecología. Hay que tener en cuenta que en muchos países de la región hay muy poca legislación en estos temas y se abre un campo muy grande para el futuro.

América Latina es el continente de la esperanza y la Bioética latinoamericana también lo puede ser

La tradición humanista de los pueblos latinoamericanos y sus fuertes raíces religiosas, su estado de subdesarrollo y sus grandes cambios y desafíos sociales, ofrecen una perspectiva especial para la bioética. La bioética personalista ontológicamente fundada, tiene un campo muy propicio para su propuesta, orientándose (como lo hace) hacia la persona y su realidad trascendente y social, el bien común y el desarrollo médico.

América Latina es el continente de la esperanza y la bioética latinoamericana también lo puede ser, especialmente personalizando el “bios” y rescatando la dimensión comunitaria y social del “ethos”. Podemos y debemos aportar nuestra presencia de bioeticistas personalistas, contribuyendo en la construcción de un “puente hacia

el futuro” hacia la integración y cooperación latinoamericana.

2. BIOÉTICA DE LOS PRINCIPIOS Y BIOÉTICA PERSONALISTA

Decíamos al comenzar, que el impacto y la popularidad del “Mantra de Georgetown”, o sea los cuatro principios anglosajones de la bioética, ha sido muy fuerte. En la década de los ochenta, todos los que hacíamos bioética utilizábamos, de una u otra manera, los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. Aún hoy los “Principios” conservan una gran penetración y siguen siendo lo primero que aprenden quienes se acercan a este saber y muy pocos se atreven a una lectura crítica de los mismos y menos aún, a proponer alternativas.

Sin embargo, en América Latina los términos de los “Principios”, no son conceptualizados de la misma forma como lo hacen sus autores y las culturas anglosajonas. Hay problema

de *comprensión*, de *significación* y de *identificación*.

2.1 Justicia

En América Latina se tiene la clara experiencia que, muy a menudo, lo que es legal no es necesariamente justo y ciertamente no es norma ética: es solamente la ley. Las leyes en nuestras latitudes son bastante relativas, ya sea porque las propias autoridades las cambian con la misma frecuencia con que cambian ellas, con las crisis, levantamientos, revoluciones, etc. La experiencia de la justicia, es bastante negativa, por lo lenta, lejana del “hombre de la calle”, engorrosa y, sobre todo, porque se han vivido muchos casos de escándalos y de corrupción en los poderes legislativos y judiciales. Un “principio de justicia” no se comprende muy bien, no significa lo que se quiere significar y muy pocos se identifican con él.

2.2 Autonomía

En América Latina, no se tiene experiencia de la autonomía como un valor relacionado a la persona y a su capacidad de tomar decisiones. Más bien, el concepto de autonomía está relacionado a la

capacidad de sustentarse económicamente y de movilizarse por sus propios medios. En algunos países incluso, es una categoría laboral y comercial para ser incluido en un tipo determinado de jubilación. Hay que hacer un trabajo de mucha explicación para que la persona pueda aprehender el verdadero significado del vocablo. La experiencia de la dependencia internacional o del mismo Estado nacional para necesidades básicas y cotidianas, ha creado una idea de paternalismo que hace que se acepte las instituciones como las que “piensan” y “determinan” qué es lo que “me corresponde”, qué es “lo bueno para mí”, qué es lo que “me tienen que dar”, etc.

2.3 Beneficencia

En América Latina, el concepto de beneficencia está relacionado a la caridad, a la dádiva y a una figura superior que hace un bien a alguien inferior o dependiente. Es intrincado el itinerario a realizar con la persona para que llegue a identificar el principio de beneficencia, con su bien personal. Se lo identifica con el haber sido favorecido por algo bueno que alguien diferente a sí mismo,

le ha dado o le ayuda a obtener. La beneficencia se la entiende como “hacer el bien” de parte de alguien ajeno a mí, y se crea una especie de “derecho” que cada uno tiene para que lo “beneficien”. Es una visión alienante y que no tiene a la persona como centro sino como beneficiario.

2.4 No maleficencia

En América Latina, la no maleficencia surge como algo obvio y sólo podrían dejar de respetarla, los delincuentes y malignos. Se lo relaciona con un daño explícito y pocas veces con el daño moral de hacer un mal. Con relación al campo de la bioética cuesta comprender que los agentes sanitarios puedan hacer un daño intencionalmente. Se desconfía más bien de la posible negligencia o falta de competencia, que de una acción que pueda dañar voluntariamente. No se percibe la “cultura de la muerte” que puede justificar acciones a partir de ideologías o políticas sanitarias que riñan con la ética de la vida.

La propuesta personalista, tiene unos valores, conceptos y unas categorías que se acercan mucho

más a la comprensión y experiencia del pueblo.

2.5 Respeto por la vida física

En América Latina hay un gran amor y respeto por la vida. Las familias numerosas no se dan sólo por la falta de información, por ignorancia y por la pobreza. Es muy fuerte aún la convicción de que la vida es un don de Dios y que Dios no abandona a su pueblo. Las fuertes corrientes antinatalistas, esterilizadoras y abortistas no han surgido de los pueblos latinoamericanos, sino que vienen facilitadas o impuestas por ideologías externas, organizaciones internacionales y grandes capitales.

El varón y la mujer latinoamericanos están sufriendo el embate terrible de campañas contra la vida, que justifican su acción debido a la creciente pobreza del pueblo. Pero el problema no es la vida, el problema es la pobreza: no hay que matar al pobre o impedirle que se multiplique y crezca, hay que matar la pobreza e impedir que se quede radicada por medio de los planes de los poderosos o de las inequidades e injusticias de algunos aspectos de la globalización.

La familia latinoamericana ama a sus niños y a sus ancianos. Son innumerables las manifestaciones culturales, históricas y populares donde la persona del niño y del anciano son exaltadas y valoradas. Al ser un pueblo muy joven, el rol del anciano es fundamental y cumple funciones de gran importancia en la familia. Basta recordar las fiestas de la “Pachamama” (la madre tierra) que siguen siendo celebradas con grandes manifestaciones, en muchas regiones y naciones. Allí se elige a la mujer más anciana del pueblo y pasa a ser el centro de la festividad y representa a la tierra que acoge, protege y ayuda a quién la habita.

Por otro lado, los ritos fúnebres y los “campos santos” son momentos fuertes de la vida familiar. El respeto al difunto, más allá de las caracterizaciones anecdóticas y particularidades locales, se debe a que ha sido el lugar donde ha habitado el espíritu que ha vuelto a Dios y que desde esa nueva vida mira y vigila que quienes han quedado en esta tierra, mantengan los

Las fuertes corrientes antinatalistas, esterilizadoras y abortistas vienen facilitadas o impuestas por ideologías externas y grandes capitales.

valores y se comporten dignamente. Sin duda, el valor del respeto por la vida física, es un valor fundamental.

2.6 Libertad y responsabilidad

La historia de la “liberación” en América Latina es bastante conocida y marcó definitivamente varias décadas del pensamiento latinoamericano. Los conceptos libertad y responsabilidad, no necesitan explicación y se los relaciona con dimensiones esenciales de la vida de la persona. Se sabe que la libertad es un valor fundamental y se trata de preservarlo especialmente en el ámbito de la familia y de los grupos más cercanos.

Debido a la propia historia política latinoamericana, las personas han transitado muchos caminos, a veces silenciosos y sacrificados, para cuidar y gozar de la responsabilidad de sus actos libres. El gran “papá Estado” está en quiebra y ya no puede dar todo lo que promete, ni siquiera lo que debe por su propia función y misión. La justicia está tan politizada, la

política tan corrupta y la sociedad tan endeudada, que las personas saben que, por más que reclamen al Estado lo que les corresponde, muy difícilmente lo obtendrán. Deben ser ellos los actores y hacedores de su propio futuro.

2.7 Principio terapéutico o de totalidad

La certeza y justificación de la intervención del hombre sobre el hombre, supera el mero dato técnico y científico. La persona busca siempre esa “otra palabra” que pueda ayudarle a comprender qué es lo que está pasando, qué es lo que le están proponiendo, y qué es lo que tiene que aceptar o no. El hecho que no sepa o pueda expresar esta necesidad y búsqueda nos compromete a los promotores de una bioética de orientación personalista en la enseñanza y promoción del principio de totalidad. Integrar todas las dimensiones de la persona va mucho más allá de la aplicación de un principio o la promoción de un derecho individual.

2.8 Socialidad y subsidiariedad

En América Latina, hay una gran experiencia y vivencia de la di-

mensión social y subsidiaria de las personas y de las instituciones intermedias. Son muchas las veces que la persona latinoamericana ha tenido que organizarse sola o con la ayuda de sus pares (vecinos, amigos, compañeros de trabajo, de grupos parroquiales, comunidades de base, etc.). El ser social está a la base de la concepción del hombre latinoamericano.

En nuestro Continente, las políticas de salud son muy extendidas y difusas, sin embargo la práctica clínica en hospitales y centros sanitarios no siempre es coherente con aquellas políticas ni cuentan con los insumos necesarios y mandados. La participación de las “cooperativas” y del voluntariado, son realmente fundamentales para tutelar y hacer funcionar o cooperar en el funcionamiento de muchas instituciones. Esto implica que las acciones terapéuticas puedan ser monitoreadas de forma directa o indirecta por terceros que pueden acercar una palabra de acompañamiento e incluso de ayuda, en el proceso de toma de decisión.

3 CON RESPECTO AL MÉTODO

Considero que el problema del

método en bioética aún no está resuelto. Este hecho es muy grave porque toda ciencia y/o disciplina necesita su propio método para ser precisa y poder desarrollarse de forma universal.

Sin entrar a analizar la complejidad del problema del estatus epistemológico y metodológico de la bioética, creo que es oportuno reafirmar la presentación del “*método triangular*” propuesto por Sgreccia³ y comentado por Pessina⁴. Este método, que se ha convertido en punto de referencia de las investigaciones del Centro de bioética de la Universidad Católica del Sacro Cuore⁵, es de gran valor, de fácil comprensión y utilización, e integra todas las dimensiones del conflicto ético:

Apartir de la exposición del dato biomédico en su consistencia y exactitud comprobadas suficientemente (punto A del triángulo)... se debe pasar a profundizar el significado antropológico... o sea cuáles valores son llamados como son, en relación a la vida, la integridad, y a la dignidad de la persona humana (este es el vértice B del triángulo)... A partir de este examen se podrán determinar

los valores a tutelar y cuáles serán las normas que se deberán dar a la acción y a los agentes tanto a nivel individual como social: los principios y las normas de conducta deberán ser referidas a este centro, que debe estar constituido por el “valor persona” y por los valores que se encuentran en la persona y que deben ser armonizados jerárquicamente (la vida, la salud, la responsabilidad personal, etc.)... este es el punto C de nuestro método triangular⁶.

Estos tres vértices, *medicina*, *antropología* y *ética*, permiten trazar un itinerario en el que se podrá obtener mayor claridad frente a los conflictos (objeto de la reflexión bioética) y así poder llegar al momento prescriptivo luego de la deliberación necesaria, en perspectiva metaempírica y transdisciplinar. Esta metodología no requiere del “consenso” ni necesita la suma de las distintas competencias sino que, siguiendo un camino análogo al de la verdad, construye ese itinerario por medio del cual el juicio de conciencia se formula con base en las verdades conocidas e integradas. El momento prescriptivo, no es por lo tanto fruto de una pura

deducción de los principios morales, sino que surge dentro de un complejo itinerario teórico que tiene en cuenta las diferentes formas de aproximación a la verdad, gracias a la actividad cognoscitiva del hombre⁷.

En la América de los contrastes y de las diversas realidades, es muy importante proponer un método que no dependa de principios de los cuales deducir una solución más o menos acorde con la realidad. El solo hecho de pensar que esos principios puedan llegar a tener un peso absoluto y definitivo y que puedan ser aceptados universalmente en todo el Continente, es pretencioso y se coloca más cerca de un intento de globalizar la moral que de respetar y alentar procesos de libertad y responsabilidad en los distintos pueblos americanos. La fuerte influencia de los principios de bioética anglosajones en América Latina se debe, entre otras cosas, a la falta de propuestas alternativas y del “monopolio” que aquellos principios tuvieron durante varios años.

El presentar una metodología que permita confrontar tanto las posturas ateas, secularizadas (utilitarismo, contractualismo, laicismo,

etc.) y relativistas, con las provenientes de la antropología ontológica, la filosofía y la teología (católica y no católica) permite una dinámica dialógica que no excluye *a priori* a ningún interlocutor y que respetando el pluralismo ético nos permite concentrarnos en la persona como sujeto moral que busca el bien y no tanto en una aplicación *quasi* matemática de principios preestablecidos.

Con relación al diálogo metaempírico, debemos decir que es una parte fundamental del método triangular que proponemos. El diálogo no se refiere solamente al discurso, o al hablar más y más. El diálogo deberá ser análisis de la palabra, de sus contenidos y significados; actitud de escucha y no mera tolerancia o simple técnica políticamente correcta, sino escucha atenta, serena y ordenada a la elaboración de síntesis o de, al menos, coordinada interpretación de lo dicho. En definitiva, el diálogo será una parte importante del método para poder encontrarnos en el proceso de búsqueda e identificación de las propuestas bioéticas deseadas y necesarias.

Un encuentro que hace referencia a lo relacional y a la comprensión

profunda sobre todo el saber humano, sobre la transdisciplina para una visión orgánica de la ciencia, de la verdad y de su dimensión ética. Es el diálogo el camino hacia la libertad, es su fundamento y es la mejor base para construir la “Academia”, como lo hiciera Platón. Una Academia no tanto de las ideas sino de la vida y de su ética.

Es el diálogo el camino hacia la libertad, es su fundamento y es la mejor base para construir la “Academia”, como lo hiciera Platón.

Las estrategias de los criterios metodológicos para el desarrollo de la bioética en América Latina y el Caribe, deben estar libres de ideologías y deben ser superadoras del liberalismo y de la laicidad mal entendida. Se corre el riesgo de desconocer la centralidad de lo espiritual y lo religioso del mundo del pobre (la gran mayoría del pueblo latinoamericano y caribeño) imponiendo la laicidad propia del pensamiento político y técnico-científico del primer mundo, creando una nueva situación de violencia, separación y lejanía excluyente. Se puede provocar, en la creciente bioética de nuestros pueblos, un enfrentamiento de dos cosmovisiones que pueden

llevar a excesos o a prohibiciones de formalismos y academicismos, por falta de diálogo o incluso por anular la posibilidad del mismo, ya que el excluido no podrá sentarse a la mesa del compartir y del encuentro. La epistemología del diálogo debe basarse en el plu-

ralismo institucional, en las libres formas de pensar a partir de la cultura y de sus valores, tradiciones y creencias.

4. IDENTIDAD CRISTIANA DE AMÉRICA Y EL ROL DE LA EDUCACIÓN

El mayor don que América ha recibido del Señor es la fe que ha ido forjando su identidad cristiana desde hace más de quinientos años. Identidad cristiana que no puede considerarse como sinónimo de identidad católica, lo que hace especialmente urgente el compromiso ecuménico⁸, poniéndonos en actitud de diálogo y conocimiento mutuo.

El mundo se encuentra en camino hacia la integración universal des-

de el inicio de la modernidad y la irrupción de América en la historia. La *globalización* es un proceso multidimensional que acelera la *unificación de mundo en el espacio y el tiempo*. Si a nivel secular hay que conciliar la unidad del mundo y la diversidad de las culturas; a nivel eclesial toca discernir la relación entre catolicidad íntegra y universal de la fe (CEC 830) y la unificación mundial⁹.

A partir del mutuo hallazgo entre los continentes se descubre el mundo en su totalidad. La irrupción de América es un paso hacia una mayor universalidad del mundo y una más efectiva catolicidad de la Iglesia¹⁰.

Justamente el diálogo entre la Iglesia y la cultura tiene como tema la persona humana, construir “*el nuevo humanismo*”¹¹. La sabiduría del pueblo de Dios inculturado en América Latina, con su “humanismo cristiano” (Puebla n.448), tiene valores que pueden aportar a una antropología integral y universal, para superar la uniformidad racionalista moderna y la fragmentación nihilista posmoderna¹². ¿Qué puede aportar América Latina a un personalismo ontológicamente

fundado?, ¿es posible que brinde alguna base para el diálogo entre las culturas?

Creo que puede aportar un personalismo centrado en Cristo pobre, el Cristo de la historia, de todas las personas, porque elige a los más pequeños, marginados y excluidos. En América Latina se vive la fe en la pobreza y la pobreza en la fe. La razón seguirá un camino similar: en América Latina se mira constantemente a los Estados Unidos de Norteamérica y a Europa, de forma especial en relación con lo académico y científico; pero en las “traducciones” de sus contenidos, no se sabe hacer una correcta adaptación a la tradición y al patrimonio cultural local.

La bioética personalista, nos brinda una oportunidad maravillosa para rescatar a la persona como valor, concepto y realidad concreta, manteniendo la identidad cristiana centenaria, amada y sentida por los más pobres y por los que tienen más hambre de saber y de conocer, por los jóvenes y por los profesionales, por las familias y por los solitarios.

Sin embargo esta identidad cristiana se ve hoy muy amenazada

por el avance de numerosas sectas y sobre todo, por el avance de la cultura utilitarista posmoderna, con fuertes rasgos ideológicos de sincretismo y relativismo donde se pretende excluir la dimensión religiosa de la persona.

La bioética personalista, nos brinda una oportunidad maravillosa para rescatar a la persona como valor, concepto y realidad concreta

El sentido laico o secularizado, no debe entenderse como “amputación del factor religioso” como si fuera algo patológico, sino que se le debe considerar como resto de todas las dimensiones del hombre y de los valores racionales, entendidos como los de una razón que nunca se convierte en sectaria o exclusiva, sino que permanece abierta a lo real y al hombre. La dimensión religiosa es dimensión humana y tiene derecho a ser considerada¹³.

Esta dimensión religiosa no debe recluírse al campo de la “privacy” y eliminarla de la vida moral y ética de la persona en la sociedad civil.

El campo de la educación, tanto la escuela primaria y secundaria y el mundo universitario, son luga-

res privilegiados para desarrollar la búsqueda de la verdad, el estudio y la investigación. Las numerosas Universidades Católicas diseminadas por el Continente son un rasgo característico de la vida eclesial en América¹⁴. El diálogo entre la fe y las distintas disciplinas del

saber, de forma particular la bioética, ayudará a formar una cultura que integre las grandes cuestiones del hombre, su valor, el sentido de su ser y de su obrar, de su conciencia y de su libertad. Será un deber prioritario de los intelectuales católicos promover una síntesis renovada y vital entre la fe y la cultura¹⁵.

Son conocidas las diversas invitaciones e indicaciones de Su Santidad, Juan Pablo II para que los intelectuales católicos se entreguen,

al servicio de una nueva cultura de la vida con aportaciones serias, documentadas, capaces de ganarse por su valor el respeto e interés de todos... Una aportación específica deben dar también las Universidades,

particularmente la católicas, los Centros, Institutos y Comités de bioética¹⁶.

Más recientemente les decía a los Rectores de las Universidades Católicas:

Las universidades católicas continúan jugando hoy un papel importante en el panorama científico internacional y están llamadas a tomar parte activa en la investigación y desarrollo del saber, para la promoción de las personas y el bien de la humanidad. (...) Entre los temas que en la actualidad revisten un interés particular quisiera citar los que atañen directamente a la dignidad de la persona y sus derechos fundamentales, y con los cuales están íntimamente relacionados los grandes interrogantes de la bioética, como son el estatuto del embrión humano y las células estaminales, hoy objeto de experimentos y manipulaciones inquietantes, no siempre ni moral ni científicamente justificados. Conozco los esfuerzos que realizáis, al enseñar las disciplinas profanas, por transmitir a vuestros alumnos un humanismo

cristiano y presentarles en su currículo universitario los elementos básicos de la filosofía, la bioética y la teología. Esto confirmará su fe y formará su conciencia (cf. *Excorde Ecclesiae*, 15). Es evidente que los centros universitarios que no respeten las leyes de la Iglesia y la enseñanza del Magisterio, sobre todo en materia de bioética, no pueden invocar la condición de universidad católica. Por tanto, invito a las personas y a las universidades a reflexionar en su modo de vivir con fidelidad a los principios característicos de la identidad católica y, en consecuencia, a tomar las decisiones que se imponen¹⁷.

La educación en bioética no debe ser un proceso superador de una mera información o conocimiento, sino que debe promover una verdadera cultura de la vida, respetuosa de su sacralidad e inviolabilidad y de promoción de la persona. Debe abrir el camino hacia la “Verdad que hace libre” que es Una y Buena. La bioética personalista ontológicamente fundada tiene la virtud de ser una propuesta plenamente integradora, completa y promotora de valores y principios¹⁸.

5. LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA

La fundamentación en bioética es sin duda el punto base y de partida para cualquier intento de trabajo y desarrollo. Debemos optimizar y aumentar los esfuerzos para lograr objetivos verdaderamente duraderos y que tengan un peso orientador y determinante en la sociedad, sobre todo por medio de ofertas educativas serias y exigentes.

Partiendo de esta afirmación y teniéndola como punto firme y regulador de las acciones concretas a llevar a cabo, tengo que afirmar sin embargo, que los Comités Hospitalarios de Bioética (o de ética) son los lugares preferidos y los ámbitos privilegiados de la Bioética en América Latina¹⁹.

La realidad hospitalaria y los Comités han sido y siguen siendo los ámbitos propios de la bioética latinoamericana y caribeña. Esto le ha dado una dinámica y orientación clínica muy marcada y positiva, pero ha impedido el correcto proceso de formación y educación de sus agentes. Muchas veces los Comités han nacido o por

una urgencia (situaciones clínicas límites y/o recurrentes), o por mandato de la ley (se han publicado leyes nacionales o regionales que han obligado a comenzar con Comités en plazos breves), o por exigencias externas (organizaciones internacionales que piden el parecer de Comités para la aprobación de ayudas financieras) o por otras causas coyunturales.

El esquema de trabajo que se utiliza por lo general, es el anglosajón. Debido a la falta de conocimientos profundos (se aprenden los cuatro principios y se los aplica de forma más o menos esquemática) es muy importante estar presente y aprovechar todas las instancias formativas o educativas para presentar la propuesta y la metodología de la bioética personalista ontológicamente fundada.

Una vez que se supera el prejuicio de que la bioética principialista es intocable (esto ya está sucediendo en varios niveles de nuestra bioética), los agentes sanitarios aceptan y se encuentran muy a gusto dentro de la dinámica personalista. Se identifican con gran facilidad con esta perspectiva y ven la veta humanista con claridad y de forma más cercana. Se

animan a hacer propuestas de cambio y a preguntarse sobre la dimensión y los orígenes éticos del conflicto, de la institución y de ellos mismos, y no tanto de cuál es el principio que me sirve o que me conviene utilizar en este caso particular. Les ayuda a hacer un proceso, un itinerario, hacia la verdad, hacia los fundamentos y no una búsqueda más o menos técnica, de elementos para hacer funcionar una cierta fórmula. Es una forma mucho más personal y personalizada de llegar a la decisión. Es un proceso liberador y de afirmación de principios, valores y virtudes. Transforma el importante momento del proceso de toma de decisión en una instancia humana y solidaria de encuentro sobre la recta visión de la persona.

6. CONCLUSIONES

Si nos preguntamos sobre ¿cuál personalismo? Veremos que no es sólo una pregunta, sino un auténtico desafío. Un desafío que nos exige una respuesta, un compromiso y unas acciones.

Creo que la respuesta en el contexto latinoamericano no puede ser otra que la de un *personalismo ontológicamente fundado*, ya que:

Cuando se abandona este realismo ontológico y, por influencias de diversas corrientes de pensamiento, se pasa al idealismo, al inmanentismo, al psicologismo, al existencialismo, etc., surge una endeble concepción de la persona, fundada en criterios puramente accidentales. Tal noción de persona no puede responder a los graves desafíos a los que la exponen los grandes interrogantes bioéticos contemporáneos. Solamente una fundamentación ontológica de la persona puede responder efectivamente a una cultura de la vida..., pues es la única que no reduce a la persona a sus actos específicos, sino que acepta la existencia de la persona, en tanto sustancia, cuando sus actos aún no reflejan todas sus capacidades, por falta de desarrollo (embrión) o cuando sus capacidades ya desarrolladas no pueden expresarse (discapacidad física o intelectual)²⁰.

El compromiso debe ser el de *la educación en bioética* aprovechando la riqueza del “Corpus Vitae” del Magisterio de la Iglesia, a todos los niveles. Día a día crece la demanda de la bioética, y debe-

mos responder desde la educación en las escuelas, especialmente las secundarias, en la Universidad tanto a nivel de grado como de posgrado; siendo necesaria una perseverancia serena para que la bioética sea incorporada en los currículos, especialmente a nivel de grado. En los Seminarios y Facultades de Teología: en algunos países, las Conferencias Episcopales o algunos Obispos ya han indicado la necesidad de la materia o cursos de bioética (En Argentina; en su Directorio para los Seminarios, la Conferencia Episcopal manda un semestre académico de bioética), pero su aplicación aún encuentra dificultades. Los Comités Hospitalarios y de Investigación deben participar y hacer presente la palabra que defienda la persona y no sólo sus derechos.

Las acciones deben ser variadas y a diversos niveles. América Latina, el continente joven, es activo y vive tratando de construir su presente y su futuro desde una memoria positiva de su evangelización.

Sin duda, en el campo de las accio-

Solamente una fundamentación ontológica de la persona puede responder efectivamente a una cultura de la vida

nes se pueden realizar tantas, cuanto es la necesidad y la creatividad de cada persona y en cada lugar. Considero que debemos promover y proponer por lo menos, las siguientes:

- ❖ Congresos, seminarios, talleres de bioética de orientación personalista.
- ❖ Cursos de bioética, magísteres, especializaciones, cursos a distancia y virtuales.
- ❖ Creación y participación en institutos, centros y comités de bioética.
- ❖ Publicaciones y conferencias de divulgación de la orientación personalista.
- ❖ Participación en las diferentes instancias de gobierno, de organizaciones internacionales (WHO, PAHO, UNESCO, FELAI-BE, etc.) y nacionales.
- ❖ Creación de bibliotecas y centros de consulta y tutorías.
- ❖ Participación en los medios de comunicación, especialmente a nivel de asesoría, divulgación y periodismo científico.
- ❖ Colaboración en la elaboración de programas y planificaciones académicas para los currículos de bioética.

Notas

¹ BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James: *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York (1979).

² Para este apartado sugiero la lectura de: MIANETTI, José A.: *Medical Ethics, History of: The Americas. D. Latin America*. REICH, Warren; Ed.: “*Encyclopedia of Bioethics*”. New York, Simon & Schuster Macmillan, (1995) 1639-1644; FRACAPANI, Marta; GIANNACCARI, Liliana; BOCHATEY, Alberto; BOIRDÍN, Celia: *Bioética. Sus Instituciones*. Buenos Aires, Lumen (1999).

³ SGRECCIA, Elio: *Manuale di Bioética*. Vita e Pensiero, Milano (2000), pp. 63-64.

⁴ PESSINA, Adriano: *Personalismo e Ricerca in Bioética*. “*Medicina e Morale*” (1997), pp. 443-459; *La relazione tra la ricerca biomedica, l’antropologia e l’etica filosofiche. Appunti per una riflessione metodologica*. Presentación en la IX Asamblea de la Pontificia Accademia para la Vida, Roma, pp. 24-26 de febrero de 2003.

⁵ PESSINA, Adriano: *La relazione tra...*

⁶ SGRECCIA, Elio: *Manuale...*

⁷ PESSINA, Adriano: *La relazione tra...*

⁸ Cfr. Juan Pablo II: *Ecclesia in America*, n.14. México (1999).

⁹ Cfr. GALLI, Carlos: *El Servicio de la Iglesia al Intercambio entre Europa y América Latina*. “*Revista Teología*” XL, 78 (2001), pp. 113-114. Este artículo es sumamente inspirador por su originalidad y profunda visión eclesiológica. Lo utilizo libremente como referente de esta parte de mi presentación.

