



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

LA ÉTICA DE LA SALUD A LA LUZ DEL CATECISMO

AQUILINO POLAINO-LORENTE

Introducción

Es una opinión muy extendida que la salud constituye uno de los bienes más apreciados y convenientes para el hombre. «Salud, dinero y amor» — se afirmaba en una antigua canción popular española—, constituyen las tres cosas más importantes que hay en la vida humana. Es cierto que esta convicción continúa estando muy arraigada en el hombre de nuestro tiempo, acaso hoy más fuertemente que en el pasado. Pero, en cambio, es más que discutible situar el dinero al mismo nivel que la salud. Aunque no entraré en esa discusión —no es pertinente para lo que aquí interesa—, admitimos el carácter prioritario de la salud sobre el dinero en el orden de prelación establecido por la canción aludida (¿de qué sirve el dinero si no se tiene salud para disfrutarlo?).

Otra cosa muy distinta acontece respecto del amor, que, como valor, ocupa una posición mucho más relevante que el dinero, y no considero que pueda ni deba relegarse a un tercer puesto. ¿Para qué sirve la salud si no se tiene la dicha de amar? ¿Es que le basta al hombre con sólo estar sano?

La vida humana, qué duda cabe, es uno de los valores principales, por cuanto que está en el origen y fundamento de todos los demás. Ahora bien, el valor de la vida humana está muy vinculado a algo que le es connatural: la salud. Esto no significa que aquélla esté subordinada a ésta; que la vida del hombre valga sólo en la medida en que es una vida sana, saludable. Pero es preciso reconocer que en el valor que se atribuye a la vida humana late, implícita y subrepticamente, la suposición de la buena salud, una nota irrenunciable que, como algo que es natural, debiera inevitablemente acompañarle.

Hay muchos indicadores a los que puede apelarse como hechos sociológicos tozudos de lo que acaba de mencionarse. El aumento de las expectativas de vida o el énfasis que hoy se pone en la «calidad de vida» constitu-

yen rasgos muy precisos de la estimación que en la actualidad se hace de la salud. Otro indicador no menos importante está representado por los gastos dedicados por los gobiernos a la lucha contra la enfermedad o a la prevención de ella, entendida ésta en su más amplio sentido. Un monto económico éste que constituye una de las partidas presupuestarias más importantes, acercándose en los países desarrollados al 12 ó 15 por ciento del producto nacional bruto.

Esta importante y necesaria empresa de promoción de la salud —que como actividad preventiva es más barata y fructífera que el mero tratamiento de las enfermedades— no puede hoy llevarse a cabo de espaldas al comportamiento del hombre. En efecto, las diez causas principales de muerte en el mundo contemporáneo (enfermedad cardíaca, neoplasias malignas, ataques cardíacos, accidentes en general y accidentes de tráfico, gripe y neumonía, diabetes, cirrosis hepática, arteriosclerosis y suicidio¹) dependen en buena parte de ciertos factores de riesgo que cada persona puede modular en función de cuál sea su comportamiento, su estilo de vida (dieta alimentaria, consumo de alcohol y tabaco, ejercicio físico, horas de sueño, conducir con prudencia, control del estrés, etc).² Esto significa que la salud es una variable dependiente del modo en que el hombre se comporta. Y que, por consiguiente, si queremos mantener y/o mejorar la salud, habrá que empezar por la mejora del comportamiento personal, para lo cual resulta imprescindible la ética y la educación del hombre respecto del cuidado de su salud.

Nada de particular tiene que la educación para la salud constituya hoy una profesión en alza, como lo demuestra el hecho de que más de 35.000 profesionales se dedican actualmente a ella en EE UU (*The American Public Health Association*), aplicando numerosos programas preventivos. Desde 1921, en que se impartió el primer programa en el Instituto Tecnológico de Massachusetts, el número y la diversidad de estos programas no ha hecho sino crecer y con ellos los modelos de salud que están en su base (salutogénico, interaccionista, actitudinal, ambientalista, causal, atribucional, axiológico, cibernético, conviccional, de controlabilidad, ecléctico, inferencial, etc.).