¹⁰ Juan Pablo II: *Discurso a los Obispos del CELAM en el Estadio Olímpico*, n. 12-10-84, II, 2; L’Osservatore Romano n. 21-10-84, 12.

¹¹ Concilio Vaticano II: *Gaudium et Spes* 55.

¹² Cfr. GALLI, Carlos: *El Servicio de...* 146.

¹³ SGRECCIA, Elio: Globalizzazione e bioética. “*Medicina e Morale*” (2002), pp. 11-12.

¹⁴ Cfr. Juan Pablo II: *Ecclesia in America*, 18 ...

¹⁵ Cfr. Congregación para la Educación Católica, Consejo Pontificio para los Laicos, Consejo Pontificio de la Cultura: *Presencia de la Iglesia en la Universidad y en la Cultura Universitaria*. Ciudad del Vaticano (1994) II.1.

¹⁶ Juan Pablo II: *Evangelium Vitae*, 98. Ciudad del Vaticano (1995).

¹⁷ Juan Pablo II: *En los Avances científicos y en la Globalización se Debe Respetar Siempre la Dignidad Humana*. Discurso a la Federación Internacional de Universidades Católicas 5 de diciembre de 2002. L’Osservatore Romano (13 de diciembre de 2002) p. 4.

¹⁸ Cfr. DI PIETRO, María Luisa; SGRECCIA, Elio; Cur.: *Bioética ed Educazione*. Editrice La Scuola, Brescia (1997), p. 8.

¹⁹ Para esta parte ver: BOIRDÍN, Celia; FRACAPANI, Marta; GIANNACCARI, Liliana; BOCHATEY, Alberto: *Bioética. Experiencia Transdisciplinaria desde un Comité Hospitalario Latinoamericano*. Lumen, Buenos Aires (1996). FRACAPANI, Marta; GIANNACCARI, Liliana; BOCHATEY, Alberto; BOIRDÍN, Celia: *Bioética. Sus Instituciones*. Buenos Aires, Lumen (1999).

²⁰ LUCKAC DE STIER, María: *Importancia de la noción de Persona como fundamento de la Bioética*. En “*Vida y Ética*” 3, 1 (junio 2003), p. 46.



Bioética sobre el inicio de la vida humana

Miguel Manzanera, SJ

Resumen

.....
La concepción del ser humano se inicia normalmente con la fecundación del óvulo femenino por el espermatozoide masculino. El embrión resultante es ya un ser humano individual y personal, dotado de personidad. Desde esta afirmación es posible responder a algunas objeciones contra el estatuto personal del concebido. El ser humano concebido, lejos de ser un pre-individuo o una pre-persona, es un ser individual personal, aunque todavía tenga precariedad de vida. Ante el inicio de la vida humana personal desde la concepción, es preciso proseguir la investigación con los nuevos datos genéticos y biológicos, así como su interpretación filosófica.
.....

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de los temas bioéticos candentes en el inicio de la vida humana, el más debatido y controvertido posiblemente sea el aborto. En las tres últimas décadas se han hecho campañas técnicamente bien organizadas y generosamente financiadas para cambiar las legislaciones en los diversos países, despenalizando y legalizando el aborto, incluyéndolo en la seguridad social como una prestación estatal, a requerimiento de la mujer embarazada hasta un momento dado de la gestación sin apenas otros requisitos. Como consecuencia, el número de abortos legales se ha disparado en muchos países, incluso en los tradicionalmente cristianos, como Inglaterra, Francia y España. Hay una estrategia para expandir esta campaña a los países de América Latina y el Caribe, que hasta la fecha han podido resistir esa ofensiva, cada día más evidente.

Los argumentos presentados para despenalizar y legalizar el aborto se prestan a mucha discusión, pero en realidad hay uno que consideramos central, salvo que se quiera prescindir de toda raciona-

lidad y se niegue el estado de derecho, negando toda protección al niño por nacer. Se trata del reconocimiento de la dignidad del ser humano desde el inicio de su existencia. Las organizaciones abortistas no reconocen esa dignidad inicial y la retrasan arbitrariamente hasta determinados momentos de la gestación, como la implantación del embrión, el primer mes o el tercer mes de gestación e incluso la sitúan directamente en el nacimiento. Con ello se niega que exista un sujeto humano que merezca protección jurídica o en todo caso que esta protección estaría condicionada a la voluntad de la mujer embarazada.

Por ello hemos elegido para nuestra reflexión el tema del inicio de la vida humana para clarificar cuándo comienza la vida de un ser humano. Este tema tiene necesariamente un carácter interdisciplinar, ya que necesita los aportes de varias ciencias, entre ellas la biología, la embriología, el derecho, la filosofía y la teología. En el presente ensayo, por razones prácticas, nos limitaremos a explicar brevemente el inicio biológico de la vida humana para definir el concepto de persona desde el cual analizaremos los

argumentos más utilizados para negar la protección a los infantes por nacer.

Enfocaremos el tema desde la perspectiva científica y filosófica, sin entrar en argumentos estrictamente religiosos. Para las personas interesadas en la posición de la Iglesia católica remitimos a los documentos más significativos sobre el tema (Congregación para la Doctrina de la Fe 1987; 2008; Juan Pablo II 1995).

2. INICIO BIOLÓGICO DE LA VIDA HUMANA PERSONAL

Analicemos brevemente algunos datos biológicos para una mejor comprensión del problema. El resultado de la fecundación se denomina “embrión” (etimológicamente del griego “*brýo*”: rebosar, brotar, germinar), que recibe distintos nombres: Embrión unicelular, óvulo fecundado, célula germinal y también “cigoto” (etimológicamente del griego “*zygóo*”: uncir). Más tarde se le llama “mórula”, por agrupar células, compactadas en forma de mora, y por último “blastocito” o “blástula” (etimológicamente del griego “*blastáno*”: brotar, ger-

minar) en la etapa preimplantatoria. Una vez implantado, hacia el día noveno o décimo, el nuevo ser es llamado embrión implantado. A partir de la octava semana, cuando adquiere la forma humana, recibe el nombre de “feto” (etimológicamente del latín “*foetus*”: fecundado).

En los últimos años se ha propuesto el nuevo término de “pre-embrión” para designar al nuevo ser humano en su etapa preimplantatoria o incluso más allá hasta la aparición de la estría primitiva hacia el día 14 de su desarrollo. Este neologismo podría aportar alguna precisión terminológica, pero la propuesta se hizo con la finalidad ideológica de prejuzgar la cuestión del estatuto antropológico del nuevo ser y considerarlo simplemente como pre-individuo o pre-persona. Por ello es preferible no utilizar el término de “pre-embrión” y calificar al embrión según las diversas etapas de su desarrollo: *embrión unicelular*, *embrión preimplantado* y *embrión implantado* (Pardo 1998).

La fecundación es un proceso que comienza con la penetración de la cabeza del espermatozoide en la corteza del óvulo y culmina con

la unión plena o “singamia” de los pronúcleos de los dos gametos, constituyendo un solo núcleo coordinador de la nueva célula germinal. La penetración de la zona pelúcida dura en la especie humana unas 7,5 horas (Velayos / Santamaría 1995, 3).

Es preferible no utilizar el término de “pre-embrión” y calificar al embrión según las diversas etapas de su desarrollo

A los pocos minutos se produce el proceso de evitar la polispermia o sea la penetración de otros espermatozoides. Al mismo tiempo comienzan ya las fusiones intra e intercelulares. La más importante se da entre la membrana plasmática del óvulo y la membrana del espermatozoide, introduciéndose la cabeza del espermatozoide en el citoplasma del óvulo y descargando su carga genética. A partir de ese momento los dos gametos, dejan de actuar independientemente y se inicia un proceso, que dura unas once horas, hasta constituirse un nuevo sistema interactuado, altamente coordinado, que culmina con la fusión de los pronúcleos en un sólo núcleo con el genoma típico de la especie humana, asumiendo éste la coordinación de la célula germinal. El proceso total dura unas 15 a 20

horas, constituyéndose la nueva célula germinal dotada de una gran energía, que manifiesta, así, su enorme vitalidad (Velayos / Santamaría 1995).

Este embrión unicelular, llamado cigoto, aunque de tamaño minúsculo, aproximadamente una décima de milímetro, posee ya el genoma característico de la especie humana. La información genética definida y precisa hace que actúe como una unidad intrínsecamente orientada y determinada (Serra 1995, 797-799).

Este proceso que va desde la penetración inicial hasta la fusión final de los pronúcleos, de una duración aproximada de un día, da origen a un ser humano. Con la descarga del óvulo de la carga genética del espermatozoide se inicia un proceso irreversible de hominización que culmina con la fusión de los dos pronúcleos en un único núcleo, dotado de un genoma humano con un dinamismo vital propio, o sea, ya hay un nuevo ser humano. Con la penetración de la cabeza del espermatozoide se inicia irreversible-

mente un nuevo organismo humano, unicelular e individualizado (Serani 1997, 1070). Por lo tanto, interrumpir ese proceso equivale a destruir al nuevo ser humano en vías de constitución.

3. PERSONA HUMANA ES TODO SER HUMANO VIVO

La clave fundamental para dilucidar el tema propuesto es la definición de persona humana. Toda filosofía seria debe esforzarse en ofrecer una definición de este término, que hoy en día se maneja profusamente sin estar plenamente definido. Algunas corrientes filosóficas establecen una distinción real entre “*ser humano*” y “*persona*”, por lo que no todo ser humano es una persona humana. Incluso algunos pensadores radicales exigen que para que un ser humano pueda ser considerado como persona debe poseer una capacidad actual mínima de sentir, captar la realidad e incluso de razonar, comunicarse y entablar relaciones interpersonales. A nuestro juicio ese concepto de persona es arbitrariamente restrictivo y, por lo tanto, inadmisibles, ya que discrimina a determinados seres humanos por

razón de su edad o de su desarrollo intelectual.

Por ello nosotros postulamos que todo ser humano vivo es persona. Ahora bien para aclarar el término persona conviene distinguir dos momentos fundamentales y complementarios, aunque no idénticos de la persona. El primero es la “*personeidad*”, elemento original presente ya en el inicio de la existencia, mientras que el segundo es la “*personalidad*”, como momento procesal que se va desarrollando a lo largo de su existencia.

La *personeidad* es el momento de realidad original y primordial del ser humano, por ser fruto de una relación interpersonal constituyente y subsistente. Físicamente puede comprobarse en substrato biológico y en el origen genealógico de todo ser humano. El substrato biológico puede ser identificado en el genoma que distingue a la especie humana de las demás especies y que en su genotipo constituye la base de la individualidad personal, subsistente a lo largo de toda su existencia.

La *personeidad* tiene una potencialidad endógena de irse desa-

rollando en la *personalidad* o sea en la capacidad de ir formando diversas características psicósomáticas, incluyendo el carácter, y entablar relaciones interpersonales y medioambientales. Todo ello va forjando la personalidad, con modulaciones concretas de personalización que van configurando a la persona a lo largo de su existencia.

El cigoto o embrión unicelular humano, a diferencia de otros embriones animales, es una nueva substantividad humana viva, individual y personal. Desde un punto de vista antropológico el cigoto no es simplemente una materia viva, un plasma germinal, sino que ya es alguien, un “*novum humanum*”, fruto de una relación interpersonal genealógica. El “*productum*” de la fecundación humana es un ser humano en estado embrional dotado de un dinamismo coordinado propio. Por ello en vez de hablar de “*reproducción*”, término aplicable a los animales y vegetales, se deben hablar de “*procreación*” y de “*concepción*”. El “*concebido*” posee ya una personalidad propia original, constituyente y subsistente. Responde a la pregunta ¿quién es? Puede y debe ser reconocida su identi-

dad genealógica con los apellidos paterno y materno, en los que se expresa la identidad de sus progenitores y darle un nombre propio como un nuevo miembro de la familia humana, como corresponde a su dignidad intrínseca.

4. RESPUESTA A OBJECIONES

Una vez expuesta nuestra posición, examinaremos algunas objeciones más frecuentes que niegan al embrión el estatuto de persona. Daremos una respuesta concisa a las mismas a la luz de la definición propuesta de persona humana, según los avances de la embriología. Aunque todavía no hay una explicación del todo precisa de algunos fenómenos biológicos, referentes al inicio y a las primeras etapas de la vida humana, los actuales datos son suficientes para afirmar el estatuto personal del embrión humano desde la concepción.

4.1. Animación retardada

Una primera objeción, subyacente a casi todas las demás, niega al cigoto o embrión el estatuto personal antes de que desarrolle una mínima estructura morfológi-

ca humana, en ningún caso antes de la implantación. Algunos autores exigen incluso la formación de una estructura cerebral incipiente para que se pueda hablar de persona, siquiera potencialmente.

En este planteamiento está latente la teoría atribuida a Aristóteles (384-322 a.C.) de la animación sucesiva del ser humano. De acuerdo a observaciones empíricas rudimentarias, se pensaba que el ser humano se genera en una secuencia sucesiva de seres. Comienza siendo un vegetal, dotado de un alma vegetativa, pasa posteriormente a ser un animal, con un alma sensitiva, y finalmente se transforma en un ser humano, con un alma intelectual. Esta última fase no sucede sino después de un cierto tiempo, coincidente con la diferenciación sexual, la cual se situaba a los cuarenta días para el sexo masculino y a los ochenta para el femenino (Aristóteles, *Historia animalium*, citado por Ford 1989, p. 28; Vico 1991, p. 98).

El gran filósofo y teólogo Tomás de Aquino (1225-1274) retomó las teorías aristotélicas de la animación retardada, aunque dándole una nueva interpretación: el alma

racional no se superpone, sino que substituye al alma vegetativa y a la sensitiva, como la única forma substancial del ser humano. El alma es creada e infundida por Dios en el momento en que existe ya una organización física correspondiente del cuerpo, es decir una estructura morfológica que posibilite la realización de las funciones racionales (S.T. I - 118, 2 ad 2; Ford 1989, pp. 40-41; Vico 1991, p. 103).

La explicación aristotélica del desarrollo embrionario pareció adquirir una confirmación científica cuando Ernst Haeckel (1834-1919) estableció la ley biogénica de la “*ontogénesis*”. Según esta ley cada ser humano en su ontogénesis individual repite en un tiempo acelerado la “*filogénesis*” de la especie humana. La estructura genética del embrión pasa por las diversas fases de la evolución animal. Sin embargo, esta teoría fue refutada por los descubrimientos posteriores. E. Blechschmidt (1904-1992) mostró irrefutablemente que el desarrollo del embrión desde la misma fecundación del óvulo femenino por el espermatozoide masculino es típicamente humano en su estructura génica.

En la actualidad la genética ha confirmado que el genoma del cigoto, producto de la procreación humana, ya desde el primer momento pertenece a la especie humana. No es un vegetal, ni un animal antropoide, ni un homínido. En frase lapidaria de Tertuliano: “*Homo est et qui est futurus*” (“*Es ya hombre aquél que lo será*”: Apologeticum, IX, 8). El fruto de la fecundación del óvulo femenino y del espermatozoide masculino, es un ser humano en estado embrional que inicia un proceso que se desarrollará sin saltos ontológicos.

El genoma del cigoto, ya desde el primer momento pertenece a la especie humana

mera del hombre y la materia primera no puede existir sin la forma, ni la forma sin la materia. Por eso nos inclinamos a la opinión, hoy generalizada, de que el alma existe

desde el primer momento de la concepción humana, porque la célula germinal está dotada ya de una asombrosa estructura y por ello es ya un cuerpo orgánico y tal que por sí mismo se desarrollará en un ser con todas las facultades humanas¹.

4.2. Carencia de estructura cerebral

Por ello muchos tomistas, conscientes de las limitaciones científicas de la teoría de la animación sucesiva y retardada del embrión humano, la rechazan, considerando que la estructura morfológica correspondiente al alma se da ya en la misma concepción. Un embrión unicelular con un genotipo específico humano es materia bien dispuesta para ser sujeto apropiado del alma humana intelectual, la materia para la cual tal alma es forma substancial.

El alma humana es la forma substancial de la materia pri-

Algunos pensadores, entre ellos W. Ruff, sostienen que la formación morfológica del gran cerebro en el nuevo ser humano, aproximadamente hasta el día 40, es el criterio decisivo que recién señala la capacitación para la personalidad (Ruff 1970, 51). Igualmente Norman. M. Ford trata de fundamentar la teoría de la hominización individual retardada hasta la formación de la estructura designada morfológicamente como “*estría primitiva*” que marca la formación de la médula espinal (“*primitive streak*”), aproximadamente alrededor del día 14 ó 15

desde la fecundación. La aparición de una estría primitiva es la señal de que se ha formado y ha comenzado a existir un solo embrión propiamente dicho e individuo humano. Antes de este estadio no tendría significado hablar de presencia de un verdadero ser humano en sentido ontológico.

Según esta teoría en consonancia con la teoría, moderna de la muerte cerebral como terminación de la vida humana, la aparición de la estría primitiva sería condición no sólo suficiente, sino también necesaria para la emergencia del individuo humano. También se requiere que el embrión llegue al estadio de la gastrulación o sea cuando el sistema primitivo cardiovascular del embrión humano está ya funcionando y la sangre circulando (Ford 1989, 172).

A nuestro juicio el poner como condición para el reconocimiento de la individualidad humana la formación de una estructura mínima cerebral, identificada en la estría primitiva o la gastrulación, no tiene base biológica. En 1984 el Comité Warnock estableció la continuidad del proceso de desarrollo:

Ya que la temporización de los diferentes estadios del desarrollo es crítica, una vez que el proceso de desarrollo ha comenzado, no hay un estadio particular del proceso que sea más importante que otro; todos forman parte de un proceso continuo y, si cada uno no tiene lugar normalmente al tiempo justo y en la secuencia exacta, el desarrollo ulterior cesa².

El desarrollo embrional es un proceso continuo donde no se advierten discontinuidades que permitan establecer un cambio cualitativo en el estatuto antropológico del embrión.

A nivel biológico la célula germinal es una estructura complejísima con su propio genoma, muchos de cuyos genes comienzan a ser activados de manera organizada y coordinada ya desde la concepción. Según el profesor de genética Angelo Serra:

En la mórula (...) hay ya una coordinación que implica la actuación de capacidad intrínseca, puestas las condiciones necesarias y suficientes, de un

plan bien preciso, donde una parte notable de control es asumida de los genes del nuevo sistema, la actividad del cual, como cada vez más se está demostrando, es altamente coordinada: en el embrión humano se ha probado que éstos se hacen activos al menos en el estadio de 4 - 8 células³.

Una vez que el proceso de desarrollo ha comenzado, no hay un estadio particular del proceso que sea más importante que otro

4.3. Individualidad, gemelación y quimerismo

La objeción más fuerte al reconocimiento del estatuto antropológico personal del embrión proviene de la interpretación de dos fenómenos embrionarios opuestos: la gemelación monocigótica y el quimerismo pluricigótico. El profesor Lacadena señala que una de las características del ser humano es la individualización, que a su vez requiere dos propiedades, la unicidad y la unidad, de las cuales carece el cigoto antes de la anidación. Por lo tanto afirma que no se puede dar una respuesta científica cierta sobre cuándo empieza el ser humano (Lacadena 1989).

Lacadena analiza el fenómeno de gemelación monocigótica, que según él se observa naturalmente en un 2 por mil de los nacimientos. En experimentos con conejos y ratones se ha llegado a la separación artificial de los blastómeros en huevos en el estadio de dos e incluso dieciséis células que mantienen la totipotencialidad o sea la capacidad de originar otros tantos individuos diferentes. Basándose en esa observación llega a la conclusión de que la unicidad del nuevo ser no está todavía fijada durante las etapas de desarrollo embrionario anteriores a la terminación de la anidación, ya que hasta ese momento puede producirse el fenómeno de la gemelación monocigótica. Con base en ese argumento hay autores que admiten la identidad genética del “*pre-embrión*”, producida en la fecundación, pero la distinguen de la identidad personal que caracteriza a la persona humana y que aparecería después de la anidación.

A nuestro juicio este argumento no es concluyente, ya que utiliza erróneamente el concepto de in-

dividualidad, identificándolo con la indivisibilidad. Biológicamente hay casos de reproducción asexual, tanto mono como pluricelular. Una substantividad viva individual puede tener la potencialidad de replicatividad, uno de los fenómenos más complejos de los seres vivos. Los agricultores conocen bien esa potencialidad que permite que un esqueje de una planta, debidamente preparado y plantado, origine otras plantas, sin que este hecho implique negar la unicidad de la planta original. Más particularmente existen fenómenos de reproducción asexual en seres monocelulares y también en algunos pluricelulares que no anulan su individualidad.

Por ello identificar la individualidad como indivisibilidad llevaría a conclusiones absurdas, tales como considerar que una ameba no es un ser individual, porque puede dividirse y dar lugar a otra ameba. Es pues necesario redefinir el concepto de individualidad como unicidad que es susceptible o no de replicatividad. La gemelación no debe ser considerada como una simple división o partición, sino que es un proceso mucho más complejo de replicación. Por lo tanto no es coherente

negar al cigoto su característica de unidad e individualidad antes de la anidación.

Si el desarrollo de la gemelación se produce, únicamente se puede afirmar que del primer sistema “ha tenido origen” otro sistema, que puede ser genéticamente semejante al primero o también diverso, como se ha demostrado de varios casos de gemelos monocigóticos con diversa constitución cromosómica. El primer sistema permanece siempre el mismo sistema, si se quiere modificado como -por analogía exclusivamente ilustrativa- sucedería a un adulto al que se le amputan los miembros; y será segundo aquél originado del primero, aunque no llegue a reconocer el orden de sucesión en el tiempo. Y, mientras que el segundo inicia la propia existencia ontológica al momento en el que se separa, el primero continúa su propio desarrollo, sin perder la propia identidad biológica y ontológica⁴.

El primer individuo, fruto de la fecundación original, se replica, es decir, da “de sí” a un segundo individuo, con un genoma y un dina-

mismo propios que asumen el desarrollo de un individuo distinto. Biológicamente hay una reproducción original normal y una reproducción derivada asexuada. Al término de esta reproducción derivada se inicia un nuevo ser humano individual y personal. Si bien el primer gemelo aparece como reproductor del segundo, sin embargo antropológicamente debemos inscribir la gemelación monocigótica dentro de la fecundación original que dio origen al cigoto. Por ello los gemelos univitelinos deben ser considerados hermanos, hijos de los mismos padres.

El quimerismo pluricigótico consiste en la fusión de dos o más cigotos o embriones antes de terminar la anidación. Se da en diversos organismos. Artificialmente se ha conseguido fusionar dos mórulas en estadio de ocho células de ratones (experimentos de Tarkowsky y de Mintz), lo cual permite pensar que podría realizarse también en seres humanos. La fusión natural de embriones independientes en mamíferos, incluyendo la especie humana, es mucho más extraña, pero no parece imposible. Con base en esa posibilidad pluricigótico, *La-*

cadena niega la individualidad del cigoto durante las primeras etapas embrionarias anteriores a la anidación.

Sin embargo, esta opinión no está bien fundamentada. El quimerismo no se explica por la carencia de unidad e individualidad de los cigotos a fusionar. Según explica el profesor chileno Alejandro Serani se produce la muerte de uno de ellos, absorbido por el otro cuya identidad básica continúa vigente, aunque tal vez secundariamente modificada (Serani 1993, 224).

4.4. Precariedad de vida

Se ha argumentado contra el reconocimiento personal del cigoto o del embrión preimplantado en base al argumento de la precariedad de vida en los momentos iniciales del ser humano. Según las investigaciones de Hertig un 50% de los huevos fecundados abortan antes de la anidación (18% en la primera semana y 32% en la segunda), lo cual equivale casi a un 80% del total de abortos espontáneos. A partir de la anidación disminuye notablemente el número

de abortos espontáneos (Lacadena 1989, 40).

A nuestro juicio el argumento de la precariedad de vida no es válido para negar el estatuto personal del cigoto o embrión antes de la anidación. Antropológicamente hablando, la precariedad de vida es una característica de todo ser humano, que se acentúa no sólo en sus primeras etapas de vida, sino sobre todo también en las finales o en circunstancias críticas. Sería arbitrario negar el estatuto personal a los enfermos o incurables terminales, bajo pretexto de su precariedad de vida. El mismo Lacadena, aunque niega la individualidad al embrión antes de la anidación, afirma que la precariedad de vida no es un argumento fuerte a la hora de determinar el estatuto del embrión humano (Lacadena 1989, 40).

4.5. Productos humanoideos

La fecundación del óvulo femenino por el espermatozoide masculino da origen a un embrión humano, que debe ser considerado como un ser humano con estatuto personal. Ahora bien, esta afirmación obviamente es general, ya que no siempre de toda fecundación re-

sulta un cigoto humano. A veces se originan productos humanoideos, que no pueden ser considerados como seres humanos.

Biológicamente un producto humanoide, aunque tenga semejanza externa con un cigoto humano, no es un ser humano, ya que carece de personidad y por lo tanto de potencialidad de desarrollar una estructura mínima humana. Esta carencia puede deberse a la malformación de los gametos originales o al mismo proceso de fecundación.

Dentro de la medicina las anomalías embriológicas merecen un estudio especial.

Hay un caso difícil de resolver con los datos empíricos actuales y es el de saber lo que ocurre cuando se genera un producto de la concepción con graves aberraciones morfológicas y/o genéticas y que conduce necesariamente a la necrosis precoz o da origen a productos tumorales como la mola hidatidiforme, el coriocarcinoma o el tetaroma. En estos últimos tres casos nos parece bastante claro que en ello no habría nunca vida humana. El problema no

es tan claro con las aberraciones cromosómicas graves. Nos inclinamos a pensar que tampoco en estos casos se llegó nunca a constituir un ser humano⁵.

Biológicamente un producto humanoide, no es un ser humano, ya que carece de personabilidad

Nos parece correcta esa posición. Aunque cabe la discusión sobre los límites mínimos biológicos requeridos para ser persona, se debe mantener la distinción biológica entre cigotos humanos y productos humanoides. Puede haber cigotos humanos que degeneran o mueren por sobrevenir una patología mortal o por carecer de circunstancias adecuadas para su desarrollo. Tal es el caso de los embriones excedentes en la fertilización extracorpórea.

Desde la perspectiva ética a efectos prácticos se debe mantener la presunción general del estatuto personal de todo concebido, mientras no haya certeza de que se trata de un producto humanoide. Esta certeza se tendrá posteriormente. Si el producto de la fecundación al cabo de varios días desarrolla la línea primitiva, muestra que efectivamente provenía es un ser humano. Pero, si,

por el contrario, no la desarrolla, no se deduce que no haya sido un cigoto humano, ya que pueden haber actuado otros factores exógenos o también endógenos, por ejemplo una enfermedad mortal, que

han impedido su desarrollo. Por esa razón las estadísticas sobre la mortalidad prenatal deben ser interpretadas viendo las causas de la misma.

La incertidumbre sobre el carácter humano o humanoide del resultado de una determinada fecundación no puede llevar a la duda metódica sobre el estatuto del cigoto. El hecho de que puedan originarse productos humanoides en la fecundación no invalida la afirmación general de que la fecundación humana normal da origen a un ser humano con personabilidad y potencialidad de personalidad, que tiene dignidad personal y, por lo tanto, merece el respeto tanto a nivel ético como jurídico.

5. CONCLUSIÓN

En este ensayo afirmamos que el embrión concebido en la fecun-

dación humana es un ser humano individual y personal. El concebido está dotado de personabilidad, es decir, identidad genética y genealógica, constituyente y subsistente a lo largo de toda su existencia. Esta personabilidad hace que el concebido por su mismo dinamismo intrínseco en circunstancias propicias pueda “dar de sí” una estructura morfológica psicósomática, en base a la cual interactuando con el entorno configurará su personalidad.

Desde esta definición se solucionan las objeciones contra el estatuto personal del concebido. El cigoto tiene una suficiencia constitucional esencial, en cuanto que posee los elementos necesarios para desarrollarse en condiciones normales. El ser humano concebido no es un pre-individuo o una pre-persona, sino que es un ser individual personal, aunque todavía tenga precariedad de vida.

Hay elementos suficientes para sustentar el inicio de la vida humana personal desde la concepción y, por lo tanto, para fundamentar una bioética embrional. Sin embargo, es preciso proseguir la investigación científica de los datos genéticos y biológicos, así

como su interpretación filosófica y teológica.

A pesar de la evidencia de los argumentos expuestos a favor del estatuto personal del ser humano desde la concepción hay personas que honestamente mantienen todavía duda sobre cuándo se da inicio a la vida humana personal. Respetando esa posición, sin embargo, dados los argumentos a favor de su estatuto personal, sostenemos que el embrión merece el beneficio de la presunción de su dignidad personal en cuanto al trato que se le debe dar. Desde la perspectiva ética sería inadmisible disparar contra un matorral si hay indicios de que lo que se mueve no es una animal, sino un ser humano. Por ello el aborto provocado es inmoral.

Un problema práctico importante, merecedor de especial estudio, se refiere a la conveniencia de que el concebido, que según lo explicado es persona en un sentido antropológico, sea reconocido jurídicamente como persona sin esperar a que nazca. Mientras que en épocas pasadas habría sido inútil plantearse esta cuestión, hoy en día el avance de la embriología y de la tecnología permite hacer

un registro, al menos preventivo, de los concebidos aún no nacidos en etapas precoces de la gestación. En la fecundación normal se podría realizar desde el primer momento en que se detecta la aparición de un nuevo ser humano a través de la ecografía o de otros

Sería inadmisibile disparar contra un matorral si hay indicios de que lo que se mueve no es una animal, sino un ser humano

procedimientos tecnológicos. En el caso de la fertilización extracorpórea se hace posible visualizar incluso la misma unión del espermatozoide y del óvulo. Con ello la fecundación adquiere consecuencias jurídicas, ya que es posible reconocer la personería jurídica al embrión. Este reconocimiento es muy conveniente, ya que garantizaría el derecho a la vida y los otros derechos del concebido, derivados de su misma dignidad personal, especialmente cuando hay peligro de que sean violados.

Todo ser humano vivo es un ser personal, titular y sujeto de los derechos humanos universales. En la comunidad internacional a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos hay una base jurídica firme para rechazar toda discriminación. Hoy en día los seres

humanos por nacer son los seres más indefensos e inocentes y al mismo los más amenazados del planeta. Por ello la Iglesia, comprometida en la opción preferencial por los pobres, ha aceptado como una de sus más importantes prioridades la defensa de la vida humana desde la concepción.

de la concepción.

Referencias

- ❖ Comité Warnock (Department of Health and Social Security), *Report of the Committee of Inquiring into Human Fertilization and Embriology*. London, Her Majesty's Stationary Office, 1984.
- ❖ Congregación para la Doctrina de la Fe, *Donum Vitae, Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*. 1987.02.22.
- ❖ Congregación para la Doctrina de la Fe, *Dignitas Personae. Instrucción sobre algunas cuestiones de bioética*. 2008.09.08.
- ❖ FORD, N. M., *When did I begin? Conception of the human individual in History, Philosophy and Science*. Cambridge, University Press, 1989.
- ❖ Juan Pablo II, *Evangelium Vitae, Carta Encíclica sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana*. 1995.03.25.

- ❖ LACADENA, Juan Ramón, “Estatuto del embrión previo a su implantación”, en FIUC (ed.) *La vida humana, origen y desarrollo*. Madrid, Universidad Comillas, 1989, pp. 35-40.
- ❖ LUCAS, Ramón, *El Hombre espíritu encarnado. Compendio de filosofía del hombre*. Madrid, Atenas, 1995.
- ❖ MONGE, Fernando, “El estatuto ontológico del embrión humano en base a los datos biológicos”, en *Cuadernos de Bioética* (Santiago de Compostela) N. 21/1995, pp. 10-22).
- ❖ PARDO, Antonio, “Embrión y ‘pre-embrión’”, en *Cuadernos de Bioética* (Santiago de Compostela) n.32 / 1998, pp. 1416-1431.
- ❖ RUFF, Wilfried, „Individualität und Personalität im embryonalen Werde. Die Frage nach dem Zeitpunkt der Geistbe-seelung“, en *Theologie und Philosophie* 45 (1970), pp. 24-59.
- ❖ SERANI, Alejandro, “El comienzo de la vida humana”, en LAVADOS, Manuel / SERÁN Alejandro, *Ética Clínica. Fundamentos y aplicaciones*, Santiago de Chile, Ed. Univ. Católica de Chile, 1993, pp. 219-224.
- ❖ SERANI, Alejandro, “El estatuto antropológico y ético del embrión humano”, en *Revista Cuadernos de Bioética* n.31 / 1997, pp. 1063-1073.
- ❖ SERRA, Angelo, “El embrión humano, ciencia y medicina”, en FIUC (ed.) *La vida humana, origen y desarrollo*. Madrid, Universidad Comillas, 1989, pp. 41-56.
- ❖ SERRA, Angelo, “Pari dignità all’embrione umano nell’ Enciclica Evangelium Vitae”, en *Medicina e morale* (Roma) n.4 /1995, pp. 793-818.
- ❖ SERRA, Angelo, “Quando è iniziata la mia vita?”, en *La Civiltà Cattolica* n. 3348 / 16 dic. 1989, pp. 575-585.
- ❖ VALVERDE, Carlos, *Antropología filosófica*. Valencia, Edicep, 1995.
- ❖ VELAYOS, J.L. / Santamaría, L., “El comienzo de la vida humana”, en *Cuadernos de Bioética* (Santiago de Compostela) n.1/ 1995, pp. 1-9.
- ❖ VICO PEINADO, *El comienzo de la vida humana. Bioética Teológica*. La Florida (Chile), Paulinas, 1991.

Notas

¹ Lucas 1995; Valverde 1995, p. 226; Monge 1995, pp. 19-20; Serra 1995, pp. 812-815.

² Comité Warnock 1984.

³ Serra 1989, p. 583

⁴ Serra 1989, p. 582.

⁵ Serani 1993, p. 224.



Bioética desde un comité hospitalario de ética latinoamericano

Marta Fracapani de Cutiño

Resumen

.....
La experiencia de un Comité Hospitalario de Ética, de la provincia de Mendoza (Argentina) permite fundamentar la necesidad de proponer objetivos, contenidos, metodologías y sistemas de evaluación que estimular la implementación de estos Comités interdisciplinarios en América Latina y el Caribe. En esta presentación se acentúa la función consultiva del Comité, desde los postulados de la bioética en contexto, promoviendo la activa participación tanto de los pacientes afectados y su familia, como de los expertos profesionales, valorando el principio de autonomía.
.....

Nuestro Comité funciona en el Hospital Humberto Notti, antes Emilio Civit, que es un centro de atención médica complejo, referencial en el centro oeste de la República Argentina, en la provincia de Mendoza.

El Comité de ética del Hospital H. Notti desarrolla su labor desde el 15 de junio de 1989. Nuestro interés en la bioética surgió como respuesta a los nuevos y numerosos problemas que como médicos terapeutas se nos planteaban en el tratamiento de niños graves, a veces murientes, ante las nuevas posibilidades terapéuticas, farmacológicas o técnicas que nos ofrecía la medicina; ante el interés cada vez mayor de los padres y pacientes en saber sobre la toma de decisiones y participar en ellas, y, sobre todo, ante las limitaciones en la disponibilidad de recursos terapéuticos sofisticados. Comprendimos que la ciencia y la técnica no podían ofrecernos las respuestas que buscábamos, ya que eran interrogantes referidos a valores espirituales y morales.

Sin saberlo, instintivamente, comenzamos a transitar el camino de la transdisciplina y transcul-

turalidad adquiriendo conciencia humanística. A partir de 1986 comenzamos a reunirnos con profesionales de distintas ciencias que tienen como objeto de estudio al hombre, con el fin de estudiar y reflexionar sobre los conflictos éticos que surgían en nuestra práctica profesional.

Esta actividad realizada en forma sistemática y metodológica, nos llevó a formar el Centro Cuyano de Estudios Bioéticos. Como fruto natural de esos estudios surgió la solicitud a las autoridades hospitalarias de la creación del Comité hospitalario de ética. La iniciativa contó con el apoyo e interés de las autoridades hospitalarias que rápidamente implementaron su creación. Para la designación de sus miembros se siguieron dos criterios distintos: algunos fueron designados entre los que presentaron la propuesta y que ya se habían comprometido con el estudio y trabajo, y otros fueron designados de acuerdo a un criterio jerárquico y estratégico que las autoridades consideraron como más propicio para el posterior desarrollo del Comité.

Los comités son de composición colegiada (comités, consejos, juntas,

comisiones) para ofrecer una visión variada ante una situación singular, que resuma en un único dictamen una perspectiva transdisciplinaria y pluralista que se transforme en una voluntad unitaria. Así se logra que la acción sea de uno, pero el consejo de varios¹.

Nuestro Comité está constituido por 13 miembros y tal como lo aconsejaba la Academia de Pediatría² se integró con un abogado, un teólogo, un filósofo, un contador, un representante de la comunidad, además de 2 enfermeros y 5 pediatras generales y especialistas³. Los padres del niño frecuentemente se incluyen en el proceso de deliberación. También puede participar el ministro correspondiente a la religión del paciente involucrado.

Hay que aclarar que el teólogo (católico) no sustituye o suprime la presencia del sacerdote o ministro religioso⁴. Esta distinción de roles no implica necesariamente dos personas diferentes, en muchos casos puede ser la misma. A veces el sacerdote o ministro relacionado con la persona en dificultad ética, no está capacitado para el debate bioético específico, pero siempre lo está para el

debate general, de principios y valores religiosos⁵.

Los miembros de nuestro Comité pertenecen a distintos credos religiosos, aunque no fue un requisito a considerar cuando fueron designados. El abogado cumple un rol muy importante al indicar el marco legal y señalar si alguna opción es antijurídica. El Comité no aconseja en desacuerdo con la legislación positiva para garantizar que todos los dictámenes salvaguarden la responsabilidad profesional de los consultantes. Cuando se han analizado problemas que constituían excepción a la norma legal se ha señalado la necesidad de solicitar autorización judicial y así se ha hecho.

El abogado no pertenece al plantel del hospital para evitar conflictos de interés. Igual situación se da en el caso del filósofo, el teólogo y por supuesto el representante de la comunidad. Los miembros citados se consideran miembros titulares y todos tienen voz y voto. Son designados y revocados por el director del hospital. Las funciones de los miembros pertenecientes al plantel del hospital se cumplen en el horario habitual de trabajo. No así la ta-

rea de autoformación y capacitación del grupo que ha demandado un gran tiempo extra.

Creemos un deber de justicia que se pueda concretar una resolución ministerial que afirme que los miembros no pertenecientes a la planta hospitalaria podrán ser rentados. También han participado en las reuniones miembros invitados y consultores con voz pero sin voto. La mayoría de las veces para aportar la experiencia de sus propias especialidades al Comité y algunas otras veces como aporte docente del comité hacia algunos miembros de la comunidad hospitalaria. Los miembros invitados y los consultores pueden ser representantes de instituciones formadoras de recursos humanos en salud; ex miembros de la institución que además de su meritoria trayectoria acreditan antecedentes en temas de la bioética, representantes de entidades religiosas, comunitarias o relacionadas.

En los primeros años no se permitía que el profesional consultante participara en la discusión

Los miembros de nuestro Comité pertenecen a distintos credos religiosos, aunque no fue un requisito a considerar cuando fueron designados.

del conflicto, porque se consideraba que al no conocer el método de análisis y no haber logrado la total cohesión de los integrantes se podrían generar nuevos conflictos, y por otro lado podría perjudicarse la imagen del comité. Luego de haber efectuado el análisis

a puertas cerradas se refería al consultante la metodología usada y el consejo elaborado, así como sus fundamentos. A medida que disminuyeron los prejuicios hacia el Comité y éste se consolidó en su metodología de funcionamiento se permitió la participación en el diálogo de los consultantes. La consulta, dictamen o informe que expide un órgano consultivo, Comité, en la mayoría de los casos resulta por unanimidad pero, en el caso de que exista una minoría disidente, también puede ser por simple mayoría.

En nuestro caso todas las consultas fueron resueltas por unanimidad, seguramente porque antes habíamos acordado el proceso de toma de decisión a seguir. Las deliberaciones o sesiones del comité se efectúan en comisión y

se asiste al equipo de salud, al paciente, familia, comunidad, autoridades de la institución, otras instituciones, dando la respuesta al problema objeto de la consulta. El comité debe estar formado por miembros estables (permanentes) y transitorios o invitados, incluso *ad hoc*.

Es importante considerar el principio de inamovilidad o estabilidad de los miembros que cumplen determinados requisitos, para asegurar la independencia funcional ante eventuales arbitrios⁶. El informe que emite el Comité hospitalario de bioética como órgano consultivo, al que denominaremos dictamen o parecer, no es vinculante. Esto origina que quien presenta la consulta y toma finalmente la decisión no está eximido de la responsabilidad profesional. El único responsable de la acción es el agente que toma la decisión.

El comité emite una opinión técnica, transdisciplinaria, que globaliza una opinión única y que traduce una opinión translúcida, lícita, fundamentada, sin efectos jurídicos para terceros, y resguardadora siempre de la dignidad de la persona humana y su medio ambiente. No obstante, el comité res-

ponde directamente, en caso en que su opinión o actividad fuera ilícita o antijurídica. Por ejemplo, encuadrar un caso de eutanasia por acción u omisión como muerte digna; aconsejar métodos desproporcionados de tratamiento para alcanzar beneficios económicos. Esto se basa en la legislación civil y penal vigente.

Ante una consulta a un comité de ética hay distintos tipos de respuestas:

a) Informe: se refiere a un relato o exposición de los hechos, sin elementos de juicio o juicios concretos en el contenido del supuesto objeto de consulta. Ejemplo: problemas técnicos-médicos o técnico-jurídicos que deben ser remitidos al ámbito de competencia correspondiente.

b) Juicio u opinión: el dictamen contiene una valoración ética o axiológica, a la que se llega una vez seguido el proceso de toma de decisión previamente consensuado y aceptado por el Comité.

El Comité exterioriza su voluntad a través de un dictamen, actividad típicamente consultiva, sea

retrospectiva o prospectiva. Exteriorización de voluntad que tiene características propias que es necesario señalar:

- ❖ Las opiniones o dictámenes prospectivos que emite el Comité no los hace de oficio, ni en forma espontánea, sino siempre a solicitud o requerimiento de la parte interesada.
- ❖ Los dictámenes no pueden emitirse en abstracto sino en concreto para un caso particular, sea en el cumplimiento de la función consultiva retrospectiva o prospectiva. En la primera el hecho de que el conflicto haya sucedido y ya haya sido resuelto no lo hace abstracto.
- ❖ Los dictámenes deben ser claros y concisos, refiriéndose únicamente a emitir opinión concreta sobre lo solicitado.
- ❖ La opinión elegida debe estar basada en un diagnóstico técnico médico de excelencia, lícita desde el punto de vista jurídico y justificada por valores, normas, principios o virtudes.
- ❖ Los dictámenes son facultativos, es decir, no se tiene obligación de aceptarlos.

Nos parece oportuno, sobre el tema, referirnos a los tipos de

dictámenes en virtud de hacer las diferencias con los comités de ética en investigación.

Se reconocen tres categorías de dictámenes:

- a) **Facultativos:** se los denomina voluntarios, libres o potestativos. Son aquellos en que no se está obligado a su requerimiento, pero que voluntariamente puede solicitarse en intervención y aceptar sus conclusiones. Se tiene la facultad de solicitar libremente el parecer del Comité pero no la obligación de aceptar sus condiciones. El dictamen es libre porque puede ser seguido o no y encuadra en el tipo de dictamen de los Comités hospitalarios de bioética.
- b) **Obligatorios:** también se los denomina como mixtos, cuasi vinculantes, optativos o no vinculantes. En este caso, quien va a decidir debe requerir opinión y juicio por imposición del orden normativo, aunque no se está obligado a aceptar su decisión. El requerimiento y la consideración del dictamen es elemento necesario y su omisión ocasiona responsabili-

dad. En síntesis: es obligatorio solicitar el parecer y facultativo aceptar o no la decisión.

- c) **Vinculantes:** su naturaleza responde a la denominación, por cuanto es la ley o el orden normativo la que impone la obligación de requerirlo y ajustarse a sus conclusiones. Estas últimas son normas obligatorias. Por ejemplo: la observación de un comité de ética de investigación a un protocolo de investigación lo invalida totalmente y lo remite a la fase 0. Como se advierte en el ejemplo anterior, la vinculación es absoluta, porque obliga a actuar y resolver en el sentido informado, sin posible resolución en contrario.

fecha, conflicto ético planteado, opinión fundada y conclusiones que se concretarán o no por parte del solicitante de la consulta y deberán figurar en un libro de actas foliado, siguiendo un riguroso orden cronológico, evitando claros y separaciones innecesarias. Las correcciones que se introduzcan serán salvadas a continuación de los mismos y antes de ser firmados, dejándose expresa constancia de lo tachado, sobrepasado o enmendado y de cualquier otra modificación que se practique. Estos requisitos son de cumplimiento obligatorio porque la documentación puede ser requerida por la autoridad judicial, como elemento de prueba frente a un delito, acción por daños y perjuicios, etc.

Desde el punto de vista de la terminología, la doctrina cuestiona este tipo de dictamen o parecer en virtud de que la consulta se transformaría en una verdadera autorización tutelada. La actividad consultiva puede ser escrita o verbal pero la forma normal de exteriorización del comité, por la solemnidad de su actuación, debe ser escrita. Los dictámenes deben contar con los siguientes requisitos: consignación del lugar y

Se pueden clasificar los dictámenes, según el alcance de la consulta, en generales y particulares o individuales y especiales. Son generales cuando la solicitud de opinión está referida a temas bioéticos de interés general, que pudieran involucrar y producir efectos éticos y jurídicos generales en forma directa o no. Son ejemplos del primer caso los pedidos de opinión sobre proyectos de leyes: muerte digna, salud reproductiva,

fertilización asistida, o sobre un reglamento de obligatoriedad de constitución de Comités hospitalarios de bioética. Son impersonales y objetivos, y no configuran un caso particular.

El dictamen es la forma típica de manifestarse la actividad consultiva de un Comité

En el segundo caso, vale decir cuando se trata de declaraciones desprovistas de efectos jurídicos (crear derechos y obligaciones), sirve como ejemplo el decálogo de cómo tratar a una persona enferma. Los singulares o particulares se refieren a la función consultiva propiamente dicha. Los especiales son aquellos que comprenden materias propias del comité, pero el organismo consultor o persona que consulta no corresponde a la institución en que está inmerso. Por ejemplo, consulta particular de una institución privada a un Comité de ética de un hospital público o consideración de un proyecto de investigación si no existe un Comité correspondiente.

En síntesis, el dictamen es la forma típica de manifestarse la actividad consultiva, porque a través del mismo se enfocan los temas objeto de consulta desde diver-

sos ángulos no exclusivamente médicos, y es completo porque no sólo cuenta con una opinión, sino que en el mismo se ha valorado, dando juicio sobre sus posibilidades bioéticas y siguiendo el proceso de toma de decisión. La actividad consultiva de un Comité hospitalario de bioética es interna de la institución y no concurre a su formación la opinión de quien ha dado origen a la consulta. Tiende a lograr el mejor interés del paciente y su familia, a la vez que el mejor funcionamiento de la institución de que se trate.

Cabe destacar que el dictamen de un Comité hospitalario de ética no crea, extingue o modifica una relación de derecho con respecto a terceros o al propio interesado. Como órgano consultivo, no decide sino que se limita a aconsejar, asesorar, a formular una declaración de juicio u opinión como apoyo al equipo de salud, y sobre todo para lograr el mayor bien para el paciente y su familia⁷.

El Comité de ética ha efectuado reuniones ordinarias, con una periodicidad mensual y extraordina-

ria a demanda del director, del personal del hospital, de pacientes o familiares o representantes legales de éstos, de la comunidad, de otras instituciones o por demanda anónima. En el caso de las reuniones extraordinarias se instrumentaron los mecanismos adecuados para que las mismas se efectuaran indefectiblemente en un plazo no mayor de 24 horas, desde el momento de su solicitud. Cabe comentar que para disminuir las tareas del Comité en la medida que había mayor número de consultas extraordinarias se limitaban las ordinarias. La celeridad con que se ha reunido el Comité, es una de las diferencias con las que aporta la bibliografía. Otra es la modalidad del pedido. En nuestro caso, la solicitud de consulta se formula en forma oral al secretario o al presidente.

Nuestro proceso de toma de decisión es un proceso estructurado, sistematizado. Parte de la historia clínica para llegar a conocer en profundidad al paciente. Dicha historia clínica debe ser completa, veraz y debe traducir íntegramente los distintos problemas. Su confección es responsabilidad de todos los integrantes del equipo de salud que intervienen en la

atención del paciente. La institución está a cargo de su buena conservación, archivo, secreto, disponibilidad ante autoridad competente y el propio paciente o su representante legal que la solicita a la dirección del hospital. El secreto de la historia clínica es profesional y técnico.

El primer punto en el proceso de toma de decisión es el de recolección de antecedentes.

Se deben identificar los procedimientos o prácticas diagnósticas y terapéuticas que se han efectuado y las alternativas posibles, así como los riesgos que se pueden presentar en cada una de ellas y el pronóstico.

Muchas veces en los primeros tiempos de funcionamiento del Comité en este punto se suspendía la sesión porque no estaban resueltos estos problemas, considerándose *a posteriori* cuando se habían completado.

También se analiza en este momento la capacidad o no del paciente o su familia y en algunos casos hemos tenido en cuenta la opinión de allegados al paciente (maestra, psicopedagoga, ami-

go, etc.) Siempre analizamos las características socioculturales y económicas de la familia, así como la dificultad técnica, operativa o económica y/o disponibilidad de la terapéutica que se propone.

Posteriormente se identifican las opciones reales y posibles, aún las que parezcan moralmente inaceptables y se determina la antijuridicidad o no de cada una de ellas. Recién entonces se procede al estudio de los problemas éticos, que generalmente son varios. Hay que enumerarlos, definirlos para analizarlos por separado. En este momento se procede a la evaluación moral que consta de cuatro pasos.

El primero es el sistema de referencia moral (ontológico). Como premisa ontológica se postula que el hombre es persona y como tal tiene dignidad y no precio. La premisa ética sostiene que en tanto que persona todos los hombres son iguales y merecen similar respeto y consideración.

El esbozo moral (deontológico) se considera en dos niveles. El primero comprende la no maleficencia y la justicia y el segundo autonomía y beneficencia.

El paso siguiente atañe a la experiencia moral (teleológica). Evalúa las consecuencias subjetivas y objetivas. Se hace referencia en este momento a la calidad subjetiva y objetiva de vida y a la proporcionalidad terapéutica.

Por último se procede a la verificación moral (justificación). Se confronta el caso con la regla, se comprueba si es posible justificar una excepción y finalmente se contrasta la decisión tomada con el sistema de referencia moral.

Se llega al cuarto paso del proceso, que es la selección de una opinión justificada, que constituye la decisión⁸. Sobre la base de la decisión se aconseja la acción. El último paso es la reflexión de lo actuado.

En nuestro proceso de toma de decisión podemos afirmar que se visualiza claramente la influencia norteamericana en la primera parte⁹ y luego se inspira casi fielmente en la propuesta del Profesor Dr. Diego Gracia.

También hemos adquirido una experiencia importante en la aplicación de los cri-

terios de la *proporcionalidad terapéutica*.

Los criterios de aplicación de la proporcionalidad terapéutica se basan en comparar los riesgos y costos de una terapia o práctica médica a los posibles beneficios. Exige una interacción entre el médico y el paciente o sus representantes. Gracias a esta colaboración, podrán ser definidos:

- a) **Objetivo u objetivos de la terapia:** curación, prevención de las recidivas, prolongación de la vida, alivio del dolor, rehabilitación física, etc. Para que una terapia sea eficaz debe satisfacer las expectativas del médico y del paciente, que no siempre coinciden.
- b) **Aceptación del médico a la terapia:** está ligada a los modos, tiempos y ritmos de la formulación terapéutica. Debe ser lo más cercana posible a las exigencias del paciente, en lo referido a su valoración subjetiva como en lo referido a su conveniencia.

Entre la definición de los objetivos y la verificación de la aceptación, está la selección del tratamiento, tarea de naturaleza específica-

mente médica.

El médico debe proponer la “terapia más eficaz” (la que tiene mayores posibilidades de alcanzar el beneficio), la “más segura” (la que tiene mayores posibilidades de disminuir los efectos no deseados, o sea, los riesgos) y la “más adaptada” a las particulares exigencias físico-patológicas del paciente. Para que la selección sea correcta, es necesario que el médico esté actualizado sobre las “novedades terapéuticas”, conozca y sepa interpretar críticamente los métodos experimentales utilizados para la investigación y los resultados que emergen y pueda elegir así la terapéutica, que según el balance riesgos-beneficios, resulte más favorable.

Para que la selección se traduzca en una elección terapéutica, es necesario:

- ❖ Que el medio terapéutico elegido esté disponible y que la dificultad técnico-operativa para disponer de él, o los gastos necesarios no sean tales que parezcan desproporcionados al beneficio previsto.
- ❖ Que el paciente tenga un impacto positivo con la terapéutica y adhiera a ella (aceptación).

La aceptación del paciente, tanto inicialmente como en el curso del tratamiento, depende:

- ❖ De sus límites de tolerancia y de soportar las molestias y los sufrimientos impuestos por la terapéutica.
- ❖ De su patrimonio en valores y sus ideales. (Ejemplo: testigo de Jehová, que tal vez rechaza transfusión de sangre).
- ❖ Del impacto emotivo con la terapéutica. (Ejemplo: el profundo sentimiento de repugnancia que una persona puede experimentar hacia un trasplante, xenotrasplante).
- ❖ El valor atribuido al beneficio esperado.

Evaluar todos los elementos no es una tarea fácil ni para el médico, ni para el paciente y ni para la familia. Valorar la proporcionalidad de una terapéutica puede suscitar conflictos decisionales y orientaciones operativas diversificadas¹⁰.

En los primeros tiempos del Comité es difícil ser ordenados y seguir paso a paso el proceso de toma de decisión. Teníamos un afiche en la pared para que todos los integrantes tuviéramos en cuenta

en qué punto estábamos y no nos alejáramos del modelo.

Nuestro Comité cumple funciones consultivas, normativas y docentes. En muchas de las sesiones se ha cumplido más de una función. La *función consultiva* ha sido la más frecuente y es de tipo opcional¹¹. Todas han sido prospectivas. Análisis retrospectivo se había efectuado antes de haber sido constituido el Comité por el director del hospital. Este recurso fue muy útil para adquirir habilidades en el proceso de toma de decisión, en forma individual y grupal.

El análisis prospectivo, de acuerdo al reglamento interno elaborado en la primera sesión, se efectuó dentro de las 24 horas de haber sido solicitado. Pocos casos necesitaron más de una sesión para resolverlos. Cuando las consultas se repetían originaron la elaboración de una norma. Posteriormente se desalentaba la presentación de casos que podían ser incluidos en ellas y los integrantes del comité individualmente asesoraban con respecto a ellas a quienes lo requerían. Esto se consideró como un mecanismo adecuado para

disminuir el número de consultas al Comité.

El Comité de ética que es un órgano consultivo, por definición¹² es el ámbito adecuado para la deliberación entre expertos, afectados y responsables políticos. Al tratar de resolver un problema suscitado en la atención de la salud de un paciente determinado, en un lugar geográfico y en un determinado momento, hay que tener en cuenta en primer lugar la opinión de los expertos que aportan elementos decisivos para la resolución del problema.

Los expertos son profesionales que desempeñan una ocupación, prestan servicios con una particular especificación y coordinación. Las profesiones se constituyeron en Grecia de acuerdo con un modelo sacerdotal y generando la idea de responsabilidad profesional más bien religiosa. Esta concepción fue modificándose con el correr del tiempo y se emancipó de la relación religiosa instalándose una ética autónoma característica de la misma.

Profesión, del latín *professio-onis*, significa acción y efecto de profesar. Desde su inicio, en todas

las profesiones se desarrolló el concepto de responsabilidad profesional, aunque las primeras profesiones fueron únicamente la medicina, el derecho y la teología, y de ellas fue característico que su ejercicio posibilitara la subsistencia o ganancia honesta por parte de sus prestatarios. Posteriormente fueron consideradas profesiones la carrera militar y la naval. Luego, todas las personas con preparación específica y un grado académico, como economista, arquitecto, profesor.

Actualmente, tiende a incluirse como profesionales algunas ocupaciones que requieren preparación y conocimientos específicos, sin título universitario, pero con diplomas o certificaciones basados en exámenes que confieren el derecho para el uso de sus habilidades específicas. Es característica de la profesión la tipicidad de los objetivos, la racionalidad, la superación de las fórmulas consagradas por la tradición y el tiempo, la autoridad, que permite al profesional imponer criterios y la especificidad que regula la relación entre el profesional y su cliente dentro de límites preestablecidos. Para Parson, las profesiones son mecanismos de control social.

Podemos ya definir al profesional como la persona que posee profundos conocimientos teóricos que llevan a la solución de problemas vitales, recurrentes pero estandarizables y que experimenta la necesidad de realizar su trabajo con el máximo de sus competencias y que se siente a sí mismo identificado con los demás profesionales de su área. En la misma, existe autocontrol de la conducta de sus integrantes mediante un código ético, con socialización en los valores de la profesión y con controles más o menos oficiales: los colegios profesionales, organizados y dirigidos por los mismos profesionales.

La profesión es, por consiguiente, un servicio a la sociedad, único, esencial y definitivo. Se basa en conocimientos y técnicas específicas para el servicio que presta. El éxito profesional consiste en saber definir el problema, seleccionar los datos relevantes, planificar y aplicar las mejores soluciones. El profesional debe pensar crítica, objetiva e inquisitivamente. Debe superar un período de formación especializada en instituciones educativas, que fundamenta el que los profesionales puedan reclamar recompensas

sociales y económicas superiores a las de las ocupaciones.

El bien que se obtiene ejerciendo una profesión es lo primero que debemos considerar cuando efectuamos un análisis ético. Ello nos conduce a la evaluación de las metas o fines de la medicina.

La medicina tiene metas tradicionales: (1) salvar y extender la vida; (2) promoción y mantenimiento de la salud, y (3) alivio del dolor y sufrimiento.

Pero estas metas ¿mantienen su vigencia en la actualidad? Se prolonga la vida, se atrasa el envejecimiento, se mantiene la vida artificialmente, se ha avanzado enormemente en medicina predictiva, se están incluyendo en su área los problemas existenciales relacionados con el sentido de la vida, la violencia social, el medio ambiente.

En el plano científico la medicina se expande, avanza en la investigación. En lo económico es una fuerza que posibilita rentabilidad y puestos de trabajo para muchas personas no médicas. En lo político la asistencia sanitaria y las

demandas urgentes al respecto hacen que los gobiernos adquieran un papel predominante en su provisión y desarrollo. Éstas son, entre otras, las razones que llevan a replantear las metas médicas.

A su vez, la asistencia médica se sitúa dentro de los sistemas de salud y éstos dentro de contextos sociales y políticos más amplios. Esto lleva a replanteos desde todas las perspectivas profesionales involucradas¹³.

El Hasting Center propone, sin priorizar, las siguientes:

- ❖ Prevención de la enfermedad y las lesiones, y promoción y mantenimiento de la salud.
- ❖ El alivio del dolor causado por la enfermedad y las dolencias.
- ❖ La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
- ❖ Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Estas metas nuevas influyen en los integrantes del Comité de ética, cuando en diálogo transdisciplinario se procede al análisis individual de un conflicto particular.

La bioética por definición es un diálogo transdisciplinario, inte-

rideológico y pluralista que pretende lograr un debate social que favorezca la igualdad del acceso a los servicios de salud, como un derecho fundamental de las personas, independientemente de su nivel social y económico. También, que la medicina esté al servicio de la salud de las personas, respetando su dignidad, pero que no se dedique a medicalizar todos los aspectos de la vida.

La opinión de los expertos en el proceso de toma de decisión es imprescindible para la comprensión y resolución de los distintos problemas. Esto no significa que sean los únicos que opinen. Cuando las decisiones quedan exclusivamente en sus manos, estamos ante un paternalismo médico.

El afectado, cliente o usuario de la atención profesional, no es meramente el objeto de esa atención. Es un sujeto de derecho que debe ser respetado, considerado, informado y que tiene que emitir su opinión. Respetando el principio de autonomía, el profesional debe dialogar con el paciente y acordar las prestaciones profesionales. El paciente o su representante legal es un interlocutor adulto, que tiene la posibilidad de expresar lo que prefiere. Es el

protagonista de lo que con él se hace o se va a hacer; es quien debe decidir, debidamente informado, acerca del servicio o presentación que se le ofrece.

En los Comités de ética hay que escuchar tanto la voz de los expertos como de los afectados.

Cuando la ética profesional se corporativiza, rechaza el punto de vista jurídico y el principio de autonomía. En los Comités de ética hay que escuchar tanto la voz de los expertos como de los afectados. La información brindada a los afectados no los convierte en expertos, pero sus puntos de vista, luego de ser adecuadamente informados, aportan elementos imprescindibles para la toma de decisión. El discurso que se hace sólo desde la perspectiva del paciente sirve para descalificar actuaciones, no para solucionar problemas.

El principio de autonomía, que ha tenido su máxima expresión en Estados Unidos, no puede ser ignorado en nuestro medio. La experiencia norteamericana debe servirnos para valorar la importancia del consentimiento informado y lo que con él se relaciona. Los integrantes del equipo de salud debemos ser los máximos de-

fensores del consentimiento informado porque, si el accionar médico está guiado por el respeto a la dignidad del paciente y su familia, no hay otra opción que respetar su autonomía.

El respeto a la autonomía está reconocido en nuestro ordenamiento jurídico y constituye una obligación ética el informar al paciente, para que en verdadero diálogo pueda apropiarse de su enfermedad y tomar una decisión responsable.

La información brindada a pacientes capaces por parte del médico, conocedor de la técnica, debe ser veraz, adecuada, sencilla, teniendo en cuenta al que recibe la información, en el momento oportuno, para luego recibir el consentimiento responsable por parte del enfermo y aceptar la decisión tomada.

Tratándose de niños (incapaces), es posible y hace más humana la relación, el informarles las prácticas que se les van a efectuar, la evolución posible, cuánto les va a doler o no, porque son medidas que facilitan la aceptación de la

enfermedad y favorecen su actitud de confianza. El asentimiento del niño no exige al médico de solicitar a los padres o representante legales el consentimiento requerido. El consentimiento es mucho más que un formulario impreso más o menos detallado; es mucho más que una práctica defensiva ante posibles juicios de mala praxis; es una manifestación del respeto al paciente y su familia.

Expertos y afectados se encuentran en un espacio social que no tiene ni una multitud de recursos ni posibilidades ilimitadas. Existe una perspectiva en la que se deben articular las múltiples necesidades e intereses con las posibilidades reales y recursos disponibles, conforme al principio de justicia.

Los responsables políticos son los encargados de arbitrar las fórmulas para que los recursos se distribuyan equitativa y razonablemente. Tendrán que tener en cuenta a los afectados y a lo asesorado por los expertos.

En la relación terapéutica, el enfermo busca su bien individual y aporta a la relación el principio de autonomía. El médico busca lo

mejor para el paciente y aporta el principio de beneficencia y el de no maleficencia. La sociedad aporta el principio de justicia pero, para que éste se haga presente, en la relación terapéutica deben existir normas explícitas emanadas de leyes, decretos, decisión de un juez, director de hospital o jefe de servicio.

La versión deontológica de la ética postula que se respeten la dignidad y los derechos de cada ser humano como fin en sí mismo, otorgando escasa importancia al contexto. Pero la falta de contexto provoca una pérdida de realidad y hace que la ética no pueda hacer las mejores propuestas de humanización, ya que no logra decir de qué modo se debe transitar de lo existente a lo deseado.

Debemos vivir en nuestra realidad, conociéndola, respetándola y siempre tratando de mejorarla. El contexto tiende a colocar a la ética al servicio de los fines que promueve y facilita. Debemos escribir nuestro texto ético en el contexto social al que pertenecemos, pensando que siempre existen posibilidades de actuar en él. Así, la realidad estará vi-

gente en nuestros comentarios.

A diferencia de lo que proponen algunos autores, como el Profesor Dr. Miguel Sánchez o el Dr. Francesc Abel, S. J. nuestro Comité sí analiza problemas socioeconómicos y creemos que los problemas de justicia social, tan importantes para nuestros países latinoamericanos, pueden encontrar en los Comités de ética herramientas útiles para que los servicios de internación sean justos y efectivos.

La función normativa y la función docente, no van a ser consideradas en este trabajo, sólo por razones de espacio, pero con la certeza que son tan o más importantes que la consultiva.

Notas

¹ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: *Guidelines for Infant Bioethics Committee*. Pediatrics 1977; 74, pp. 306-310.

² ROSS J., Wilson. *Handbook for Hospital Ethics Committees*. Ed. American Hospital Publishing: Chicago. 1986.

³BOCHATEY A. *Bioética y Teología Moral. Comité Hospitalario de Ética*. Pontificia Universita Lateranense: Roma. 1993, pp. 64-65.

⁴ SPAGNOLLO A, Sgreccia E. "Lo Stato dell' Arte: Storia, Diffusione, Tipologie del Comitato di Bioética nei vari Paesi", en

I Comitati di Bioética. Storia, analisi, per poste. Horizonte Medico: Roma. 1990, pp. 33-39

⁵ KOTTOW M., Beca J, *Orientaciones para Comités de Ética Hospitalaria*. Serie Documentos Programa Regional de Bioética OPS/OMS: Chile. 1996.

⁶ KOTTOW M. *Temática y Funcionamiento de los Comités Institucionales de Ética-Bioética*. Publicaciones especiales 4. CIMBIO: Universidad de Chile. 1995.

⁷ GRACIA D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema: Madrid. 1991.

⁸ GRACIA D. *Fundamentos de Bioética*. Eudema: Madrid. 1991. BORDÍN C, Fracapani M: *Comité Hospitalario de Ética*. Pren Med Arg 1995; 82: pp. 836-841. BEAUCHAMP T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University. New York. 1979.

⁹ JONSEN A, SIEGLE M, WINSLADE W. *Clinical Ethics: A practical Approach in Ethical Decisions in Clinical Medicine*. Mc Millan Publishing Co: New York. 1986. FRACAPANI M, GIANNACCARI L, BOCHATEY A, BORDIN C. *Bioética. Sus Instituciones*. Ed. Lumen. Bs As. 1989, pp. 179-205.

¹⁰ REICH W, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 2 ed. Simon and Shuster Mc Millan: New York. 1995. FRACAPANI M. *Bioética. Limitaciones de tratamiento*. ed Lumen: Bs As. 1987.

¹¹ The Hasting Center Report. *The goals of medicine: Setting new priorities*, Nov-Dec 1996.

¹² MOREU Francesc. *Curso de Gestión de Instituciones de Salud* (disertación). Consorci Hospitalari de Catalunya SA. Consulting SA. 1998.

¹³ KOTTOW M, SANCHEZ W. *Comisiones Comités de Ética: Publicación Especial*. Programa Regional de Bioética OPS. 1994.

Referencias

- ❖ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: Guidelines for Infant Bioethics Committee. *Pediatrics* 1977; 74: 306-310.
- ❖ ROSS Wilson J. Handbook for Hospital Ethics Committees. Ed. American Hospital Publishing: Chicago. 1986.
- ❖ BOCHATEY A. Bioética y Teología Moral. Comité Hospitalario de Ética. Pontificia Universita Lateranense: Roma. 1993: 64-65.
- ❖ SPAGNOLLO A, Sgreccia E. Lo Stato dell' Arte: Storia, Diffusione, Tipologie del Comitatos di Bioética nei vari Paesi, en I Comitatos di Bioética. Storia, analisi, per poste. Horizonte Medico: Roma. 1990: 33-39.
- ❖ BECA J, Kottow M. Orientaciones para Comitatos de Ética Hospitalaria. Serie Documentos Programa Regional de Bioética OPS/OMS: Chile. 1996.
- ❖ KOTTOW M. Temática y Funcionamiento de los Comitatos Institucionales de Ética-Bioética. Publicaciones especiales 4. CIMBIO: Universidad de Chile. 1995.
- ❖ GRACIA D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Eudema: Madrid. 1991.
- ❖ GRACIA D. Fundamentos de Bioética. Eudema: Madrid. 1991.
- ❖ BORDÍN C, Fracapani M: Comité Hospitalario de Ética. *Pren Med Arg* 1995; 82: 836-841.
- ❖ BEAUCHAMP T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University. New York. 1979.
- ❖ JONSEN A, Siegle M, Winslade W. Clinical Ethics: A practical Approach in Ethical Decisions in Clinical Medicine. Mc Millan Publishing Co: New York.1986.
- ❖ FRACAPANI M, Giannaccari L, Bochatay A, Bordin C. Bioética. Sus Instituciones. ed. Lumen. Bs As. 1989: 179-205.
- ❖ REICH W, editor. Encyclopedia of Bioethics. 2 ed. Simon and Shuster Mc Millan: New York. 1995.
- ❖ FRACAPANI M. Bioética. Limitaciones de tratamiento. ed Lumen: Bs As. 1987.
- ❖ The Hasting Center Report. The goals of medicine: Setting new priorities, nov-dec 1996.
- ❖ MOREU Francisc. Curso de Gestión de Instituciones de Salud (disertación). Consorci Hospitalari de Catalunya SA. Consulting SA. 1998.
- ❖ KOTTOW M, Sanchez W. Comisiones Comitatos de Ética: Publicación Especial. Programa Regional de Bioética OPS. 1994.
- ❖ AFTALIÓN E, García O, Vilanova J. Introducción al Derecho. Abeledo – Perrot: Buenos Aires. 1983: 116-118.
- ❖ KANT E. Crítica de la Razón Práctica. El Ateneo: Buenos Aires. 1955: 35



Dimensión ética del morir

Paulina Taboada

Resumen

.....
¿Se puede afirmar que la persona humana posee una dignidad inalienable aún de cara a su finitud y a la inevitabilidad del sufrimiento y de la muerte? Desde las búsquedas de la Medicina Paliativa en torno al así llamado “derecho a una muerte digna”, se propone una reflexión sobre lo que supone entender el morir como un “acto humano”. Teniendo en cuenta algunos principios morales que nos permiten resguardar la dimensión ética del morir, se resalta el imperativo de pasar de una medicina dominada por la lógica del “imperativo tecnológico”, a una “medicina personalista”.
.....

1. INTRODUCCIÓN

La idea de que el hombre tiene *derecho a morir con dignidad* ha dominado el debate bioético contemporáneo relacionado con el final de la vida humana. Muchos de los autores que abogan por el derecho a una *muerte digna*, entienden que éste incluye el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, basándose para ello en el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente. Se afirma, así, que nadie tendría derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maledicencia. La fuerza de esta línea de argumentación aumenta en la medida en que el contacto con pacientes en situaciones límite nos lleva a comprender la problemática existencial que subyace a las solicitudes de eutanasia y asistencia al suicidio.

Pero este argumento encubre una falacia. Las estadísticas actualmente disponibles en Holanda¹ -primer país en despenalizar la eutanasia- muestran que después de una primera etapa en la que el respeto por la autonomía del paciente se considera una “condición justificante” para acabar con la vida de las personas que así lo solicitan, viene una segunda etapa en la que la realización de estas prácticas se extiende a situaciones en las que ya no es el paciente el que las pide, sino que la iniciativa viene de la familia o de los mismos profesionales de la salud, que consideran que se está ante una “condición de vida no digna”.

De este modo, en los debates médicos y jurídicos ya no se discute tanto sobre el carácter lícito o ilícito de la eutanasia, sino más bien sobre su mayor o menor conveniencia en casos concretos, sobre las normas que deberían regular su aplicación y sobre su mayor o menor aceptación social y política, poniéndose en evidencia la conveniencia de evaluar la eutanasia en términos de un cálculo costo/beneficio. Así, frente a una vida sufriente, terceros deciden dar muerte a una persona como la solución que ella misma habría

elegido. De este modo, la realización de la eutanasia ya no se justifica por referencia a la autonomía del paciente, sino que pasa a ser considerada como un acto virtuoso².

La idea de que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva.

La idea de que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva. La encontramos, por ejemplo, ya en la cultura griega poéticamente expresada en el Mito del Centauro Quirón, a quien el dios Apolo concedió el don de la *mortalidad*, después de que en una batalla con otros centauros, éstos le infringieran una herida incurable. Pero plantear que en ciertas situaciones la muerte pueda ser percibida como una “bendición divina” no equivale necesariamente a arrogarle al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona sufriente. Así lo percibió Hipócrates, quien en su famoso Juramento reclama de los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga mortal aún cuando les sea solicitada, ni tampoco dar consejos con este fin.

La necesidad de pedir a los médicos un compromiso formal en este sentido se aprecia hoy muy claramente al analizar las cifras del informe de la Comisión Rimmelick (Sept. '91)³. Estas estadísticas muestran que, en

Holanda, un 15 % de los fallecidos mueren por eutanasia. De los pacientes que solicitaron eutanasia activa durante el período analizado (agosto-diciembre de 1990), 56% lo hizo por un sentimiento de “pérdida de dignidad” y 47 % abogando tener un “dolor intratable”. Este dato resulta doblemente llamativo puesto que, por un lado, el sentimiento de “pérdida de dignidad” no figura entre las condiciones de “eutanasia justificable” aceptadas por el Parlamento Holandés⁴.

Por otro lado, aunque el dolor intratable sí es considerado como una condición justificante, el mismo informe pone en evidencia que -en opinión de los médicos tratantes- en el 17 % de las solicitudes de eutanasia aún había alternativas terapéuti-

cas paliativas que ofrecer a los pacientes pero éstos las rechazaron. En otras palabras, no se podía hablar con propiedad de “dolor intratable” en esos casos. De hecho, la razón más importante que tuvieron el 35 % de los médicos para rechazar solicitudes de eutanasia fue su opinión personal que el sufrimiento del paciente no era intolerable.

Estas evidencias empíricas plantean la necesidad de reflexionar sobre lo que constituye la dignidad de la persona humana, especialmente en relación con el sufrimiento y la muerte, dos realidades que parecen poner a prueba nuestra concepción del sentido de la vida. En un mundo en el que estamos destinados a morir, la dignidad humana se nos presenta como algo muy frágil o incluso como un absurdo. ¿Se puede afirmar que la persona humana posee una dignidad inalienable aun de cara a su finitud y a la inevitabilidad del sufrimiento y de la muerte?

En lo sucesivo intentaré esbozar una respuesta a este interrogante. Comenzaré refiriéndome a la respuesta que ha dado la Medicina Paliativa a la problemática

del así llamado “derecho a una muerte digna”.

Para comprender adecuadamente esta propuesta será necesario reflexionar sobre lo que supone entender el morir como un “acto humano”. Enunciaré, también, algunos principios morales que nos permiten resguardar la dimensión ética del morir, concluyendo esta reflexión con una invitación a fomentar un cambio de “paradigma”⁵ en la práctica médica contemporánea, cambio que nos saque de una medicina dominada por la lógica del “*imperativo tecnológico*”⁶ hacia una “medicina personalista”.

2. EL MORIR COMO UN “ACTO HUMANO” Y EL “DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD”

De acuerdo con la tradición judeocristiana, el derecho a morir con dignidad es parte constitutiva del derecho a la vida⁷. Sabemos que esta tradición rechaza el recurso a la eutanasia y al suicidio asistido. Ello implica que el significado atribuido al concepto “morir con dignidad” se distingue radicalmente de aquel propuesto por los defensores de la eutanasia. En

efecto, el “derecho a una muerte digna” se refiere aquí al “derecho a vivir bien la propia muerte.” Esta afirmación lleva implícita la idea de que ante la inevitabilidad de la muerte cabría un cierto ejercicio de nuestra libertad. La muerte no podría considerarse

como un fenómeno meramente pasivo, que ocurre en nosotros y frente al cual permanecemos -por así decirlo- *impotentes* (“acto del hombre”), sino como un “acto humano”⁸, es decir, como un acto en el que nuestra libertad podría intervenir en alguna medida.

Sin embargo, es evidente que el morir no cae en el ámbito de nuestra libertad: inevitablemente cada uno de nosotros morirá. Con relación a nuestra propia muerte, lo único que podría estar sujeto a nuestra libertad es la actitud que adoptemos ante esta realidad. En este sentido, resulta interesante analizar la descripción de los diferentes tipos de reacciones emocionales observadas por la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross en los pacientes moribundos⁹.

Con relación a nuestra propia muerte, lo único que podría estar sujeto a nuestra libertad es la actitud que adoptemos ante esta realidad.

De acuerdo con esta observación, no siempre resulta fácil para los pacientes alcanzar una actitud interior de aceptación, que les permita morir bien. Sabemos además que, para comprender lo que una persona considera bien morir, se deben tomar en cuenta

ta sus valores culturales y religiosos. Como ha dicho, entre otros Laín Entralgo, la muerte no es primariamente un evento médico o científico, sino un evento personal, cultural y religioso. Las convicciones morales y religiosas determinan lo que se considere el comportamiento adecuado frente a la muerte, tanto para el que está muriendo, como para los que lo atienden.

Pero la atención de salud es hoy una tarea cooperativa, que agrupa a personas de distintos orígenes culturales y religiosos. Podría suceder, entonces, que alguien que muera en un hospital, lo haga rodeado de personas que tengan visiones distintas de la propia, de lo que significa morir bien. Ello podría llevar a que en algunos ca-

sos el equipo de salud opte por recurrir a ciertos medios que retarden artificialmente el momento de la muerte con el fin de evitar toda duda de un posible subtratamiento. Esta práctica -conocida como obstinación terapéutica o ensañamiento terapéutico- es rechazada por la mayoría de los eticistas como algo contrario a la dignidad. Sin embargo, sabemos que la medicina contemporánea está constantemente sometida a la tentación de considerar que es éticamente exigible todo lo que es técnicamente posible, fenómeno que Hans Jonas denominó “imperativo tecnológico”¹⁰. Ver-se envuelto/a en esta corriente cultural -o en su opuesta: la creciente aceptación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido- podría imponer graves cargas morales en las personas moribundas, no permitiéndoles morir del modo que consideran correcto. H.T. Engelhardt, Jr. plantea que el recurso a la tecnología avanzada con el propósito de prolongar la vida podría representar un verdadero “*peligro moral*”¹¹.

Con Marciano Vidal¹² proponemos que la expresión “derecho a morir con dignidad” no se entienda como “*una formulación de un de-*

recho, en el sentido preciso del ordenamiento jurídico; más bien, tiene una referencia al universo ético, es decir, expresa una exigencia ética. Por otra parte, la expresión no se refiere directamente al “morir” sino a la “forma de morir”. Así, en la situación del ser humano muriente, el alcance de la expresión “morir con dignidad” supone una serie de exigencias por parte de la sociedad. Blanco¹³ señala las siguientes como las más decisivas:

- ❖ Atención al moribundo con todos los medios que posee actualmente la ciencia médica: para aliviar su dolor y prolongar su vida humana.
- ❖ No privar al moribundo del morir en cuanto “acción personal”: morir es la suprema acción del hombre.
- ❖ Liberar a la muerte del “ocultamiento” a que es sometida en la sociedad actual: la muerte es encerrada actualmente en la clandestinidad.
- ❖ Organizar un servicio hospitalario adecuado a fin de que la muerte sea un acontecimiento asumido conscientemente por el hombre y vivido en clave comunitaria.
- ❖ Favorecer la vivencia del mis-

terio humano-religioso de la muerte; la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial.

3. LA RESPUESTA DE LA MEDICINA PALIATIVA

La medicina se ha concebido tradicionalmente como una relación de ayuda al que sufre¹⁴. Lo que la sociedad espera de los médicos es que, atentos al sufrimiento de una persona, apliquen sus capacidades y toda la ciencia disponible para aliviar al que sufre. Por tanto, para un médico conocer las razones por las que una persona pide -en la práctica- la eutanasia o la asistencia al suicidio, debería suponer un estímulo para desarrollar estrategias adecuadas para tratar esas causas y no una razón para acabar con la persona que sufre.

Este desafío ha sido asumido por la Medicina Paliativa que, desde sus inicios, con la fundación del *St. Christopher's Hospice* en Londres, por Cecily Saunders a fines de la década de los 60, se concibió como una respuesta positiva frente a la problemática existencial que lleva a algunas personas a solicitar la eutanasia. En un ar-

tículo reciente, Zylicz¹⁵, médico paliativista holandés, describe lo que él llama el *ABC* de las solicitudes de eutanasia, es decir, las razones más habituales por las que los enfermos terminales piden que se les ayude a acelerar su muerte. Ellas son:

A: Afraid (miedo)

B: Burn-out (desgaste emocional)

C: Control of death (deseo de controlar la muerte)

D: Depression (depresión)

E: Excrutiating pain (dolor insoportable)

Diversos estudios muestran que los síntomas, que con mayor frecuencia se presentan hacia el final de la vida, tienden a ser múltiples, multifactoriales, cambiantes, intensos y de larga duración. Se dice, así, que cerca del 90% de estos enfermos tienen dolor intenso, 80% depresión o ansiedad, 60% dificultad para respirar y, casi todos, falta de apetito, sequedad bucal, constipación, debilidad general u otras molestias similares¹⁶.

Vemos, entonces, que los síntomas más frecuentes en los enfermos terminales pueden originarse en cualquiera de las dimensiones de la persona enferma y

tienden a afectarla en su globalidad. Si estas molestias no se controlan adecuadamente, su intensidad y prolongada duración pueden conducir a la persona a la fatiga emocional (*burn-out*). Ante esta realidad, la medicina contemporánea ha respondido ofreciendo las terapias paliativas, que la OMS define como:

El tratamiento paliativo tiene por objeto facilitar al paciente y a su familia la mejor calidad de vida posible.

La atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. (En esta atención) es sumamente importante el control del dolor y de los demás síntomas, como también de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El tratamiento paliativo tiene por objeto facilitar al paciente y a su familia la mejor calidad de vida posible ... (haciendo) hincapié en el hecho de que la enfermedad no debe ser considerada como una aberración fisiológica aislada, sino en relación con el sufrimiento que conlleva y el impacto que causa en la familia del enfermo¹⁷.

La Medicina Paliativa se concentra, por tanto, en mejorar la calidad de vida y en aliviar los síntomas en el marco de un equipo multidisciplinario coordinado, formado por médicos de diversas especialidades, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc. En algunos países se ofrece, además, terapia a través de la expresión artística -principalmente la música y la pintura- lo que permite a algunos enfermos encontrar una forma de comunicación no-verbal de las dificultades, angustias y temores que les pueda ocasionar el enfrentamiento de la muerte. A los pacientes que lo deseen se les ofrece también una asistencia espiritual. Dado que la familia se considera parte importante del equipo terapéutico, se procura educarla para que pueda asumir un rol activo en el cuidado de la persona enferma. También el acompañamiento en el duelo se considera parte de la Medicina Paliativa.

En resumen, citando el informe de un Comité de expertos de la OMS¹⁸

podemos decir que los objetivos de los cuidados paliativos son:

- ❖ Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal.
- ❖ Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga.
- ❖ Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos.
- ❖ Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
- ❖ Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- ❖ Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo.

Todo lo anterior exige desarrollar un cuerpo de conocimientos médicos, que permita aliviar efectivamente las molestias que presentan estos pacientes. Este es precisamente el desafío actual de la Medicina Paliativa. En este sentido, cabe destacar la inquietud expresada por el Dr. Zylicz en el artículo ya citado¹⁹, quien describe el efecto negativo que la despenalización de la eutanasia está

teniendo para el desarrollo de la Medicina Paliativa en su país (Holanda). El disponer de una salida “fácil” ante situaciones difíciles, está disminuyendo la creatividad de los médicos holandeses para buscar nuevas soluciones a la problemática planteada por los pacientes en la etapa final de su vida, dificultando al mismo tiempo la comprensión del verdadero papel de la libertad personal frente a la muerte.

4. PRINCIPIOS ÉTICOS EN MEDICINA PALIATIVA

Sin pretender hacer un listado exhaustivo, me referiré a seis principios éticos, que me parecen especialmente relevantes en la atención de pacientes terminales, a fin de respetar la dimensión ética del morir. Ellos son el principio de respeto por la vida y la muerte, de proporcionalidad terapéutica, del doble efecto, de veracidad, de prevención y de no-abandono.

4.1 Inviolabilidad de la vida humana

La vida no es un bien extrínseco a la persona humana, sino un *valor fundamental*, del que derivan los derechos humanos. El deber de

respetar y promover la vida es, por tanto, el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás. La vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho.

El ser humano muriente plantea una serie de exigencias éticas tanto a los profesionales de la salud como a la sociedad

En el debate bioético contemporáneo sobre el final de la vida humana, se suele afirmar que nadie tiene derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. Basándose en una peculiar concepción del respeto a la libertad individual (autonomía) del paciente, se propone entender el “*derecho a una muerte digna*” como el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido. De acuerdo con esta línea de pensamiento, en situaciones verdaderamente extremas, la eutanasia y la asistencia al suicidio representarían actos de compasión (beneficencia); negarse a su realización podría suponer una forma de maleficiencia.

Sin embargo, plantear que en ciertas situaciones la muerte pue-

da ser percibida como un alivio no equivale necesariamente a arrojarle al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona sufriendo. Así lo percibió Hipócrates, quien en su famoso Juramento reclama de los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga

mortal aun cuando les sea solicitada, ni tampoco dar consejos con este fin. La concepción hipocrática es la que subyace a la práctica de la Medicina Paliativa contemporánea. El informe del Comité de expertos de la OMS establece que entre los objetivos específicos de los cuidados paliativos están el “reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal” y “establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga”.

Estos objetivos corresponden a una concepción del *derecho morir con dignidad* no como un derecho a morir, sino como un *derecho a una forma de morir*. La expresión denota, entonces, una *exigencia ética*. La idea fundamental es que el *ser humano muriente* plantea

una serie de exigencias éticas tanto a los profesionales de la salud como a la sociedad. Los objetivos que se plantean los cuidados paliativos son una respuesta activa y concreta frente a estas exigencias éticas del morir humano.

4.2 Principio de proporcionalidad terapéutica

Aceptar que nadie está obligado a utilizar todas las intervenciones médicas actualmente disponibles, sino sólo aquellas que le ofrecen una razonable probabilidad de beneficio no resulta difícil. Mayor dificultad reviste la pregunta por la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos, pues ella nos confronta con el problema de los límites de nuestra obligación moral respecto de la salud.

En un intento por ofrecer una guía que ayude a identificar las intervenciones médicas que son moralmente obligatorias y las que no lo son, la Iglesia Católica ha propuesto la clásica distinción entre medidas *ordinarias* y *extraordinarias*²⁰, doctrina que hoy se conoce mejor como *principio de proporcionalidad terapéutica*²¹.

Este principio sostiene que existe la obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una *relación de debida proporción* entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumpla se consideran desproporcionadas y no serían moralmente obligatorias. Por tanto, para determinar si una intervención médica es o no moralmente obligatoria para un determinado paciente, se debe realizar un juicio de proporcionalidad. La relevancia moral de este juicio estriba en la ilicitud de omitir aquellas intervenciones médicas que se juzguen como proporcionadas, pues ello podría representar una forma de eutanasia por omisión.

Sin embargo, esta idea de la proporcionalidad de las medidas médicas no es algo propio de la Iglesia Católica. Ya en la Antigüedad greco-romana encontramos testimonios de filósofos que enfatizaban lo inadecuado que resultan aquellos esfuerzos médicos que sólo lograrán prolongar los sufrimientos²². Los médicos griegos aprendían a reconocer aquellas situaciones en las que la natura-

leza está de tal modo enferma, que conducirá inevitablemente a la vida humana a su término. Así, para los griegos la muerte no era considerada como una falla de la medicina, sino como el término natural de la vida humana.

Para verificar si en una determinada situación se da o no esta relación de debida proporción, es necesario confrontar el tipo de terapia -su grado de dificultad, riesgos, costos y posibilidades de implementación- con los resultados esperables. En otras palabras, algunos de los elementos que siempre deberían ser tomados en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica son:

- ❖ La utilidad o inutilidad de la medida.
- ❖ Las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios.
- ❖ El pronóstico con y sin la implementación de la medida.
- ❖ Los costos: físicos, psicológicos, morales y económicos.

Es importante destacar aquí que, al juzgar la utilidad o inutilidad de una determinada intervención mé-

dica, este juicio debe hacerse por referencia al beneficio global de la terapia y no sólo a los posibles efectos fisiológicos que ella sea capaz de inducir. Así, por ejemplo, no basta que un determinado tratamiento sea útil en términos de reducir o aumentar la presión arterial o el potasio en la sangre, si estos efectos no significan un beneficio real para la evolución global del paciente. En este sentido, vale la pena tener en cuenta que en la actualidad se están desarrollando diferentes modelos pronósticos basados en datos objetivos, que pueden brindar información importante para una mejor toma de decisiones (medicina basada en evidencias).

Como es lógico, el juicio de utilidad debe guardar también una cierta relación con los costos involucrados, entendiendo por costos no sólo los gastos económicos, sino también las cargas físicas, psicológicas, morales y/o espirituales que la implementación de una determinada medida pueda comportar para el paciente, para su familia y para el equipo de salud. En este sentido importa también la disponibilidad real de una determinada intervención y el

grado de dificultad que su aplicación conlleva.

Sin embargo, es necesario precisar aquí que emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica no equivale al resultado de un mero cálculo costo/beneficio, como proponen algunos defensores del *Proporcionalismo*²³. La valoración moral de nuestros actos no puede ser reducida a un mero balance de sus consecuencias positivas y negativas. Existen actos, que -por su misma naturaleza- son siempre ilícitos. Ninguna buena consecuencia (social o económica, por ejemplo) podría justificarlos. En este sentido, podemos decir que el viejo aforismo médico “lo primero es no dañar” (*primum non nocere*) se encuentra hoy plenamente vigente. A nadie le está permitido matar o dañar en su integridad corpóreo-espiritual a una persona inocente. Por tanto, cuando proponemos aplicar un juicio de proporcionalidad en la toma de decisiones médicas, damos por entendido que las opciones que involucran una acción intrínsecamente mala quedan

La valoración moral de nuestros actos no puede ser reducida a un mero balance de sus consecuencias positivas y negativas.

absolutamente excluidas de este balance.

4.3 Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia

Es frecuente que los enfermos terminales presenten dolor intenso, dificultad para respirar o síntomas como ansiedad, agitación, confusión mental, etc. Para el manejo de estos síntomas muchas veces es necesario utilizar drogas como la morfina, que puede producir una baja en la presión arterial o una depresión respiratoria, u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al paciente de su conciencia. No es infrecuente que el uso de este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud. Se teme que los efectos negativos de estas intervenciones médicas puedan implicar una forma de eutanasia. Ante esta inquietud cabe recordar que existe un principio ético (voluntario indirecto o doble efecto) que señala las condiciones que deberían darse para que un acto

que tiene dos efectos -uno bueno y uno malo- sea lícito.

Estas condiciones son:

- ❖ Que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente.
- ❖ Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino sólo tolerado.
- ❖ Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo.
- ❖ Que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

Si aplicamos estos requisitos al tratamiento analgésico con drogas como la morfina vemos que, si lo que se busca directamente es aliviar el dolor (efecto bueno) habiendo agotado otras terapias que carecen de los efectos negativos mencionados, no habrían inconvenientes éticos en administrar morfina, puesto que las cuatro condiciones del voluntario indirecto se cumplen: se trata de una acción buena (analgesia), cuyo efecto positivo no es consecuencia de los efectos negativos, que sólo son tolerados cuando no hay otras alternativas eficaces de tratamiento. En estas condiciones, esta forma de terapia repre-

senta, por tanto, el mayor bien posible para ese paciente.

Con relación a la supresión de la conciencia, que es necesaria a veces en caso de pacientes muy agitados, por ejemplo, se aplica el mismo principio. Dado que las facultades superiores se consideran un bien objetivo de la persona, no es lícito privar a nadie de su conciencia, sin una razón justificada. Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que obedecer a un motivo terapéutico proporcionado y no debe ser directamente querida, sino sólo tolerada.

4.4 Principio de veracidad (virtud de la veracidad)

La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, podríamos decir que, en general, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos (principio de beneficencia), pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones (principio de autonomía).

Sin embargo, en la práctica hay situaciones en las el manejo de

la información genera especial dificultad para los médicos. Ello ocurre especialmente cuando se trata de comunicar malas noticias, como son el diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables o el pronóstico de una muerte próxima inevitable. En estas circunstancias, no es inusual caer en la tentación de tener una actitud falsamente paternalista, que nos lleve a ocultar la verdad al paciente. Se cae así, con alguna frecuencia, en el círculo vicioso de la llamada “conspiración del silencio” que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una grave injusticia (principio de justicia).

Lo anterior no excluye la necesidad de reconocer aquellas situaciones en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información al paciente, en atención al principio de no-maleficencia, como podría ocurrir, por ejemplo, en el caso de pacientes con depresiones severas que aún no hayan sido tratadas. Por tanto, para que la comunicación de la verdad sea moralmente buena, se debe prestar siempre atención al qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién se debe

informar. En otras palabras, para el manejo de la información en Medicina Paliativa se han de aplicar con prudencia los cuatro principios básicos de la ética clínica: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

4.5 Principio de prevención

Prever las posibles complicaciones y/o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica es parte de la responsabilidad médica (deber de previsibilidad). Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas.

Cuando no se conversa oportunamente sobre las conductas que se adoptarán en caso de que se presenten, por ejemplo, complicaciones como hemorragias, infecciones, dificultad para res-

pirar, o incluso un paro cardio-respiratorio, es frecuente que se tomen malas decisiones, que después es muy difícil revertir.

4.6 Principio de no-abandono

Un último principio al que quiero hacer referencia aquí es el que algunos paliativistas han denominado principio de no-abandono. Este principio nos recuerda que, salvo casos de grave objeción de conciencia, sería éticamente reprochable abandonar a un paciente porque éste rechaza determinadas terapias, aún cuando el médico considere que ese rechazo es inadecuado. Permaneciendo junto a su paciente y estableciendo una forma de comunicación empática podrá, tal vez, hacer que el paciente recapacite, si ello fuera necesario.

Pero existe otra forma más sutil de abandono, frente a la que este principio ético quiere prevenirnos. Tenemos, en general, mala tolerancia para enfrentar el sufrimiento y la muerte. La atención de pacientes moribundos nos confronta, obligadamente, con estas realidades. Fácilmente podríamos caer en la tentación

de evadir su trato, que frecuentemente genera una sensación de impotencia. Esta tentación se ve reforzada por la mentalidad exitista imperante. Habrá que recordar, entonces, que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar. El acompañamiento a pacientes moribundos nos recuerda, así, nuestro deber moral de aceptar la finitud propia de la condición humana y pone a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia, tarea que no siempre resulta sencilla.

5 REFLEXIONES FINALES

Todo lo dicho me lleva a plantear que el modelo de atención que nos propone hoy la Medicina Paliativa podría representar un profundo cambio en la cultura médica contemporánea. Frente a la lógica del “*imperativo tecnológico*”²⁴, que con frecuencia nos lleva a considerar que es éticamente justificable -o incluso exigible- todo lo que es técnicamente posible, esta disciplina nos presenta un modelo de salud que podríamos denominar personalista, es decir,

un *ethos* profesional basado en un profundo respeto por la persona por lo que ella es y por su dignidad²⁵.

Este potencial renovador de la Medicina Paliativa sólo podría lograrse si esta disciplina no sucumbe ante el peligro inminente de transformarse en una técnica más -la técnica de controlar síntomas- sino que se mantiene fiel a la concepción global de la persona que estuvo en su origen. Para ello es necesario tener presentes aquellos principios éticos que resguardan la dignidad de la persona, incluso en condiciones de extrema debilidad, como suele ser la etapa final de la vida, y que pueden resumirse en dos actitudes fundamentales: respeto por la dignidad de la persona y aceptación de la finitud de la condición humana.

Pienso que estas actitudes son hoy necesarias para transformar nuestros estándares de atención médica, de acuerdo con lo expresado por la fundadora del movimiento *Hospice*:

Dos actitudes fundamentales: respeto por la dignidad de la persona y aceptación de la finitud de la condición humana.

Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras. (Cecily Saunders).

Notas

¹ JOCHEMSEN H. & KEOWN J.: *Voluntary Euthanasia Under Control? Further Empirical Evidence from the Netherlands*. Journal of Medical Ethics 1999; N° 25: pp. 16 - 21.

² Cf. SGRECCIA, E.: *Aspectos éticos de la asistencia al paciente moribundo*. Revista Humanitas, 1999, Año IV, n.15, pp. 435 - 450.

³ JOCHEMSEN H. & KEOWN J.: *Voluntary Euthanasia Under Control? Further Empirical Evidence from the Netherlands*. Journal of Medical Ethics 1999; N° 25: pp. 16 - 21.

⁴ En 1984 la *Royal Dutch Medical Association* propone tres condiciones para la llamada “eutanasia justificable”: 1° que la solicitud responda a una iniciativa libre y consciente del paciente; 2° que el paciente esté experimentando un sufrimiento inmanejable; y 3° que exista consenso de al menos dos médicos.

⁵ Utilizo aquí el término “paradigma” en el sentido acuñado por Kuhn, T.: *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press: Chicago, 1962.

⁶ Introduzco aquí un término utilizado por Hans Jonas en su crítica a la medicina contemporánea. Cf. JONAS, H.: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Frankfurt A. M.: Insel Verlag, 1979.

⁷ Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe: *Declaración sobre la Eutanasia*, 1980: AAS 72, p. 549.

⁸ Hago referencia aquí a la clásica distinción entre “actos del hombre” y “actos humanos”, distinción que pertenece a la tradición ética aristotélico-tomista. En este contexto, la expresión “acto humano” designa aquellos actos en los que interviene la libertad de la persona y que, por lo tanto, son objeto de estudio de la ética. Los llamados “actos del hombre”, aunque *ocurren* en la persona, no están sujetos al influjo de la libertad y no caen en el campo de estudio de la ética (ej. procesos fisiológicos, automatismos psicomotores, etc.). Para un análisis más detallado de esta distinción cf. WOJTYLA, K.: *Persona y Acción*. Biblioteca de Autores Cristianos: Madrid, 1982.

⁹ KÜBLER-ROSS, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo, Barcelona, 1969. Las 5 fases de las reacciones emocionales descritas por esta psiquiatra son: 1º ira, 2º negación y aislamiento, 3º pacto o negociación, 4º depresión y 5º aceptación.

¹⁰ JONAS, H.: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Insel Verlag, Frankfurt A. M., 1979.

¹¹ ENGELHARDT, H.T. Jr.: Traducción propia (P.T.) de un manuscrito inédito: “*If certain attempts to use high technology health care involve a distortion of the moral life and the idolatry of mere physical survival, then one would have established grounds for regarding some extraordinary or disproportionate care as morally dangerous to the life of the Christian.*”

¹² VIDAL M.: *Bioética. Estudios de bioética racional*. Tecnos, Madrid, 1994, p. 76.

¹³ BLANCO, L.G.: *Muerte digna. Consideraciones bioético-jurídicas*. Ad Hoc, Buenos Aires, 1997, p. 51.

¹⁴ BERMEJO J.: *Apuntes de Relación de Ayuda*. Madrid: Centro de Humanización de la Salud, 1996. Cf. También, del mismo autor: *Metodología y contenidos para una formación en relación de ayuda*. Educación Médica U.C. Anales de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. 1997, N°15/97, pp. 27-30.

¹⁵ ZYLICZ, Z. & JANSSENS, M.J.: “*Options in Palliative Care: Dealing with Those Who want to Die*”. *Bailliere’s Clinical Anaesthesiology* 1998, 12; 1, pp. 121-131.

¹⁶ Estas cifras se basan en la frecuencia de síntomas encontrada en 300 pacientes terminales por el equipo del Dr. Hugo Fornells: ICO, Argentina (estudio inédito).

¹⁷ OMS: *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de expertos*. Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos 804: Ginebra, 1990, pp. 11-12.

¹⁸ o.c., p. 12.

¹⁹ ZYLICZ, Z. & JANSSENS, M.J.: “*Options in Palliative Care: Dealing with Those Who want to Die*.” *Bailliere’s Clinical Anaesthesiology* 1998, 12; 1: pp. 121-131.

²⁰ Papa Pío XII, AAS 49, 1957.

²¹ Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud: *Carta de los agentes de la salud*. Ciudad del Vaticano, 1994, n.64.

²² Cf. Platón: *República*, 460b y Aristóteles: *Política*, VII, 1335b.

²³ Juan Pablo II: *Veritatis Splendor*, 1993, n.75, pp. 79-80.

²⁴ JONAS, H.: *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Insel Verlag, Frankfurt A.M., 1979.

²⁵ STYCZEN, T. *The ABC of Ethics*. Manus-

critico inédito, 1981: *“Persona est affirmanda propter seipsam et propter dignitatem suam”*.



Años al servicio de la vida

1959 - 2009

Bioética espiritualidade e a arte de cuidar em saúde

Leo Pessini, SC.

“A tábua de valores do paciente é tão importante quanto sua análise de sangue.” H. M. Sass

“A ciência sem religião é parálitica; a religião sem a ciência é cega”. Albert Einstein

Resumen

.....

Neste início de milênio, para surpresa de muitos, principalmente no âmbito acadêmico e científico do mundo ocidental, testemunhamos o renascimento da religião, ou melhor, das religiões, em todas as dimensões da vida humana. Este é primeiro momento de nossa reflexão. A seguir apresentamos alguns elementos reflexivos para entendermos o movimento da neuroteologia. Em seguida buscamos no âmbito das religiões, os pontos convergentes relacionados com o cuidado da vida. A seguir relacionamos o conceito de saúde com o de salvação. Concluimos realçando o carisma Camiliano, sobre o cuidado com a vida humana vulnerabilizada pela doença e sofrimento.

.....

1. INTRODUÇÃO: O RESSURGIMENTO DA ESPIRITUALIDADE NO SÉCULO XXI

Ao traçar uma radiografia da modernidade e pós-modernidade o renomado teólogo italiano, Bruno Forte (2003), diz que a época moderna coincide com o processo que vai do triunfo da “razão adulta”, caracterizada pelas maiores ambições, à experiência difusa da fragmentação do sem-sentido que se seguiu à queda dos horizontes da ideologia. O sonho que inspira os grandes processos de emancipação da época moderna, empurra o homem moderno a querer uma realidade totalmente iluminada pelo conceito, na qual se expresse o poder da razão. A realidade deve inclinar-se sob o poder do pensamento. Se a razão iluminada pretende explicar tudo, a pós-modernidade se oferece como o tempo que está para além da totalidade luminosa da ideologia, tempo pós-ideológico. Se para a razão adulta tudo tinha sentido, para o pensamento débil da condição pós-moderna já nada mais parecer ter sentido.

A crise de sentido passa a ser a característica peculiar da pós-modernidade. Neste tempo de pobreza, que, como observa Martin Heidegger, é “noite no mundo”, não por causa da falta de Deus, mas porque os homens já não sofrem com essa falta, a doença mortal é a indiferença, a perda do gosto por procurar as razões últimas pelas quais valha a pena viver e morrer, a falta de “paixão pela verdade”. Existem alguns sinais de esperança. Existe uma procura do sentido perdido. Não se trata de um mero saudosismo, mas de um esforço de reencontrar o sentido para além do naufrágio, de reconhecer um horizonte último sobre o qual medir o caminho daquilo que é penúltimo.

Eis algumas implicações desta procura do sentido perdido: em primeiro lugar, a redescoberta do outro. O próximo pelo simples fato de existir, é razão do viver e do viver juntos, porque o desafio é o sair de si, a viver o êxodo sem retorno do compromisso pelos outros, do amor. Em segundo lugar, é de assinalar uma renovada “nostalgia do Totalmente Outro” (Horkheimer, uma espécie de re-

descoberta do último: desperta-se uma necessidade, que se poderia definir como religiosa, necessidade de alicerces, de sentido, de horizonte último, de uma pátria final que não seja aquela sedutora, manipuladora e violenta da ideologia. Reacende-se a sede de um horizonte de sentido pessoal, capaz de fundar a relação ética como uma relação de amor.

Neste início do século XXI, quando tudo aparentemente convergia para o silêncio da religião, eis que esta explode com uma força nunca imaginada

todo esse embate no momento atual? O que acontece com este sujeito pós-moderno, que mistura ateísmo com religião, conjuga fé com superstição, goza hedonisticamente do gosto místico do transcendente e que deixa os sociólogos da religião desarmados?

Neste início do século XXI, quando tudo aparentemente convergia para o silêncio da religião, eis que esta explode com uma força nunca imaginada, em expressões plurais e originais. Agora tudo é religião! Estamos cansados dos profetas da morte da religião, que sob diversos sentidos, repetiram a frase hegeliano-niezschiana de que “*Deus morreu*”. O iluminismo considerava a religião e os tempos medievais com o desprezo com que a luz olha para a escuridão, a inteligência para o obscurantismo, a razão para os mitos, a consciência para a sonolência alienada, a crítica adolescente para a piedade infantil. O que sobrou de

O ressurgimento do fenômeno religioso neste início de milênio não deixa de ser surpreendente. O itinerário teológico de Harvey Cox reflete muito bem a mudança do secular para o religioso em seu livro *The Secular City* (1968) que ganhou notoriedade mundial com inúmeras traduções. Trata-se de um texto programático do fenômeno da secularização. Antes de terminar o milênio, Cox, escreveu outro texto no polo oposto: *Fire from Heaven: The Pentecostal Spirituality and the Reshaping of Religion in the Twenty-first Century* - “*Fogo do céu: a espiritualidade pentecostal e a reconfiguração da religião no século XXI*”. Vemos a relevância da religião depois do longo período de marginalização, a que a submeteu a razão iluminista.

Um dos ditos mais recorrentes vem do teólogo alemão Rahner (2003): *“Já se disse que o cristão do futuro ou será um místico ou não o será”*. Para não confundirmos “mística” equivocadamente, Rahner acrescenta: *“Desde que não se entendam por mística fenômenos parapsicológicos raros, mas uma experiência de Deus autêntica que brota do interior da existência. Pois esta frase é realmente correta e se tornará na sua verdade e no seu peso mais claramente a espiritualidade do futuro”*.

Um testemunho interessante que soa até estranho é o do literato francês André Malraux. Aqui não se trata de nenhum teólogo, mas de alguém que lutou entre a escuridão do agnosticismo e os lampejos de esperança no ser humano. Em sua juventude, Malraux recusara terminantemente aderir à fé cristã. Via nela uma apaziguamento a que não aspirava. Em vez da fé tranqüilizante, solução de conveniência, preferia a ávida lucidez. Levantou-se a pergunta do absurdo, embora não tenha aderido a resposta nihilista. Lutando ao lado de muitos sistemas, não aderiu a nenhum. Percebia que o século XX entrara em terrível crise espiritual. Ironi-

camente perguntava: *“Para que ir à lua, se é para suicidar-se lá”*. Aos 26 anos, escrevia: *“Nossa civilização, desde que perdeu a esperança de encontrar nas ciências o sentido do mundo, viu-se privada de todo fim espiritual”*.

A ele foi atribuída a afirmação de que o século XXI será o mais religioso da história. Malraux contesta ter dito essa frase. O que ele diz é mais incerto: *“Não excluo a possibilidade de um evento espiritual em escala planetária”* (Le Point , 10 nov. 1975). *“O problema capital do fim do século será o problema religioso”* (Preuves, mar. 1955). *“Trata-se exatamente de reintegrar os deuses em face da mais terrível ameaça que a humanidade jamais conheceu”* (L’express, 21 mar. 1991). André Frossard testemunha: *“Em seu escritório, Malraux me confiou: este próximo século será místico ou não será. Para ele como para mim, o estado místico é o que permite ter acesso direto a Deus pela experiência”* (Paris Match, 29 ago. 1991)¹.

Leonardo Boff, teólogo brasileiro de renome internacional, que tem escrito muito sobre esta temática, assinala que talvez uma

das transformações culturais mais importantes no século XXI será a volta da dimensão espiritual na vida humana. Diz Boff:

O século XXI será um século espiritual que valorizará os muitos caminhos espirituais e religiosos da humanidade ou criará novos. Esta espiritualidade ajudará a humanidade a ser mais co-responsável com seu destino e com o destino da Terra, mais reverente diante do mistério do mundo e mais solidária para com aqueles que sofrem. A espiritualidade dará leveza à vida e fará que os seres humanos não se sintam condenados a um vale de lágrimas, mas se sintam filhos e filhas da alegria de viver juntos neste mundo, sob o arco-íris da graça e da benevolência divina.

Ainda em Boff encontramos:

Talvez uma das transformações culturais mais importantes do séc. XXI seja a volta da dimensão espiritual da vida humana. O ser humano não é somente corpo, parte do universo material. Não é também apenas psíqué, expressão da complexidade da vida que se sente a

si mesma, torna-se consciente e responsável. O ser humano é também espírito, aquele momento da consciência no qual ele se sente parcela do Todo, ligado e re-ligado a todas as coisas. É próprio do espírito colocar questões radicais sobre nossa origem e nosso destino e se perguntar nosso lugar e pela nossa missão no conjunto dos seres do universo. Pelo espírito o ser humano, decifra o sentido da seta do tempo ascendente e se inclina, reverente, face àquele mistério que tudo coloca em marcha. Ouso chamá-lo por mil nomes ou simplesmente diz Deus”.

Aliando o clima de início de um novo século, que busca revalorizar a dimensão espiritual da vida humana, o aprofundamento da relação entre saúde e religiões destaca-se como de suma importância. Entendemos aqui *religião na sua essência de espiritualidade* e não a partir de expressões “concretas” atribuídas ao longo da história humana que tem variado significativamente no correr do tempo. Neste sentido, a *espiritualidade e a mística* são as grandes gestoras da esperança, dos grandes sonhos, de um futuro

transcendente do ser humano e do universo. Reafirmam o futuro da vida, contra a violência cruel da morte (Boff, 2003).

2. AS ESPECULAÇÕES DA NEUROTEOLOGIA

Na reportagem de capa de uma das mais importantes revistas internacionais a Newsweek se lê: *Deus no seu cérebro. A ciência dispensa a religião? -God in your Brain. Does Science Make Religion Unnecessary?* (Begley, 2001). Neste novo campo do conhecimento, denominado neuroteologia, os cientistas buscam as bases biológicas da espiritualidade. Então a idéia de Deus estaria em nossas cabeças como uma criação de nosso cérebro? Mistério dificilmente decifrável no âmbito do circuito racional humano.

Nesta mesma matéria especial, publica-se um texto crítico à neuroteologia: *A fé é mais que um sentimento (Faith is More than a Feeling)* de autoria de Woodward (2001). Diz o autor que a neuroteologia confunde as experiências espirituais de algumas pessoas crentes. Estamos procedendo novas descobertas sobre os circuitos do cérebro, talvez, mas nada

novo sobre Deus. O maior erro destes “neuroteólogos”, segundo Woodward é identificar religião com específicas experiências e sentimentos e confundindo espiritualidade com religião.

Seria difícil imaginar um crente em meio a uma experiência mística, dizendo para si próprio que tudo não passa de uma atividade de seus circuitos neuronais. A ciência, não lida com o imaterial (embora alguns aspectos da física moderna se aproximem). O mais longe que os neurobiologistas poderão ir será fazer uma correlação entre determinadas experiências com certas atividades cerebrais. Sugerir que o cérebro é a única fonte de nossas experiências seria reducionismo, ignorando a influência de outros fatores importantes, tais como a vontade, ambiente externo, sem esquecer a graça divina (Woodward, 2001).

Perguntamo-nos se a chamada neuroteologia, não passa de uma nova forma refinada de reducionismo materialista. Com os progressos na área da genética e pesquisas em torno do genoma, na verdadeira caça aos genes, na

pesquisa em torno de suas funções específicas, por exemplo, ouve-se falar se não poderemos identificar o “gene da fé”!

Temos no horizonte de busca da cura de doenças crônicas e da “saúde perfeita”, sinais interessantes de valorização do componente fé e espiritualidade relacionado à saúde. Já lembramos que muitas faculdades de medicina nos EUA estão oferecendo cursos específicos sobre espiritualidade ou integrando o tema nos currículos. Esperamos que isto também passe a ocorrer nas escolas médicas brasileiras que estão introduzindo a discussão sobre bioética nos seus currículos. Valoriza-se sempre mais o ser humano como um todo. As pessoas desejam ser tratadas com dignidade e como gente e não simplesmente identificadas como doenças ou partes do corpo doente. Acredita-se que ambientes humanizados são fatores de saúde e cura. Os valores humanísticos, que até há pouco tempo simplesmente não eram considerados importantes, são retomados no cuidado em saúde.

3. QUESTÕES CONVERGENTES ENTRE AS MAIORES RELIGIÕES MONOTEISTAS

Em tempos de globalização econômica excludente ousa-se falar no desafio de globalizar a solidariedade. As religiões têm tido um papel importante em denunciar a primeira e ousar apontar o horizonte utópico em direção à segunda, ou seja, da globalização da solidariedade. Superando polarizações históricas em termos de valores institucionais, unem-se no diálogo-inter-religioso, -diálogo entre as diferentes religiões- e na busca ecumênica- no interior das diversas tradições cristãs (KUNG, 2004).

Todas as religiões são mensagens de salvação que procuram responder às questões básicas do ser humano. São perguntas sobre os eternos problemas humanos do amor e sofrimento, culpa e perdão, vida e morte, origem do mundo e suas leis. Por que nascemos e por que

morremos? O que governa o destino da pessoa e da humanidade? Como se fundamentam a consciência moral e a existência de normas éticas e afirmam a existência de uma vida pós-morte.

Perguntamos se a chamada neuroteologia, não passa de uma nova forma refinada de reducionismo materialista.

Todas oferecem caminhos semelhantes de salvação: caminhos nas situações de penúria, sofrimento; indicação de caminhos para um comportar-se de forma correta e responsável nesta vida, a fim de alcançar uma felicidade duradoura, constante e eterna, a libertação de todo sofrimento, culpa e morte. Mesmo quem rejeita as religiões, deve levá-las a sério, como realidade social e existencial básica. Elas têm a ver com o sentido e o não sentido da vida, com a liberdade e escravidão das pessoas, com a justiça e opressão dos povos, com a guerra e paz na história e no presente, com a doença, sofrimento e saúde das pessoas.

Religiões: pontos convergentes

As grandes religiões, não obstante suas diferenças doutrinárias e tradições apresentam convergências fundamentais, como enfatiza

Kung (1990). Entre as mais significativas assinalam-se:

- a) **O cuidado com a vida:** Todas as religiões defendem a vida, especialmente aquela mais vulnerável e sofrida. Prometem a expansão do reino da vida, quando não a ressurreição e a eternidade, no tocante não apenas à vida humana, mas também a todas as manifestações cósmico-ecológicas.
- b) **Comportamento ético fundamental:** Todas apresentam um imperativo categórico: não matar, não mentir, não roubar, não violentar, amar pai e mãe e ter carinho para com as crianças. Esses imperativos favorecem uma cultura de veneração, de diálogo, de sinergia, de não-violência ativa e de paz.
- c) **A justa medida:** as religiões procuram orientar as pessoas pelo caminho da sensatez, que significa o equilíbrio entre o legalismo e o libertinismo. Elas propõem nem o desprezo do mundo, nem sua adoração, nem o hedonismo, nem o ascetismo, nem o imanentismo, nem o transcendentalismo,

mas o justo equilíbrio em todos esses domínios. Este é o caminho do meio das virtudes. Mais do que atos são atitudes interiores, coerentes com a totalidade da pessoa e que impregnam de excelência todos os seus relacionamentos.

d) A centralidade do amor: Todas pregam a incondicionalidade do amor. Confúcio (551-489 a.C.) pregava: “*O que não desejás para ti, não o faças a outro*”. Ou Jesus: “*Amem-se uns aos outros como eu vos tenho amado*”. Na perspectiva ecológica de Jonas (1990): “*Age de tal maneira que os efeitos da tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma vida autenticamente humana*”.

e) Figuras éticas exemplares: As religiões não apresentam somente máximas e atitudes éticas, mas principalmente figuras históricas concretas, paradigmas vivos, como tantos mestres, santos e santas, justos e justas, heróis e heroínas que viveram dimensões radicais de humanidade. Daí surge a força mobilizadora de figuras eticamente exemplares como Jesus, Buda, Confúcio, Fran-

cisco de Assis, Ghandi, Luther King, Madre Teresa de Calcutá, entre tantos outros.

f) Definição de um sentido último: Trata-se do sentido do todo e do ser humano. A morte não é a última palavra, mas a vida, sua conservação, sua ressurreição e sua perpetuidade. Todas apresentam um fim bom para a criação e um futuro bem-aventurado para os justos (Boff, 2000).

4. A RELAÇÃO TEOLÓGICA ENTRE SAÚDE E SALVAÇÃO

Uma rápida análise filológica e semântica sobre alguns conceitos-chaves da história das religiões relacionados saúde/salvação, sacro/salvífico e terapia, nos ajuda a uma compreensão mais aprofundada da questão. Saúde e salvação, são termos co-originais, nascidos de um mesmo conceito e partilharam durante muito tempo a mesma sorte e um mesmo significado global, que foi separado, somente muito mais tarde. Trata-se de um significado sanscrito de *svastha* (=bem estar, plenitude), que assumiu a forma do nórdico Heill e mais recentemente de Heil,

whole, hall nas línguas anglo-saxônicas, que indicam “integridade” e “plenitude”.

O mesmo se passa com a expressão *soteria* na língua grega, em que Asclépio é *sotér*, isto é, aquele que cura, o “salvador”. Na língua latina é emblemático o significado de *salus*, expressão que incorpora em termos recentes o significado de “saúde” e “salvação”.

Em outras línguas ocorre a mesma combinação. Por exemplo, o termo hebraico *shalom* (=paz, bem estar, prosperidade) e a forma egípcia *snb* que indica bem estar físico, vida, saúde, integridade física e espiritual. Estes vários termos exprimem a salvação como “integridade da existência”, como “totalidade das situações positivas”, não tocadas pelo mal, doença, sofrimento e desordem. Neste sentido na antigüidade era impossível distinguir entre salvação e felicidade, uma vez que uma confluía na outra.

O mesmo processo ocorreu na história em relação ao conceito de *sacro e salvífico*. O termo *sacro* ocorre em duas áreas semânticas.

A salvação não é dissociável de saúde, e não é isolada dos contextos concretos da existência.

A primeira é a base do termo *sacer, sanctus, hágios, kadosh* e está ligado com o culto, com aquilo que é “consagrado”, isto é, aquele que é “colocado à parte”, que é “separado” à divindade. A segunda área semântica gravita em torno do termo sanscrito *yaj* e o avéstico *yaz* com o significado inicial de “presente” que depois alargou ao significado de “dotado de poder”, “particularmente útil”, “de boa sorte”.

Tudo isso indica que as religiões procuram “salvar” o ser humano na sua totalidade física, psicológica e espiritual. Também o *sacro* é na realidade o “salvífico” por excelência, como interpreta Heidegger. A salvação não é dissociável de saúde, e não é isolada dos contextos concretos da existência. Começa no “aqui e agora” de nossa existência, com o “estar bem”, gozando de um sentimento de “plenitude” e de “integridade”. Neste sentido a *Organização Mundial da Saúde* (1946) percebeu a correlação que existe entre saúde e integridade de vida, quando definiu saúde como o “estado de completo bem estar físico, psiqui-

co, social e não apenas a ausência de doença e de enfermidade”.

A partir desta perspectiva histórico-lingüística, não seria de bom tom “naturalizar” demais o conceito de saúde ao ponto de entendê-lo negativamente como “não ter doenças”. Outro perigo a ser evitado é cair num reducionismo no nível histórico-religioso “mistificando” o conceito de salvação, que se perde num céu distante, longe, num futuro sem relação com a vida e história presente da humanidade. Se olharmos para a história das religiões o termo *terapia* nos ilumina nesta direção de pensamento. Na visão clássica dos antigos o conceito *therapeía* indica antes de tudo “assistir”, “estar próximo”, “cuidar”. É uma expressão que está muito próxima do conceito religioso e cristão de *diakonia* (=serviço).

Ampliamos assim a visão, percebendo que *saúde* evoca *salvação*, isto é, tem a ver com o viver pleno das pessoas no hoje urgente de nossa história (imanência), apontando para o além (transcendência), exigindo o *cuidado terapêutico*, competente e terno, que é a dimensão de serviço em relação ao outro. O conceito de saúde, para além do físico-bio-

lógico, remete a um sentido de “integridade”, de “totalidade”, e por extensão, de “plenitude” e de “realização plena” do ser humano. Na tradição judaico-cristã, o tema da vida é central. Deus é um Deus vivo e gerador e plenificador de vida.

5. O ROSTO DINÂMICO DA ESPIRITUALIDADE CAMILIANA

Para conhecermos o sentido e o que significa *espiritualidade camiliana*, temos que conhecer algo de seu fundador, Camilo de Lellis (1550-1614), que criou uma Ordem Religiosa, conhecida como Camilianos, que atuam hoje no mundo da saúde, em trinta e seis países dos cinco continentes. No Brasil, os primeiros Camilianos chegaram em 1922 e tem uma expressiva presença na área da saúde, quer na área da assistência, mantendo inúmeros hospitais e clínicas, bem como na área educacional, formando profissionais da saúde (Província Camiliana Brasileira, 2002).

5.1 Camilo de Lellis (1550-1614)

Camilo era o segundo e último filho de uma mãe idosa e de um pai ausente. Sua mãe o

concebeu já idosa (com mais de 60 anos segundo os relatos da tradição!) após a morte do seu primeiro filho que faleceu antes dos vinte anos. O pai de Camilo era um militar, sempre em campanhas fora de casa. A mãe de Camilo morreu quando ele tinha 14 anos e Camilo andou vagando de um campo militar para outro até a idade em que pudesse engajar-se como soldado. Ele lutou juntamente com seu pai, mas aprendeu os vícios dos campos militares, em particular, a jogatina. Aos 20 anos de vida, perde seu pai. Logo após surge uma ferida na perna direita que lhe traria problemas para o resto da vida. Isto lhe deu também a primeira experiência de hospital como paciente, no hospital São Tiago dos Incuráveis, em Roma. Ele foi descrito como um paciente difícil, sempre achando um jeito de sair para jogar. Foi o jogo que o levou a perder tudo o que tinha e lhe abriu a porta da conversão.

Quando trabalhava para os capuchinhos, teve uma profunda experiência da misericórdia de Deus e se converteu. Por duas

vezes tentou ser capuchinho, mas em ambas as tentativas, a ferida de abria e o levava de volta para o Hospital São Tiago. A segunda e a terceira experiência como paciente, após a conversão, prepararam seu coração para o encontro com o mundo dos doentes e despertou a compaixão por eles. Em ambas as circunstâncias, trabalhou como enfermeiro, e mais tarde após a terceira hospitalização, tornar-se-ia o administrador. Foi a partir desta experiência de ser paciente e provedor de cuidados, numa instituição em que se contratavam mercenários para cuidado dos pobres doentes, que Camilo teve a inspiração de iniciar uma comunidade de homens para cuidar dos doentes. Este é o início da Ordem dos camilianos (BAUTISTA, 1996).

5.2 Alguns elementos da espiritualidade camiliana

5.2.1 Amor ao doente

Camilo dizia que o pobre e o doente são o coração de Deus, são a pupilados olhos de Deus; neles servimos Jesus Cristo, Nosso Senhor.

Na sua carta testamento Camilo exorta seus seguidores a continuar fiéis na permanente disposição de optar pelos mais pobres e doentes, com todas as exigências que este compromisso comporta.

“Colocar mais coração nas mãos”. O Bom Samaritano é a medida do cuidado.

Aos trabalhadores de então que cuidavam dos doentes, grande número de mercenários, sem preparação alguma, ficou célebre seu grito de *“colocar mais coração nas mãos”*. O Bom Samaritano é a medida do cuidado. Para Camilo não deveria existir lei que atrapalhasse o cuidado dos doentes. Ele lembrava que sacerdote e o levita na parábola do Bom samaritano mantiveram as mãos limpas de acordo com a *Torah*, mas seus corações ficaram manchados pela recusa em tocar o corpo ferido do homem que necessitava de cuidados. Por outro lado, mãos que estavam sujas por cuidar dos doentes e feridos eram um sinal de pureza de coração. Camilo convidou seus seguidores a dar a vida pelos doentes, com a disposição de cuidar deles, mesmo com o risco da própria saúde e vida. Naquela época, muitos camilianos morriam no cuidado dos doentes, porque pouco

se conhecia em termos de prevenção de proteção contra as infecções.

Na visão de Calisto Vendrame, ex-geral dos Camilianos:

O Dom que mais se destacou em Camilo, que moldou e marcou profundamente sua espiritualidade, foi seu extremado amor para com os doentes e para com todos os sofredores. Esse amor tornou-se a verdadeira paixão da sua vida, absorveu todo o seu tempo, unificou toda sua atividade. A partir do dia da sua conversão, quando chegou ao verdadeiro conhecimento de Deus-Amor, ele não viveu mais para si mesmo, não suportou mais ser prisioneiro do pequeno mundo de seus interesses pessoais: livre de tudo e de todos e também de si mesmo, entregou-se única e inteiramente a Cristo que ele via e servia nos doentes. (Vendrame, 1986).

5.2.2 Cuidar com sensibilidade feminina

Camilo dizia aos seus seguidores de amar o paciente como a mãe

cuida de seu único filho doente. O amor para com os doentes é um componente essencial desta espiritualidade. Aos que trabalham com eles dizia Camilo:

Primeiramente cada um peça a graça ao Senhor que lhe dê um afeto materno para com seu próximo, para que possamos servi-lo com toda caridade tanto da alma como do corpo, porque desejamos, com a graça de Deus, servir a todos os enfermos com aquele amor que uma mãe amorosa cuida de seu único filho enfermo.

5.2.3 Cuidado holístico e acolhida incondicional

Camilo seguia mais a hierarquia das necessidades humanas, do que a hierarquia das exigências da Igreja. A Igreja exigia por norma que os doentes ao entrar nos hospitais deveriam primeiramente se confessar. Camilo lutou contra esta regra, dizendo que precisávamos, primeiramente, atender às suas necessidades de cuidados de saúde e depois então, respeitando sua liberdade, levá-los ao sacramento da reconciliação. Camilo desejava que os camilianos provesses cuidados globais aos doentes. Todos

os camilianos, partilhavam das mesmas tarefas de cuidar, serviços de enfermagem e acompanhar espiritualmente o doente.

A hospitalidade era uma virtude muito presente no coração de Camilo. Durante as epidemias, quando os hospitais estavam abarrotados, Camilo abria as igrejas e casas para os doentes sem teto. Ele pessoalmente ia pelas esquinas das ruas mais pobres de Roma, e sob as pontes, em busca dos doentes para carregá-los a um lugar em que eles pudessem receber cuidados.

5.2.4 Liturgia ao pé do leito

O Evangelista João fala do sacramento de Jesus lavando os pés dos seus discípulos na Quinta feira santa. Para Camilo a maior liturgia acontecia ao pé do leito do doente. Tudo o que acontecia com o doente tinha uma dimensão sacramental. Poderíamos dizer, que era a liturgia do banho de leito, liturgia da alimentação, liturgia de estar junto de alguém que está prestes a se despedir da vida. Tudo isso são atos de amor e que se transformam em ações sacramentais do ato de cuidar. Os trajes sagrados com que se vestia

para atender os doentes eram:

Uma roupa pesada, ornada com dois famosos urinóis. Além disso, levava três pequenos frascos presos à cintura, um de água benta, outro de vinagre e um terceiro de água fervida para refrescar a boca dos doentes. E também um vaso de cobre onde pudessem cuspir sem incômodo. E mais duas panelas de ferro para preparar sopas para os mais fracos. Além disso o crucifixo e o livro de orações para os moribundos.

Certamente com todo este aparato, a figura de Camilo parecia um mascate exótico. Os ritos eram cortar cabelo, pentear, cortar as unhas, aquecer os pés, secar camisas ensopadas de suor, aplicar cauterios, umedecer os lábios, por vinagre sob as narinas, lavar e enxugar as mãos, dar comida na boca, entre tantos outros atos. Um de seus célebres ditos é que “*não seria boa aquela piedade que cortasse os braços da caridade*”.

A maior liturgia acontecia ao pé do leito do doente. Tudo o que acontecia com o doente tinha uma dimensão sacramental

5.2.5 Escola de caridade

Na tradição católica, os candidatos à santidade são avaliados pela sua caridade, não por suas experiências místicas (exemplo recente de beatificação de Madre Tereza de Calcutá). Camilo via, sentia e sofria com a presença dos mercenários trabalhando nos hospitais sem cuidar bem dos doentes. Ele ensinou aos seus seguidores a mostrar pelo exemplo, a forma correta de cuidar. Assim as instituições camilianas são vistas como “escolas de caridade”, motivando os outros também ao cuidado amoroso para com os doentes. As entidades camilianas hoje procuram colocar em prática esta intuição original de Camilo. Assim lemos na Carta de Princípios das Entidades Camilianas:

Quanto à valorização da vida e da saúde, os camilianos, seus profissionais e respectivas entidades respeitarão todas as suas dimensões - biológica, psíquica, social e espiritual. Em-

penhar-se-ão em promovê-las e cuidá-las, até o limite de suas possibilidades, segundo os valores éticos, cristãos e eclesiais, dentro de uma visão holística e ecumênica, repudiando tudo quanto possa agredir ou diminuir sua plena expressão.

5.2.6 Cuidar é uma obra de arte, que une ética e estética

Camilo tinha um apreço todo especial pela música e freqüentava igrejas para ouvir música. Compara o cuidado aos doentes como uma sinfonia musical. Dizia:

Agrada-me a música dos doentes no hospital, quando muitos chamam ao mesmo tempo: Padre, traga-me água para refrescar a boca; arrume minha cama, esquite meus pés... esta deveria ser a música agradável também para os ministros dos enfermos.

As vozes dos doentes, muitas vezes tumultuadas, desordenadas, estridentes, sobrepondo-se uma às outras, aos seus ouvidos, era uma “música” que soava como harmonia inefável.

Também afirma aos seus seguidores que precisam ter um certo talento artístico ao aproximar-se suavemente das camas, sem barulho, caminhando em meio às galerias de leitos, sem arrastar os pés, com passo de dança. Por fim ele se refere ao Hospital do Santo Espírito, hoje patrimônio da humanidade e que se localiza na entrada da cidade do Vaticano, onde trabalhou durante 30 anos, como sendo um belíssimo jardim cheio de flores perfumadas e frutas. Incrível o que tínhamos eram odores insuportáveis.... Uma das mais brilhantes criações deste artista e gênio da caridade é de ter introduzido no cuidado aos doentes, a idéia da beleza.

Educava-se artisticamente para saber escutar, saber ver, aprender a distinguir os perfumes. O serviço não é somente “algo bom”, mas “algo lindo”. Assim Camilo resgatou uma dimensão de caridade descuidada, sombria, mal-humorada, introduzindo nela fochos de luz, cores, emoções, notas alegres e perfume. Estas características nos dão uma visão de como Camilo, filho do século XVI, soube interpretar e realizar profeticamente os sonhos presentes no coração humano, fa-

zendo *diferença* frente a tanta indiferença!

6. CONCLUINDO

Não deixa de ser surpreendente convivermos hoje com o ressurgimento da religião em todos os âmbitos da vida humana, após o auge do fenômeno da secularização que marcou profundamente o século XX, em especial nos anos 60 e 70. Muito se falou e escreveu a respeito do desaparecimento da religião, de que “*Deus Morreu*” e que “*as igrejas se transformariam em túmulos e mausoléus de Deus*”, como é dito num famoso texto de Nietzsche. É preciso lembrar que Nietzsche é autor de uma das críticas mais radicais ao cristianismo ocidental institucionalizado, mas, como diz Leonardo Boff, o fez a partir de sua experiência radical do Deus vivo. Quando ele anuncia a morte de Deus, ele fala do Deus que tem que morrer mesmo, porque é o Deus das nossas cabeças, o Deus inventado, o Deus da metafísica, o Deus que não é vivo.

Diante desta caminhada reflexiva sentimos no ar um profundo clima

A discussão sobre a relação fê- espiritualidade- doença- cura e saúde apenas está se iniciando

de busca nas mais diferentes propostas de espiritualidade. A angústia da busca frente a tantas incertezas que a razão instrumental científica não “dá conta” de explicar e mesmo quando explica,

isto não plenifica o ser humano nas suas necessidades profundas de coração e alma. Isto por vezes nos faz negar o transcendente, por outras nos faz descer do pedestal de nossas certezas e auto-suficiências e nos transforma em aprendizes do mistério maior da vida aberta ao transcendente. Da negação à afirmação é o itinerário de muitos que buscam Deus.

Enfim, a discussão sobre a relação fê- espiritualidade- doença- cura e saúde apenas está se iniciando. A busca de respostas prossegue intensamente, desde os sofisticados laboratórios digitais da neurobiologia, em direção às evidências de Deus, até o leito de muitos doentes crônicos que clamam por saúde e cura, invocando Deus sem necessidade de prova. Tem-se muitas perguntas, dúvidas e os resultados encontrados nas pesquisas científicas até o presente, são até certo pon-

to decepcionantes. Pergunta-se se este é o caminho correto de busca de respostas à questão fundamental de Deus e sua intervenção no mundo da vida humana. É uma discussão que envolve cientistas, pessoas que se autodenominam pesquisadores céticos, agnósticos, ateus e até crentes piedosos.

Lembrando Santo Agostinho que dizia: “*se compreendes, não é Deus*”. Claro que não se propõe abdicar da compreensão racional da realidade das coisas do mundo, valorizando o conhecimento científico e muito menos renunciar de “dar razões à nossa esperança”. Por um lado dispõe-se de uma sabedoria plurimilenar, legado das religiões no âmbito das diferentes culturas, por outro, o empreendimento científico ainda bastante jovem, com pouco mais de cinco séculos de existência. Existe muito ainda o que se descobrir. Nossa profunda convicção é que Deus não se deixa revelar como prisioneiro de circuitos digitais da inventividade científica da neurobiologia e muito menos, no âmbito da razão humana orgulhosa de si. Na perspectiva da fé cristã tem-se a certeza de que Deus é amor, e onde existe amor aí está Deus, a vida se afirma e a saúde

é uma realidade palpável. Mesmo na morte, existe vida! O investimento tem que ser feito no amor, desde o âmbito individual até o sócio - político, manifestado pela justiça, equidade e solidariedade entre os povos.

Notas

¹ Fonte das citações encontra-se em : Vernet, J. *Nouvelles spiritualités et nouvelles sagesse. Les voies de l' aventure spirituelle aujourd' hui*. Paris: Bayard/centurion, 1999. p. 21.

Referências

- ❖ BAUTISTA, Mateo. *Camilo de Lellis: evangelizador no campo da saúde*. São Paulo: Paulinas, 1996.
- ❖ BENSON, Herbert. *Medicina espiritual*. Rio de Janeiro: Campus, 2003.
- ❖ BEGLEY, S. *Religion and the Brain*. *Newsweek*, pp. 38-41, 14 may, 2001.
- ❖ BYRD, R.C. *Positive Therapeutic Effects of Intercessory Prayer in a Coronary Care Unit Population*. *Southern Medical Journal*, v. 18, 1988, pp.826-829.
- ❖ BOFF, L. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.
- ❖ BOFF, Leonardo; BETO, Frei. *Mística e espiritualidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- ❖ BREITBART, William. *Espiritualida-*

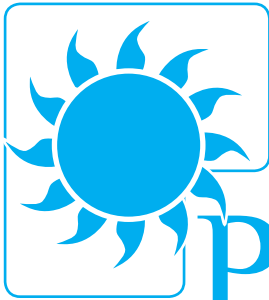
- de e sentido nos cuidados paliativos. O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 27, n.1, pp.45-57, 2003.
- ❖ CELAM. *Globalização e nova evangelização na América Latina e no Caribe*. São Paulo: Paulinas, 2003.
 - ❖ COHEN, Cynthia B; WHEELER, Sandra E. Prayer as Therapy. *A challenge to Both Religious Belief and Professional Ethics. Hastings Center Report*, may/jun. 2000 pp. 40-47.
 - ❖ COX, H. *A cidade do homem: a secularização e a urbanização na perspectiva teológica*. trad., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.
 - ❖ DALAI-LAMA. *Ética do terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.
 - ❖ ECO, Umberto; MARTINI, Carlo Maria. *Em quem crêem os que não crêem?* 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.
 - ❖ FORTE, Bruno. *Teologia e pós-modernidade*. Disponível em: IHU on-line unisinos. Acesso em: 13 out de 2003 (entrevista).
 - ❖ HARDWIG, John. *Questões espirituais no fim da vida: um convite à discussão*. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.24, n.4, pp.321-324, jul./ago.2000.
 - ❖ KALB, C. God and Health. *Is religion good medicine: why science is starting to believe?* *Newsweek*, pp. 40-46, 17 nov.2003.
 - ❖ KOENIG, Harold G. *et alii. Medicine and Religion. The New England Journal of Medicine*, v 343: pp. 1339-1392, November 2, 2000.
 - ❖ KUNG, Hans. *Religiões do mundo: em busca dos pontos comuns*. Campinas: Verus, 2004.
 - ❖ LELOUP, J. K; HENNEZEL, M. *L'art du mourrier*. In: LEPARGNEUR, H. *Da religiosidade à religião em contexto secular. Revista Atualização*, Belo Horizonte, N° 273, pp.205-216, mai./jun. 1998.
 - ❖ LIBÂNIO, João Batista. *Crer num mundo de muitas crenças e pouca libertação*. Valência, Espanha: Ediciones Catequéticas y Litúrgicas Siquem, 2001. (Teologia fundamental – 1)
 - ❖ PESSINI, Leor. *Ministério da vida: orientações para agentes de pastoral da saúde*. 23.ed. Aparecida, SP: Santuário, 2003.
 - ❖ PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. *Em busca de plenitude e sentido de vida : Bioética saúde e espiritualidade*. São Paulo, Paulinas, 2008.
 - ❖ RAHNER, K. *Elemente der Spiritualitat in der Kirche der Zukunft*. In: SCHZTH. *Einsiedeln*, Benzinger, v.14, p.375ss, 1980.
 - ❖ SLOAN, Richard P. *et alii. Should Physicians Prescribe Religious Activities?* *The New England Journal of Medicine*, pp. 1913-1016, v.342, june 22, 2000.
 - ❖ SLOAN, Richard P.; BAGIELLAE, POWELL T. *Religion, spirituality, and medicine. Lancet*. v. 353, pp. 664-667, 1999.

- ❖ SOLOMON, Robert C. *Espiritualidade para céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- ❖ VENDRAME, C.; PESSINI, L. (Coords.- edição brasileira). *Dicionário Interdisciplinar da Pastoral da saúde*. São Paulo: Paulus/ Centro Universitário São Camilo, 1999.
- ❖ WOODWARD, Kenneth. *Faith is more than a feeling*. *Newsweek*, pp. 41-42, 14 may 2001.



Años al servicio de la vida

1959 - 2009



Perspectivas

Al servicio de la vida

Vera Ivanise Bombonato, FSP

Resumen

.....
A la luz de la propuesta fundamental de “una Vida Religiosa (VR) místico-profética al servicio de la vida”, esta breve reflexión se concentra en la realidad del servicio, en sus distintas dimensiones, relacionadas con la vocación del ser humano: el servicio-trabajo como vocación a participar de la obra de la creación; el servicio-existencial como vocación a la santidad; y el servicio-misión como vocación a ser discípulo misionero. Se evidencia así la relacionalidad y circularidad de los elementos: mística, profecía y servicio a la vida. Como consagrados/as somos seguidores/as de Jesús que se hizo siervo; él afirmó: “yo estoy en medio de ustedes como el que sirve” (Lc 22,27) y pidió que hiciéramos lo mismo que él hizo.
.....

Durante este trienio 2006-2009, en que, como consagradas y consagrados, estamos convidadas y convidados a entrar radicalmente en el camino del seguimiento de Jesús “*hacia una Vida Religiosa (VR) místico-profética al servicio de la vida*”, muchos esfuerzos se están realizando con el objetivo de entender lo que significa, para la VR, ser místico-profético, en el desafiante contexto de la postmodernidad.

En el contexto de los estudios realizados y en sintonía con las riquezas de las experiencias vividas, esta breve reflexión se concentra en uno de los aspectos más esenciales de esta propuesta: *el servicio a la vida*.

Esta elección se sitúa en el horizonte amplio de la íntima reciprocidad y de la profunda relación existente entre los distintos elementos: *mística, profecía, servicio a la vida*. Existe una circularidad entre *mística-profética* y *servicio a la vida*: la mística-profética está al servicio de la vida; y el servicio a la vida retroalimenta la mística-profética.

Tres preguntas atraviesan esta reflexión en búsqueda de res-

puestas: ¿Cuál es el significado y el alcance, para la Vida Consagrada (VC), de esta realidad del servicio? ¿Cuál es la relación del servicio con la vida? ¿Qué significa para la VC estar al servicio de la vida?

1. DIMENSIONES DEL SERVICIO

La palabra *servicio* es común en nuestro vocabulario cotidiano. A primera vista, todos y todas saben por experiencia su significado, desde la persona más sencilla hasta la intelectual. Desde una mirada crítica, distinguimos tres dimensiones del servicio:

- ❖ *Servicio-trabajo*
- ❖ *Servicio-existencia*
- ❖ *Servicio-misión*

No son tres servicios distintos, sino tres dimensiones complementarias e íntimamente relacionadas entre sí. Vamos a considerar brevemente cada una de estas dimensiones.

1.1 El servicio-trabajo

En un sentido amplio, *servicio-trabajo* son las tareas y actividades, manuales o intelectuales, que el ser humano desarrolla,

en general, de forma constante, y que están sujetas a las coordenadas del tiempo y ligadas a un determinado espacio, sea físico o virtual.

En la VC, el servicio-trabajo es la gama de actividades que concretizan y expresan la misión propia de cada Congregación.

El *servicio-trabajo* está relacionado con la producción de los bienes de consumo y con la profesión que la persona ejerce. Por medio de él, ella garantiza la propia supervivencia y contribuye al continuo progreso de las ciencias y de la técnica. En la sociedad capitalista, el *servicio-trabajo* establece la relación entre patrón y empleado; requiere la observancia de las leyes laborales; está sujeto a las leyes de mercado, al lucro y la eficiencia.

Creado a imagen y semejanza de Dios, el ser humano es *vocado al servicio-trabajo*. Esta vocación es una de las características que distinguen al ser humano de las demás criaturas, por medio de la cual participa de la obra de la creación.

El Documento de Aparecida nos invita a alabar a Dios, porque en

la belleza de la creación resplandece el sentido humano del trabajo como participación de la tarea creadora y como servicio a los hermanos. El trabajo constituye una dimensión fundamental de la existencia humana y garantiza su dignidad y libertad (cf. DA 120).

En la VC, el *servicio-trabajo* es la gama de actividades que concretizan y expresan la misión propia de cada Congregación o Instituto. En general, son las actividades ligadas a las obras apostólicas, que identifican y, al mismo tiempo, aproximan a los y las, religiosos y religiosas a la vida del pueblo.

Jesús ejerció y dignificó el *servicio-trabajo*. En Nazaret, se ocupaba trabajando como carpintero (cf. Mc 6, 3); luchaba por la supervivencia. En sus enseñanzas, se refiere constantemente a las distintas expresiones del *servicio-trabajo* humano: el trabajo del pastor, del agricultor, del médico, del sembrador, del siervo, del pescador, del comerciante,

del obrero. En diversas ocasiones, se refiere, particularmente, a la actividad de las mujeres.

Esta enseñanza de Jesús encontró eco en la persona del apóstol Pablo, quien afirmó que fue trabajando noche y día, entre fatigas y privaciones, para no ser una carga para nadie, como proclamó el evangelio de Dios (cf. 1Ts 2, 9).

En el camino del seguimiento de Jesús, esta dimensión del *servicio-trabajo* trajo consigo innumerables desafíos para la VC. Entre ellos, citamos solamente algunos:

- ❖ El exceso de ocupaciones en la agenda de los y las, religiosos y religiosas.
- ❖ La relación entre VC y profesionalismo.
- ❖ La relación patrón y empleado en las obras apostólicas.
- ❖ La cuestión de las estructuras organizativas.
- ❖ Las relaciones de poder.

Estos desafíos, entre otros que podemos agregar, exigen constante reflexión y discernimiento, teniendo como realidad central la vida.

1.2 El servicio-existencia

La persona humana es un ser en construcción y el *servicio-existencia* es el esfuerzo que el ser humano realiza con miras a su crecimiento integral, su maduración como persona. En un sentido amplio, se trata del proceso dinámico de humanización, que abarca el arco de la existencia: desde el nacimiento hasta la muerte, y se concretiza como búsqueda de sentido y de plenitud de vida.

El *servicio-existencia* sobrepasa los límites del tiempo y del espacio y converge hacia el ser humano, hacia su existencia y hacia la construcción y el perfeccionamiento de su ser. Expresa las relaciones del ser humano consigo mismo, con la obra de la creación, con el prójimo y con el Trascendente. Este *servicio-existencia*, por una parte, está ligado a la ambigüedad y a la finitud, propias del ser humano limitado; por otra parte, abarca el campo de la mística, como fuerza motivadora de sentido de vida, capaz de heroísmo e incluso de martirio.

El *servicio-existencial* se fundamenta y se expresa en la voca-

ción del ser humano a la santidad, a la plenitud de la vida cristiana, a la perfección de la caridad (cf. 1Co 13, 11). El apóstol Pablo afirma: “*esta es la voluntad de Dios: su santificación*” (1Ts 4, 3). Y exhorta a los cristianos a vivir como elegidos de Dios, santos y amados, revestidos de sentimientos de compasión, bondad, humildad, longanimidad (Col 3,12). El llamado a seguir a Jesús trae consigo el compromiso de identificarnos con él, llevándonos a asumir la centralidad del mandamiento nuevo: “Ámense los unos a los otros, como yo los he amado” (Jn 15, 12), a practicar las bienaventuranzas del Reino (cf. DA 138-139).

El servicio-existencia se fundamenta y se expresa en la vocación del ser humano a la santidad

amor y en el servicio. Su realización requiere tres condiciones:

- ❖ Seguir las huellas de Jesús, rostro encarnado de la Trinidad; vivir como él vivió; tener el mismo sentir y pensar de Cristo Jesús (cf. Flp 2, 5);
- ❖ Dejarse guiar por el Espíritu. Como discípulos de Jesús, discernir a la luz del Espíritu Santo Consolador, los gemidos de toda la Creación que sufre dolores de parto en espera de la redención (cf. Rm 8, 23);
- ❖ Comprometer en la respuesta la totalidad de la persona: inteligencia, corazón y voluntad (Dt 6,5).

El *servicio-existencia* es el lugar por excelencia de la ascesis y de la mística. Exige, por tanto, esfuerzo constante de autococonocimiento, de permanente conversión, de continua superación del infantilismo, la mediocridad y la superficialidad. En la VC, el *servicio-existencia* asume la forma de proyecto de vida, proceso dinámico y dialógico que nos va asemejando a la Trinidad en el

En el proceso de discipulado, el *servicio-existencia* es un camino de transformación que se desarrolla en la docilidad al Espíritu que va, progresivamente, formando en nosotros la imagen de Jesús, el Hijo amado del Padre. “*Hasta ver a Cristo formado en ustedes*” (Ga 4, 19).

En el seguimiento de Jesús que se autodefinió Camino, Verdad y

Vida, el Espíritu, don del Padre y del Hijo, nos identifica con *Jesús-Camino*, abriéndonos a su ministerio de salvación para que nos hagamos hijos suyos y hermanos unos de otros; nos identifica con *Jesús-Verdad*, enseñándonos a renunciar a las mentiras y ambiciones personales; y nos identifica con *Jesús-Vida*, permitiéndonos abrazar su plan de amor y de entrega hasta el sacrificio para que otros en él tengan vida (cf. DA 137).

Jesús, con su vida y sus enseñanzas, resalta la importancia del *servicio-existencia*. Él mismo, aunque siendo de naturaleza divina, asumió la naturaleza humana y, guiado por el Espíritu, fue construyendo su ser, siendo en todo semejante a nosotros menos en el pecado (cf. Flp 2, 6-7).

En la realidad actual, marcada por profundas y rápidas transformaciones, este *servicio-existencia* trae consigo algunos desafíos, en el ámbito de las Congregaciones e Institutos religiosos:

- ❖ La formación para la VR de las nuevas generaciones.
- ❖ La formación continuada de los y las consagrados y consagradas.

- ❖ El desarrollo de la mística-profética.
- ❖ La superación de las dicotomías.
- ❖ La integración de nuestras potencialidades y fragilidades.

Estos desafíos exigen repensar los paradigmas de la formación, no sólo de las nuevas generaciones, sino también de la formación permanente de los/as religiosos/as.

1.3 El servicio-misión

Nuestra vida, nuestro ser como personas consagradas entregadas, en la totalidad y en la radicalidad, es expresión del amor incondicional a Dios y a los y las hermanos y hermanas. Trasciende el tiempo y el espacio. No se resume en la realización de tareas aisladas, de un programa o de un proyecto; es compartir la experiencia del encuentro con Jesús, testimoniarlo y anunciarlo a todos, conforme al mandato de Jesús: “*Vayan por todo el mundo y proclamen el evangelio a toda la creación*” (Mc 16, 15).

El discípulo es vocacionado para el *servicio-misión*, porque la misión no es una tarea opcional, sino parte integrante de la iden-

tividad cristiana; es extensión testimonial de la misma vocación: el discípulo es llamado y enviado en misión. Todo discípulo es misionero, pues Jesús lo hace partícipe de su misión, a la vez que lo vincula a sí mismo.

Como Jesús es testimonio del misterio del Padre, así los discípulos son testimonio de la muerte y resurrección del Señor hasta que Él vuelva (cf. DA 144).

Servicio-misión es:

- ❖ Testimoniar la alegría que brota de la certeza de que Jesús resucitado está vivo en medio de nosotros.
- ❖ Comunicar el amor gratuito de Dios Trinidad con cada uno y una de nosotros y nosotras.
- ❖ Revelar el rostro tierno y misericordioso de Dios Trinidad.

Jesús, el Misionero del Padre, vino para que todos tengan vida y la tengan en abundancia (cf. Jn 10, 10). Él afirmó: “*Como el Padre me envió, también yo los envío*” (Jn 20, 21). Somos llamados al seguimiento de Jesús y enviados, por él, en misión.

En el camino de seguimiento, el servicio-misión es el lugar privilegiado para explicitar nuestra profecía

En la VC, *servicio-misión* es anunciar y testimoniar la experiencia del amor de Dios, único e irreplicable, que se manifiesta en la creación, en la historia y, de modo definitivo, en la vida, muerte y resurrección de Jesús,

Salvador de la humanidad. En el camino de seguimiento, el *servicio-misión* es el lugar privilegiado para explicitar nuestra profecía y, por eso, trae algunos desafíos:

- ❖ La relación *servicio-misión* y obras apostólicas.
- ❖ La opción por los pobres.
- ❖ El respeto a la dignidad de la persona y a la promoción humana.
- ❖ La superación de la violencia y de todos los males que afligen la vida humana.

La reflexión y el discernimiento sobre estos desafíos nos ayudarán a salir del acomodamiento y a revisar nuestras estructuras apostólicas a fin de que nuestra misión sea realmente profética.

* * *

Para que la VR sea *místico-profética al servicio de la vida* es in-

dispensable la integración armónica de estas tres dimensiones del servicio, de modo tal que posibilite el desarrollo integral de la persona humana a ejemplo de Jesucristo, el siervo por excelencia, y lleve a los y las religiosos y religiosas a colaborar, proféticamente, en la realización del proyecto de Dios.

El servicio en sus diferentes dimensiones relacionadas con la vocación del ser humano: el *servicio-trabajo* a la vocación a participar de la obra de la creación, el *servicio-existencial* a la vocación a la santidad, y el *servicio-misión* a la vocación a ser discípulo misionero; nos pone en seguimiento de Jesús que se hizo siervo.

2. EL SEGUIMIENTO DE JESUCRISTO SIERVO

Jesús vivió con radicalidad su vocación de Mesías servidor proclamada en el Bautismo (Mt 3, 17; Mc 1, 11; Lc 3, 22). Su reconocimiento mesiánico no fue fruto del poder, del triunfalismo, sino de la *kénosis* y del servicio humilde. Jesús afirmó: *“Estoy en medio de ustedes como aquel que sirve”* (Lc 22, 27).

La vida de Jesús, el hijo amado y enviado del Padre, se realiza en el servicio, expresión de su total dependencia de la voluntad del Padre (Mt 16, 21). Él afirma: *“El Hijo del hombre no ha venido a ser servido, sino a servir y dar su vida”* (Mc 10, 45).

En la Última Cena, con el gesto profético de lavar los pies de los discípulos, Jesús destruyó la dominación, la desigualdad, y muestra que el servicio prestado con amor no ofusca la libertad y la dignidad del ser humano. Y concluye afirmando que sus seguidores y discípulos deberán hacer lo mismo.

Si yo, el Señor y el Maestro, les he lavado los pies, ustedes también deben lavarse los pies unos a otros. Porque les he dado ejemplo, para que también ustedes lo hagan como yo he hecho con ustedes. En verdad, en verdad les digo: no es más el siervo que su amo, ni el enviado más que el que lo envía. Sabiendo esto, dichosos serán si lo cumplen (Jn 13, 14-17).

Los discípulos discutían entre sí sobre quién era el mayor. Jesús

advierte que esta es una discusión propia del mundo, donde los señores mandan y los siervos obedecen. Y alerta: que no sea así entre ustedes. Por el contrario, el mayor entre ustedes sea como el menor, y el que dirige como el que sirve (cf. Mt 23, 11).

El servicio cuando se orienta hacia la defensa de la vida, adquiere una fuerza integradora

El Señor exaltado a la derecha de Dios Padre, es inseparable del siervo de Dios y de su humanidad que se vacía de las prerrogativas gloriosas de su condición divina para entrar en el camino de obediencia que culminará en el sacrificio de la cruz (cf. Flp 2, 5ss). Es debido a su condición de siervo por lo que podemos llamarlo Señor. Fortalecidos por el bautismo, los cristianos pasaron de ser servidores del pecado y de la ley, que era la esclavitud, a ser servidores de la justicia y de Cristo, que es la libertad. Sirven a Dios como Hijos y no como esclavos (Ga 4), pues sirven desde la novedad del Espíritu (Rm 7, 6).

Los seguidores de Jesús son, en primer lugar, servidores de la Palabra (Hch 6, 4), que anuncian el evangelio cumpliendo así un

servicio sagrado (Rm 15, 16), con toda humildad y con lágrimas y en medio de pruebas (Hch 20, 19). Para ser servidores de la Palabra, necesitamos antes ser oyentes y practicantes de la Pa-

labra, encarnándola en nuestro ser, como hizo María, la sierva del Señor: *“He aquí la esclava del Señor; hágase en mí según tu palabra”* (Lc 1, 38).

3. SERVICIO A LA VIDA

A la luz de la afirmación de Jesús: *“Yo he venido para que tengan vida y la tengan en abundancia”* (Jn 10, 10), el servicio se transforma en lugar teológico de la manifestación de Dios. Por medio del servicio, se contempla el rostro de Dios, adorado y amado, en la persona de los necesitados, los preferidos de Dios.

El servicio en sus diferentes dimensiones, cuando se orienta hacia la defensa de la vida, adquiere una fuerza integradora, puesto que asume y armoniza los valores humanos y evangélicos. En el servicio, la fe y el amor se transforman en vida en la persona del se-

guidor y seguidora y transforman la vida y las estructuras.

Místico-profeta-siervo están íntimamente relacionados entre sí y en el centro está la *vida* como criterio máximo. El servicio a la vida concretiza y visibiliza a la mística-profética.

* * *

Concluyendo, podemos afirmar que nuestro servicio será pleno, expresión de mística y de profecía, cuando todas las dimensiones del servicio estén integradas y converjan para la realización del proyecto del Reino de Dios entre nosotros.

Como seguidores y seguidoras de Jesús, servir es nuestra vocación, somos servidores y servidoras de la Palabra, servidores y servidoras de la humanidad, servidores y servidoras de la vida. La vida es el criterio máximo de nuestras acciones.

Nota

* Artículo traducido por el Hno. Oscar Elizalde, FSC, del original en portugués: “A serviço da vida”.

Referencias

- ❖ BINGEMER, Maria Clara, Jesus Cristo: servo de Deus e messias glorioso. São Paulo/Valencia, Paulinas/Siquem, 2008.
- ❖ BOMBONATTO, Vera Ivanise, Seguimiento de Jesus: uma abordagem segundo a cristologia de Jon Sobrino, São Paulo, Paulinas, 2007.
- ❖ CELAM, Documento de Aparecida, São Paulo Paulinas/Paulus, 2007.
- ❖ RUBIO, Afonso Garcia, O encontro com Jesus Cristo vivo: um ensaio de cristologia para nosso tempo, São Paulo, Paulinas, 2007.
- ❖ SOBRINO, Jon, Jesus, o Libertador, I – A História de Jesus de Nazaré, Petrópolis, Vozes, 1994.
- ❖ SOBRINO, Jon, A fé em Jesus Cristo: ensaio a partir das vítimas, Petrópolis, Vozes, 2000.



Años al servicio de la vida

1959 - 2009



Subsidios para el camino

Hacia la XVII Asamblea General de la CLAR

Cartillas de reflexión temática

Pre-Asamblea

Presentación

Con ilusión iniciamos el proceso de Celebración de nuestra XVII Asamblea General Electiva de la CLAR y del Jubileo de los 50 años de la misma. Avanzar en la búsqueda de promover, revitalizar y volver a lo fundamental de nuestra Vida Religiosa, es una tarea de formación continua que abarca la totalidad de la vida. No logramos ser místicos y místicas, profetas y profetisas, de hoy a mañana, es un caminar lento, que puede llegar a pasar, inclusive, por las noches oscuras de la fe, pero que tiene su fuerza en la fidelidad del Padre que nos ama, la fascinante propuesta del Hijo que nos salva y la vitalidad renovadora del Espíritu que nos santifica.

Con la ilusión y la esperanza de aportar a la preparación de nuestra próxima Asamblea, con una amplia participación de la mayoría de religiosas y religiosos del Continente, ofrecemos estas Cartillas que quieren aportar al Horizonte Inspirador que señale la ruta del futuro de la CLAR en el próximo trienio. Son temas que se inscriben en la más auténtica búsqueda de estos tres años: ser místicos y místicas, profetisas y profetas al servicio de la vida.

La rápida evolución de los procesos humanos contemporáneos, piden ubicarnos muy bien en lo que Aparecida ya denominó “cambio de época”. No es asustándonos ante tantos fenómenos que nos sorprenden como vamos a ser testimonio del Señor Resucitado en este tiempo, sino tomando conciencia clara del momento que vivimos, de la complejidad de sus fenómenos y de la necesaria toma de postura profética y mística. Nuevos escenarios y sujetos que emergen dejando atrás sus silencios, nos desafían a despertar a una dinámica de atención a los signos de los tiempos. Y ello nos invita a mirar el estado de nuestra red de relaciones, a repensar nuestra comunión intercongregacional, la ubicación de nuestras instituciones y la radicalidad de las

opciones de fondo que nuestro estilo de vida ha hecho a lo largo de la historia de Latinoamérica y el Caribe.

Nuestra vuelta a los fundamentos de la VR nos señala el eje generador de vida que es para nosotros y nosotras la Palabra de Dios. Como espada de dos filos sigue rasgando el corazón, para que llenos y llenas de vida mantengamos la fuerza y la esperanza en tiempos que parecieran negarla por su liquidez y negación de la consistencia. Nuestra fuerza nos viene del Señor, nuestra confianza sin condiciones en Él se fortalece por la Lectura Orante de la Escritura Santa y su potencialidad para iluminar los signos del tiempo presente.

Ser portadores de esperanza, alegres seguidores y seguidoras de Jesucristo para comprometernos con la misión de predicar y hacer presente el Reino, es un desafío del presente que nos ayuda a encarar con fidelidad a Dios y a la humanidad, nuestro futuro. Señalarle a este futuro un Horizonte Inspirador puede ser una dinámica a la que todos y todas podemos aportar, al reflexionar y orar con entusiasmo renovado, esta propuesta sugestiva, que ha sido elaborada por el Equipo de Teólogas y Teólogos asesores y aseoras de la Presidencia –ETAP– y aprobados por la Presidencia. Ofrecemos estas cartillas de reflexión confiando que sean acogidas con entusiasmo y constancia.

P. Ignacio Madera Vargas, SDS

Presidente de la CLAR

Instrucciones

La CLAR durante este año 2009 esta cumpliendo cincuenta años de servicio a la VR. Esta es una oportunidad para que desde cada rincón del Continente nos hagamos presentes como VR y ofrezcamos aportes que nos ayuden a continuar el camino que con tanta ilusión se inició hace 50 años.

Del 19-28 de Junio de 2009 se llevará acabo la XVII Asamblea General Electiva que se desarrollará con una metodología participativa, teniendo en cuenta la voz de la VR que día a día está en medio de la realidad que vive nuestro pueblo. Por eso se ha pensado en un tiempo de PRE-ASAMBLEA, en el cual se recogerá el fruto de la participación activa de todos y todas y cada uno y una.

Tienen en sus manos las cartillas de reflexión temática: “hacia la XVII Asamblea General de la CLAR” con cuatro ejes temáticos que nos permitirá situarnos en el hoy de la Vida Religiosa del Continente:

- 1. Nuevos escenarios y sujetos emergentes.*
- 2. Nuevas relacionalidades.*
- 3. La Palabra de Dios.*
- 4. Una Vida Religiosa místico-profética, profético-mística portadora de esperanza.*

Los y las invitamos a realizar un trabajo sosegado en el que se vaya leyendo, reflexionando y respondiendo comunitariamente a las preguntas que se proponen progresivamente. Para ello, pueden aprovecharse algunos espacios de retiro, reunión comunitaria, etc.

Una vez desarrolladas las cuatro cartillas, pedimos el favor de enviar las respuestas a la Secretaría de la Conferencia de Religiosos y Religiosas de su país. De allí serán remitidas posteriormente a la Secretaría de la CLAR.

A continuación se relaciona el cronograma previsto para la PRE-ASAMBLEA. Esperamos contar a tiempo con su valioso aporte:

- e **Nov. – dic de 2008:** Preparación de las cartillas de reflexión temática por parte del ETAP, la Presidencia y la Secretaría de la CLAR.*
- e **Febrero 2009:** Envío de cartillas a las Conferencias Nacionales.*
- e **Marzo 2009:** Estudio por parte de las Juntas Directivas y envío del material a las Comunidades locales.*
- e **1-15 de abril de 2009:** Recepción de las reflexiones realizadas por las comunidades locales en las Conferencias Nacionales.*
- e **16 – 30 de abril 2009:** Sistematización de los aportes por ejes temáticos en las Conferencias Nacionales.*
- e **1-15 de mayo 2009:** Envío a la Secretaria General de la CLAR de la síntesis con los aportes sistematizados por ejes temáticos.*
- e **16-31 de mayo 2009:** Elaboración del borrador de Horizonte Inspirador para la XVII Asamblea General, por parte del ETAP.*

Cartilla 1: *Nuevos escenarios y sujetos emergentes*

En el análisis de la sociedad se está consagrando una expresión sintética que caracteriza a nuestro tiempo. Se dice que estamos viviendo no una “época de cambios, sino un cambio de época”. Cambio que no es solo de forma, sino de paradigma.

En el ámbito de la economía, pasamos de las economías nacionales y trasnacionales a la economía globalizada donde circulan tanto las riquezas, las crisis (como las que estamos viviendo actualmente), como las pobreza.

En lo político, el Estado perdió su capacidad de gobernar la sociedad. Lo político, por su incapacidad de hacer frente al mercado, perdió su relevancia y se tornó en un mero instrumento subsidiario del mercado, sea para potenciar sus lucros como para sanar sus crisis. En algunos casos, la administración pública también fue mercantilizada, sea en la forma de “tercerización” o de corrupción.

En lo social, la palabra que tal vez más caracteriza a nuestro tiempo sea la anomia: cada uno hace su propia ley y jse defiende como puede! Es la ley del más fuerte y de la violencia organizada (grupos de exterminio, paramilitares, narcotráfico, pandillas, bandas) o caótica (violencia irracional y banal) que tornan la convivencia social cada vez más insegura.

Un fenómeno que marca profundamente y en todas las dimensiones a nuestras sociedades es el de las migraciones, tanto al

interior de los países, como de un país hacia otro y hacia otros continentes. Son verdaderos desplazamientos populares que afectan la vida familiar, religiosa, social, política, económica y la propia identidad cultural de las personas y de los pueblos.

En lo cultural, estamos pasando de una época centrada en la razón hacia una época marcadamente emocional. Lo que moviliza a las personas no es tanto los proyectos racionales claros y distintos, sino lo que toca los sentidos. Es lo que caracterizamos como inmediatez, emocionalismo, hedonismo, consumismo, subjetivismo, relativismo, permisividad, aburguesamiento, comodismo, pansexualismo, banalización de la vida, buscar ventaja en todo, etc. Es la hiper-modernidad o la llamada sociedad líquida. Los medios de comunicación social son los que más fomentan esa perspectiva y se presentan hoy como la gran fuerza cultural. El mundo virtual se ha convertido en un sexto continente donde muchos tienen una vida paralela al mundo real.

¡No todo, sin embargo, está perdido! Hay señales de nuevas realidades y nuevos sujetos emergentes que permiten soñar un mundo nuevo...

En la economía hay un desplazamiento del Occidente hacia el Sudeste Asiático. El centro económico mundial ya no es el Atlántico Norte, sino el Pacífico. En este momento de crisis, los así llamados países emergentes, están consiguiendo tener una palabra en las negociaciones económicas internacionales.

En la política, y en especial en América Latina, después de los años neoliberales (décadas de los 80 y los 90) vemos surgir movimientos populares que se articulan y ocupan el vacío político y, en algunos casos el Estado, reconstruyéndolo a partir de una propuesta nacionalista. Propuesta que incorpora reivindicaciones de mayorías históricamente oprimidas, de manera especial, de los campesinos e indígenas.

En el ámbito social, es posible percibir un renacer de las organizaciones populares, sea en sus formas tradicionales –asociaciones, sindicatos– como en sus formas más recientes de Organizaciones de la Sociedad Civil (ONG). Aun a nivel de la sociedad, es de notarse la consolidación del régimen democrático a través de una mayor articulación de la sociedad civil. Al lado de las organizaciones tradicionales, surge y se consolida toda una nueva gama de movimientos sociales de defensa de grupos usualmente excluidos: mujeres, indígenas, negros, homosexuales, portadores de necesidades especiales, entre otros.

La defensa del medio ambiente –movimiento ambientalista– se ha convertido en un eje transversal de todas las cuestiones sociales y la gran cuestión que clama por acción y reflexión sobre el propio futuro de la humanidad y del planeta tierra.

Más allá de la tolerancia, hay un fenómeno que crece y se consolida cada vez más: la práctica de la solidaridad. Esta se da tanto a nivel local (solidaridad con quien está próximo a través de gestos simples y, muchas veces, puntuales) como en el ámbito macro e internacional (solidaridad con personas o grupos con quien nunca se tiene contacto directo), a través de la creación de estructuras de solidaridad como el comercio equitativo o el consumo ético.

La Iglesia y la VR no están fuera de esta realidad. Al mismo tiempo que actúan en la realidad, son por ella condicionadas. Las dinámicas y lógicas sistemáticas impactan profundamente la vida del Pueblo de Dios y de la VR, tanto personal como institucional. Somos fruto de nuestro tiempo y llamados y llamadas a responder a las nuevas demandas que él nos presenta.

Preguntas para reflexionar:

1. *A partir de nuestra experiencia local, ¿Qué nuevos escenarios y nuevos sujetos sociales emergen y desafían a la VR, hoy?*
2. *A partir de nuestra experiencia local, ¿Qué nuevos escenarios y nuevos sujetos emergen en la VR y son un desafío para las formas tradicionales de VR?*
3. *¿Cuáles son los desafíos que esos nuevos escenarios y sujetos –sociales, eclesiales y de la VR– presentan a nuestros procesos formativos y cómo estamos respondiendo a ellos?*

Cartilla 2:

Nuevas relacionalidades

El arte de propiciar una VR místico-profética al servicio de la vida, tiene que ver con establecer procesos de inserción y de corresponsabilidad en una Iglesia asumida por todas y todos, una Iglesia al servicio de todas y todos. Ha llegado a ser común escuchar que tenemos que trabajar en todos los sectores sociales de América Latina y el Caribe; que debemos renovar las formas de vivir nuestra consagración religiosa. Y así es, y también creemos que debemos ante todo incentivar una nueva cultura religiosa latinoamericana y caribeña que, desde las mismas relaciones de comunión intra-comunitarias y eclesiales, respete la diversidad y promueva una inclusión plural.

La aceptación de una VR construida en el respeto y el reconocimiento de la interculturalidad, significa dar testimonio de que somos hijos e hijas de un mismo Dios ya seamos blancos, indígenas o afroamericanos. Como lo dice Aparecida: “Asumir la diversidad cultural, que es un imperativo del momento, implica superar los discursos que pretenden uniformar la cultura, con enfoques basados en modelos únicos” (DA, 59). Además la interculturalidad contribuye a hacer realidad la unidad en la diversidad. Y nos permite acoger la semilla del Verbo en las culturas para fortalecer espacios y relaciones interculturales en nuestras comunidades religiosas (cf. DA, 96 b).

Hoy en día, la formación inicial y permanente en la VR, vuelve a ser una empresa difícil, por la conciencia de la diversidad, las reconfiguraciones que suscitan los fenómenos migratorios crecientes, así como las particularidades de las personas que la conforman. Aunado a esto, se presenta el reto de acompañar los procesos de transformaciones sociales que caracterizan los tiempos que corren. Esto nos exige imaginar creativamente y actualizar audazmente nuevas formas de relación.

Los paradigmas emergentes comprenden de otra manera a las personas y a las comunidades. La conciencia de la diversidad y la pluralidad que nos constituye, exige a la VR recrear los espacios formativos de manera que favorezcan la madurez y autonomía que requiere el reconocimiento y la aceptación de lo diferente. También es urgente que se faciliten herramientas que hagan posible el diálogo y los consensos necesarios para la mutua colaboración con los sujetos emergentes en los nuevos escenarios.

La conciencia de la igual dignidad humana que, desde la perspectiva de nuestra fe, está enraizada en la imagen y semejanza divina, no admite exclusiones ni discriminaciones de ninguna

índole. La diversidad cultural, racial, étnica, de género, religiosa, y, sobre todo, valoral que conforma a la humanidad, nos invita, en esta aldea global a soñar y actualizar nuevas formas de convivencia donde la diversidad no signifique amenaza, ni justifique jerarquías de poder de unas y unos sobre otros y otras sino que promueva el diálogo entre visiones culturales diferentes; en la celebración, la interrelación y el reavivamiento de la esperanza.

Esto nos exige superar las ideas y los comportamientos que suponen que las personas son superiores o inferiores en relación con su condición social, o por su raza o sexo. Así como imaginar formas creativas, vibrantes y acogedoras donde nos reconozcamos en la igual dignidad de las hijas e hijos de Dios.

Religiosas y religiosos de todas las generaciones, expresan su anhelo por comunidades adultas, incluyentes, humanas, en donde el encuentro que reconoce y respeta a la otra, al otro, en su diversidad, abre al asombro del misterio que le habita. Reconocerse en igual dignidad y adentrarse en la tarea de ir construyendo esa igualdad, son requisitos indispensables para una comunión posible.

Existen comunidades religiosas en donde persisten entre sus miembros relaciones de control, de dominio y sometimiento que niegan la igual dignidad originaria y obstaculizan la madurez. Los ambientes de deshumanización son palpables en esos espacios.

Así mismo existen muchas comunidades que han entrado en procesos de relaciones nuevas, de reciprocidad y mutualidad. Viven en un esfuerzo consciente y cotidiano de verse a sí mismas y a las otras personas con la dignidad que las constituye. Hay entre ellas escucha, diálogo y creación de consensos responsables que les permite asumir compromisos a favor de la vida. La CLAR, al celebrar el jubileo de su cincuentenario, nos

anima como VR Latinoamericana y Caribeña a entrar en esos procesos que recrean la vida.

Preguntas para reflexionar:

Observa con atención y escucha con el oído de tu corazón cómo son las relaciones intra comunitarias y con las personas con que se camina en el ministerio y responde:

- 1. ¿Qué aspectos me alegran y me dan vida? Señala algunos. ¿Qué formas me entristecen y me roban la esperanza? Menciona algunos.*
- 2. ¿En nuestra congregación nos animamos a construir formas nuevas de relaciones interpersonales y comunitarias? ¿Sí? ¿No? Señala algunas de las dificultades con que se han encontrado.*
- 3. ¿Qué herramientas hemos adquirido que facilitan el diálogo, la creación de consensos y nuevas formas de convivencia en nuestras comunidades y con quienes participamos del ministerio? ¿Sí? ¿No? ¿Con qué tipo de procesos nos hemos comprometido?*
- 4. ¿De qué manera hemos considerado y asumido el desafío de formarnos y formar en el reconocimiento y respeto a la pluralidad y la diversidad (cultural, étnica, racial, de género, religiosa, etc.)?*
- 5. ¿Cómo la diversidad y pluralidad emergentes, pueden ser insumos para una VR actual y alegre que recrea la vida?*

Cartilla 3:

La palabra de Dios

La Palabra de Dios es fuerza que crea y renueva: en el principio era la Palabra, y la Palabra era la Vida y en ella estaba la Vida y la Vida era la Luz que resplandece en medio de la oscuridad (cf. Jn 1, 1-5).

En la historia del Pueblo de Dios, la Palabra es la que da la luz para caminar en las nuevas circunstancias que se presentan:

- e En la salida de Egipto, la Palabra de Dios en los Diez Mandamientos, es la que orienta para vivir en libertad y fraternidad (cf. Ex 20, 1-21).*
- e Cuando la Monarquía se instala y lleva al pueblo a la dispersión en el Exilio, son los profetas y las profetisas quienes anuncian la Palabra divina que orienta y recrea al pueblo en la esperanza de la Vida Nueva (cf. Ez 37, 1-14).*
- e En el regreso del Exilio, es la Palabra del Siervo de Yavé la que mantiene viva la esperanza que ya no es vista sólo como la esperanza de un pueblo, sino también como luz para todas las naciones (cf. Is 49, 1-6).*
- e Aun en el regreso del Exilio, la Palabra de Dios que estaba enterrada, es traída a la luz e ilumina la vida del pueblo que está desterrado en su propia tierra (cf. 2 Re 22, 1-13).*

- e *Cuando la tierra de Israel es ocupada por imperios extranjeros, la Palabra renace en la sabiduría popular a través de Salmos, Cánticos, Proverbios y Novelas...*
- e *En una época de represión por parte del Imperio Romano, y en un momento en que las instituciones religiosas judías se apropiaron de la Palabra Liberadora, “el Verbo se hace carne y pone su tienda en medio de nosotros” (Jn 1, 14). Él es la Palabra que se hace proyecto del Reino de Dios (cf. Lc 4, 18-19), camino, verdad y vida (cf. Jn 14, 6).*
- e *Después de la muerte de Jesús en la cruz, la comunidad de los discípulos y discípulas comprende lo que Jesús quería de ellos y ellas, su nueva realidad y su misión, reinterpretando las Escrituras a partir de la experiencia, en la fuerza del Espíritu, de la presencia de Jesús resucitado en medio de ellos y ellas (cf. Hch 2, 14-47).*

La VR nace y se renueva dentro de la Iglesia, a partir de la profunda experiencia de la Palabra de Dios:

- e *La VR Monástica, en su deseo por continuar viviendo, dentro del nuevo contexto de cristiandad, la radicalidad del Evangelio, organiza su vida alrededor del trabajo y de la Lectura Orante de la Palabra de Dios (Ora et Labora).*
- e *En la Edad Media, momento de crisis social y eclesial, los movimientos mendicantes redescubren la Palabra de Dios, tanto para su vida personal, como para la predicación al pueblo. Para Francisco de Asís, “la vida y la regla de los hermanos es vivir el Evangelio de Nuestro Señor Jesucristo”.*
- e *En la irrupción de la Modernidad, surgen nuevas congregaciones de vida apostólica a partir del servicio a los nuevos pobres y del profundo discernimiento de la Palabra de Dios.*

El Vaticano II, al poner a la Iglesia en diálogo con el mundo moderno, afirma que el mismo Espíritu que compuso la Escritura, continúa hoy hablando en quien lee y relee la Escritura (cf. Dv 11).

Las Comunidades Eclesiales de Base encontraron en la Lectura y Celebración de la Palabra, la fuerza para animar a millares de laicos, laicas, religiosos, religiosas y sacerdotes, en la lucha por la justicia, la paz, la dignidad y la vida plena.

La VR, después del Vaticano II, inició un profundo, y aún inacabado, proceso de cambio para responder a los nuevos desafíos que se le presentan, en la Iglesia y en la Sociedad. La Palabra de Dios siempre fue, es y deberá ser la columna vertebral de la VR. En nuestro Continente, la CLAR siempre ha buscado impulsar la renovación de la VR a partir de la fuerza vigorosa de la Palabra de Dios.

Uno de los más fuertes impulsores de esta renovación fue la relectura de la Palabra de Dios a través, entre otros, del Proyecto Palabra – Vida y de la colección Tu Palabra es Vida que culminó con el volumen: La Biblia en la formación. Hoy, la CLAR retomó este proceso mediante la Lectura Orante del Nuevo Testamento.

Preguntas para reflexionar:

- 1. ¿Cuál es la presencia de la Palabra de Dios en el día a día de nuestras comunidades y cómo nos ayuda ella a discernir los signos de los tiempos?*
- 2. ¿Cómo nos ayuda la Palabra de Dios a crear y re-crear la VR y la vida del pueblo?*
- 3. ¿Cómo la Palabra de Dios cuestiona e ilumina nuestros procesos formativos?*

4. *¿Qué dificulta la lectura liberadora de la Palabra de Dios y qué podría proponer la CLAR, en su 50º aniversario, con miras a una mayor y mejor presencia de la Palabra de Dios en la VR de América Latina y el Caribe?*

Cartilla 4:

*Una vida religiosa místico-profética,
Profético-mística portadora de esperanza*

En el camino que viene recorriendo la CLAR desde Ypacaray, Asamblea del 2006, de una VR místico-profética al servicio de la vida, los religiosos y religiosas de América Latina y el Caribe hemos visto apremiante responder a este llamado de dar vida. Ese es el fruto de un amor que se encarna. Nuestra VR se hace vida al servicio del amor. Una vida a favor de la vida, una vida que de manera gratuita y agradecida da vida. Comprometernos radicalmente a favor de la vida es responder libre y generosamente desde el amor (cf. 1 Jn. 4, 16). Hacer posible la vida, favorecerla, defenderla, luchar por la vida es hacernos de este lado, del lado de Jesucristo. Dar vida y optar por ella ante estructuras de muerte supone inevitablemente entrar en conflicto, confrontarnos y enfrentarnos con entereza y decisión, aunque ello signifique arriesgar la propia vida.

La oferta de la vida va germinando desde la cercanía y ternura del acompañamiento al pueblo frágil y vulnerable, ante el

contraste de la lejanía y sometimiento aplastante de quienes buscan exprimirlo y explotarlo. He ahí el testimonio que hemos aprendido de nuestros mártires latinoamericanos, hombres y mujeres que dieron sus vidas a favor de la vida, el amor que da vida. Es ahí, en el amor hasta el extremo, donde se produce mucho fruto: “Si el grano de trigo, caído en la tierra, no muere, permanece él solo; en cambio, si muere, produce mucho fruto” (Jn. 12, 24).

Descubrir a Dios en la realidad y cotidianidad de la vida exige hondura espiritual. Hemos de poder contemplar el mundo y la historia desde los ojos de Dios. Ser místico-proféticos es ser sensibles al acontecer de Dios en la historia, poder mirar y escuchar aquello que pasa desapercibido para el mundo. Saber ver y saber oír la realidad desde Dios solo se logra desde un corazón místico-profético. Se escucha y se mira mejor con el corazón, es propio del místico y del profeta ejercitar el corazón, pues es desde el corazón donde conocemos a plenitud.

El místico-profeta logra contemplar el misterio desde la pequeñez, sencillez y sinceridad del corazón. Es desde un corazón dócil a la voluntad de Dios donde nuestro Dios, el Dios de Jesucristo, se manifiesta haciendo que la eternidad irrumpa en la vida cotidiana, en lo ordinario de cada jornada, que lo que se vive a diario transparente al Espíritu actuante en la historia, que sea lo verdaderamente humano, elocuencia de divinidad.

Es esa vida desde Dios la que nos lleva a encarnar la profecía. Leer la historia desde Dios nos hace incapaces de congeniar con la injusticia y opresión, aceptar la mentira y explotación o ponernos de parte del corrupto y acaparador. La sabiduría propia del profeta desenmascara la maldad, hace evidente las tretas del maligno y descubre toda doblez y falsedad. Propio del actuar del Espíritu de Dios en el profeta es luchar a favor de la justicia, yendo tras la búsqueda de la verdad, favoreciendo los

caminos de la paz. La acción profética a partir de Jesucristo es portadora de buena nueva, haciéndole bienaventuranza en el anuncio de la bondad y denunciando toda malaventuranza al señalar la maldad que la causa.

Nuestra VR se hace místico-profética hoy siendo verdaderamente crítica ante un mundo que se ha hecho insensible, hedonista, individualista y consumista. Somos místico-profetas al caminar y acompañar pacientemente a nuestro pueblo. Trabajando a favor de todo proceso liberador el profeta invierte su vida por el bienestar de la comunidad, apuesta por un mañana mejor, convencido de que un mundo nuevo es posible.

Somos llamados y llamadas a dar vida en el amor. Esto significa abajarnos y hacer nuestro el dolor y sufrimiento de tantos hermanos y hermanas nuestros, apaleados, despojados, empobrecidos y excluidos por este sinnúmero de causales producto de la injusticia y la desigualdad. Optar por los pobres significa hacer nuestras sus carencias, sus dolencias, sus infortunios, solidarizarnos, haciendo nuestras sus heridas. Sólo así podremos dar vida en el amor.

Estamos llamados a dar vida desde la esperanza. La esperanza de una espiritualidad místico-profética que nos hace creer en la capacidad de transformar el mundo por la acción del Espíritu. Espiritualidad de la misericordia al hacer realidad la práctica de la justicia. En trabajar asiduamente en la promesa cierta de la confianza en el cumplimiento de la venida de Dios en ayuda de nuestra debilidad, seguros que lo nuevo ha de nacer y otros abrirán nuevos senderos.

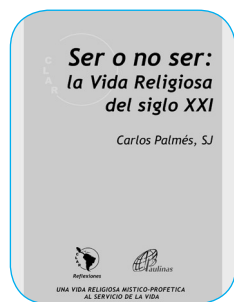
Una VR místico-profética en nuestra manera de actuar a favor de aquellos principios y valores fundamentales donde la vida es defendida, protegida y promocionada. Signos concretos de acogida y solidaridad e igualmente, gestos de ruptura y rechazo

ante todo aquello que atenta contra la vida. Una Vida Religiosa místico-profética que de manera firme y decidida deja oír su voz para anunciar la vida o denunciar todo lo que atente contra ella. Se ha de desenmascarar todo lo que se opone al proyecto salvífico de Dios: “Dar vida y vida en abundancia” (Jn. 10, 10).

Preguntas para la reflexión:

1. *¿Qué elementos me inspira el Evangelio de Jesucristo en orden a hacer de nuestra consagración una VR místico-profética?*
2. *Soñar en una VR místico-profética me llevaría a la realización del diseño de una vida cuyos tres elementos esenciales serían:*
3. *¿Cuáles serían los criterios y las consecuencias de una formación que opte por hacer de nuestros jóvenes religiosos y religiosas místico-profetas?*
4. *En orden a una acción real, que hiciera significativa mi Vida Consagrada, a nivel personal o comunitario, ¿qué realizaría o invitaría a realizar comunitariamente?*





Ser o no ser: la VR del siglo XXI

PALMÉS, Carlos S. J. CLAR y Paulinas, Bogotá, 2008, 222 páginas.

.....

Esta obra presenta la realidad actual de la Vida Religiosa (VR), escrita en un lenguaje profundo de fácil lectura y de una hondura significativa en cuanto a la reflexión teológica. Afronta la identidad de este estilo de vida ofreciendo elementos para vivir hoy con radicalidad y a plenitud las diferentes dimensiones de esta opción de vida en la actualidad desde América Latina y el Caribe.

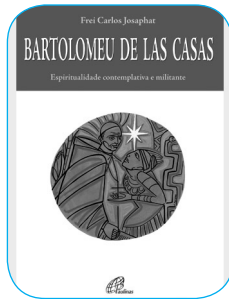
Su autor, el P. Palmés es un reconocido hombre de Dios, su vida ha estado invertida en la animación y el acompañamiento de religiosos y religiosas, esto hace que la

autoridad de esta obra, dada la documentación empleada, los ejemplos citados y la bibliografía utilizada, se respalde con el testimonio de una vida que se ha gastado en ser ella misma respuesta verdadera y fiel al servicio de la Vida Consagrada.

En once capítulos el autor presenta los ejes fundamentales de la VR: la centralidad en la persona de Jesucristo, la experiencia espiritual fundante de Dios, la vida comunitaria y la misión evangelizadora de un compromiso real con los pobres. La visión que se nos presenta está recogida por el acontecimiento del Congreso mundial de VR, realizado en Roma hacia finales del 2004, así como desde la V Conferencia del Episcopado latinoamericano y caribeño celebrada en Aparecida en mayo del 2007, hechos que han marcado la vida de la Iglesia y por supuesto la Vida Consagrada. Estos capítulos responden a los rasgos fundamentales que constituyen la identidad del religioso y la religiosa hoy, de ahí el énfasis puesto a lo largo de todo el escrito sobre el “ser o no ser”. La VR es una respuesta libre al amor misericordioso de Dios que ha de vivirse no en la mediocridad, ambigüedad y doblez de vida, sino en la radicalidad del amor que se realiza.

Considero que esta obra es un aporte importante de singular valor en este tiempo posconciliar donde hemos sido testigos de cambios acelerados, ensayos en nuestra forma de ser y de actuar, búsquedas sinceras de transformación y adaptación a los desafíos y retos que el mundo nos hace; la VR ha sabido responder, no sin crisis y problemas, pérdidas de vocaciones y movimientos de involución. El proceso de fidelidad y creatividad desde la refundación de nuestras órdenes, congregaciones e institutos ha abierto nuevos horizontes, nuevas perspectivas. Se ha querido dar nuevas respuestas a las nuevas situaciones desde la novedad del Evangelio, el único Amor que integra todos los otros amores.

(Reseñado por: Víctor M. Martínez Morales, SJ - ETAP)



Bartolomeu de las Casas: espiritualidade contemplativa e militante

JOSAPHAT, Frei Carlos, Bartolomeu de las Casas: espiritualidade contemplativa e militante. Paulinas, São Paulo, 2008. 248 páginas.
.....

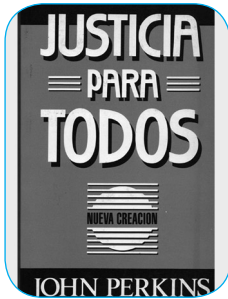
Esta obra de frei Carlos Josaphat, teólogo dominicano, jornalista, escritor e professor, põe em relevo um aspecto da vida do grande missionário frei Bartolomeu de Las Casas que, muitas vezes, passa despercebido: sua espiritualidade. Sem essa vertente de sua vida é impossível compreender seu intenso trabalho missionário, sua firme defesa dos índios e sua teologia. Esses relevantes aspectos ocultaram a dimensão da sua espiritualidade, fonte primeira de sua militância e subjacente em seus escritos e compromissos.

Com linguagem simples e estilo atraente, Frei Carlos destaca o sentido e o alcance da espiritualidade de frei Bartolomeu de Las Casas e a expõe com profundidade e clareza, utilizando frequentemente seus escritos, lidos no seu devido contexto. Mostra um místico voltado para o céu, mas igualmente atento às realidades e às belezas da terra, que se indignava com a destruição, a devastação e a miséria dos povos nativos.

É uma obra madura, resultado de muitos anos de estudo que lhe permitem ver com nitidez, a atualidade e a relevância desta figura singular. Além disso, este livro constitui uma excelente introdução à

vasta obra lascasiana. As qualidades do autor, Frei Carlos, conduzem o leitor ao essencial do testemunho e da obra desde grande missionário que foi Las Casas.

(Resenhado por: Vera Ivanise Bombonato, FSP - ETAP)



Justicia para todos

PERKINS, M. JOHN, Justicia para todos (versión original: With Justice for All), Trad. De Lilian D. Rogers, Ed. En castellano, Nueva Creación, Buenos Aires, 1988, 224 páginas.
.....

Una de las decisiones que se han adoptado por todos al final del inolvidable Seminario sobre la Vida Religiosa Afroamericana, organizado por la CLAR del 27 al 29 de junio de 2008, en São Paulo, fue “promover encuentros de la Vida Religiosa Afro” para incentivar la afirmación de la identidad, la lucha en pro de la justicia y la solidaridad. En el contexto actual, creo que en los encuentros afros, es importante retomar el aspecto de la justicia al servicio de la vida. Para ello, sugiero a los líderes afro la lectura de un libro interesante que revela la estrecha relación que hay entre el amor a Dios y el amor al prójimo, entre la fe y las buenas obras, entre la justificación en Cristo y la justicia social. Se trata de, Justicia para todos, escrito por John Perkins, versión en castellano de la editorial “Nueva Creación”, Buenos aires, 1988. El título original es: “With Justice for All”, editado por “Regal book” en 1982.

John M. Perkins, el profeta negro de Mendenhall, Misisipi, Estados Unidos, es señal del despertar de la conciencia social que se ha estado experimentando alrededor del mundo en estas últimas décadas. Su obra “Justicia para todos” tiene un valor testimonial. Nos permite entrar en el interior del autor y presenciar sus luchas y sufrimientos,

su dolor al constatar el acomodamiento de los cristianos al racismo y a los valores culturales prevalentes en la sociedad. La preocupación de Perkins, sin embargo, va más allá de lo puramente testimonial. Esta obra tiene, además, un valor profético: es un llamado a renunciar a su comodidad y escuchar el gemido de los pobres; a dejar de espiritualizar el evangelio y ponerse al servicio del reino de Dios y su justicia. Su mensaje es igualmente pertinente a la situación latinoamericana, donde la pobreza, la injusticia y la opresión son moneda corriente.

Así pues, esta obra es una invitación a unirse para proclamar y vivir el evangelio de un modo que lleve la Buena Noticia a los pobres y la libertad a los oprimidos. Es un llamado a blancos y negros, y a todos los grupos étnicos a reconciliarse los unos con los otros, a trabajar juntos para hacer de nuestro mundo todo lo que Dios quiere que sea. Allí se propone una estrategia para el cambio, que se resume en tres principios: 1) La Reubicación, para servir de manera efectiva a los pobres, es decir, integrarnos a la comunidad necesitada. 2) La Reconciliación que atraviesa barreras raciales, culturales y económicas. 3) La Redistribución que es el compartir con aquéllos que sufren necesidad y asumir su propia responsabilidad frente a sus necesidades.

“Justicia para todos” no es un libro solamente para entretenerse, es más para responder a un elocuente llamado a la conciencia cristiana y a vivir el evangelio mediante la práctica de la justicia.

(Reseñado por: Jean-Hérick Jasmin, OMI - ETAP)

SEDE CLAR

Confederación Latinoamericana de Religiosos y Religiosas - CLAR

Calle 64 No. 10 - 45 Piso 5 - Apartado Aéreo 56804 - Bogotá, D.C. Colombia

Tels: 310 0481 - 310 0392 - Fax: 217 5774

Secretaría General: clar@clar.org

Secretaría Adjunta: clarbde@clar.org

Revista: revistaclar@clar.org

<http://www.clar.org>

CONFERENCIAS

ANTILLAS - CRA: confrant@yahoo.com

ARGENTINA - CONFAR: confar@confar.org.ar

BOLIVIA - CBR: cbr@entelnet.bo

BRASIL - CRB: crb@crbnacional.org.br

COLOMBIA - CRC: crc@crc.org.co

COSTA RICA - CONFRECOR: confrecor@racsa.co.cr

CUBA - CONCUR: concurc@concur.co.cu

CHILE - CONFERRE: sedecentral@conferre.cl

ECUADOR - CER: cer@vidacer.org

EL SALVADOR - CONFRES: confres_sv@yahoo.com

GUATEMALA - CONFREGUA: confreg@intelnet.net.gt

HAITÍ - CHR: chr05_2009@yahoo.fr

HONDURAS - CONFEREH: confereh@cablecolor.hn

MÉXICO - CIRM: secretariagr@circm.org.mx

NICARAGUA - CONFER: confer@ibw.com.ni

PANAMÁ - FEPAR: feparpanama@yahoo.com

PARAGUAY - CONFERPAR: confer@rieder.net.py

PERÚ - CRP: confer@speedy.com.pe

PUERTO RICO - COR: cordepr2@yahoo.es

REP. DOMINICANA - CONDOR: condor3@verizon.net.do

URUGUAY - CONFRU: confru@adinet.com.uy

VENEZUELA - CONVER: conversec@cantv.net



**FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
Y DEL CARIBE DE INSTITUCIONES
DE BIOÉTICA**

VII CONGRESO LATINOAMERICANO

Y DEL CARIBE DE BIOÉTICA

“BIOÉTICA, SALUD

Y

SUS RELACIONES CON LA INDUSTRIA”

22-23-24 de Junio de 2009

MENDOZA, Argentina.

Organizan:

- FELAIBE
- MAESTRÍA EN BIOÉTICA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO F. C. M.
- MAESTRÍA DE BIOÉTICA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA
- MAESTRÍA DE BIOÉTICA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
- MINISTERIO DE SALUD MENDOZA. HOSPITAL H. NOTTI

Más Información en: <http://www.felaibe.com.ar>