Obviamente, el coste de estos programas debe estar compensado por su eficacia. Por eso es imprescindible el análisis del coste/eficacia y del coste/beneficio en cada uno de ellos. Pero no todo se reduce al estudio de estos indicadores económicos, por valiosas que sean sus aportaciones. Es preciso también —y así ha sido reconocido— apelar a la ética. Para la mayoría de los expertos en estos programas y modelos, la *ética de la salud* constituye una disciplina inexcusable, por cuanto que, de una parte, el comportamiento sa-

¹ Matarazzo, J.D., *Behavioral Health*, John Wiley and Sons, Nueva York 1984.

² Polaino-Lorente, A., *Educación para la salud*, Herder, Barcelona 1987.

ludable está referido y como modalizado por la ética y, de otra, esos mismos programas que se aplican necesitan de una guía ética que les oriente para alcanzar la meta que se proponen conseguir.

Esto quiere decir que la salud no es algo que hoy se considere independiente de la ética de la salud; que la ética debe penetrar y vigorizar las conductas saludables y salutogénicas; que la salud y la ética marchan juntas y, aunque distinguibles, no debieran disociarse en la vida de las personas. Tanto la educación para la salud como la ética de la salud tienen también una relevante dimensión sociocultural. La vigencia de muchos de los usos y comportamientos sociales, de los que depende la mayor o menor salud de los ciudadanos, empapa toda nuestra cultura, una cultura que no es de salud sino de muerte, como ha reiterado una y otra vez Juan Pablo II.

Ciertamente, la salud es uno de los valores más importantes, por cuanto hace referencia a la cantidad/calidad de vida y a todo cuanto puede ser precisado como consecuencias de aquellas. El despliegue y avance tecnológicos acaecidos en el ámbito de las ciencias biomédicas ha contribuido de forma decisiva a la sobrestimación que de la salud hoy hacemos. Pero, aun con ser necesarios aquéllos, no basta con aumentar la cantidad de vida humana. Es preciso mejorar su calidad —lo que también nos remite al tema de la ética de la salud—, de manera que el valor de la vida del hombre resulte optimizado y no sólo se aumenten años a su vida, sino también vida a sus años.

La salud es, desde luego, un bien y, sin discusión alguna, uno de los mayores bienes posibles; pero no es en sí misma un bien absoluto. La salud es un bien parcial y relativo para un bien absoluto, *un bien para el Bien*. El bien en que consiste la salud va más lejos de sí mismo; es únicamente un bien que nos ha sido dado para alcanzar, a través de él, el Bien absoluto. Algo análogo sucede respecto de la enfermedad. La enfermedad no es un mal absoluto, sino un mal relativo del que la persona puede obtener muchos bienes.

En consecuencia, el bien en que consiste la salud no se repliega naturalmente en sí mismo, no es hermético, no es un bien cerrado sino abierto. La salud vale tanto como el encaminamiento a lo que ella no es y, no obstante, debe ser y, con el concurso de la ética, puede llegar a ser. Así pues, la salud es condición necesaria pero no suficiente de las mil posibilidades que subyacen en el despliegue biográfico de cada persona. La salud es, cuando menos, una mera condición de posibilidad de la mayor parte de esos desarrollos y crecimientos personales que, de acuerdo con el ejercicio de su libertad, el hombre ha de poner en marcha para realizarse como persona. De aquí la obligación de no maltratarla, de respetarla en lo que vale, de cuidar de ella, deberes todos ellos sobre los que, ciertamente, ha de pronunciarse la ética.

En esta colaboración se pasará revista a la doctrina expuesta en el Catecismo de la Iglesia Católica (CEC, en lo sucesivo; cuando se le cite expresa-

mente, se emplearán estas siglas seguidas de un número que remite al párrafo que se cita), en lo que respecta a la salud, al comportamiento saludable y al cuidado que de aquélla cada persona debe tener.

Se trata, pues, de estudiar cómo la persona —sea creyente o no— se siente interpelada por lo que en relación con este punto —la salud y su cuidado— se sostiene en el CEC, al mismo tiempo que se compara lo en él afirmado con lo aconsejado por los expertos, de manera que dilucidemos más fácilmente en qué medida hay entre ellos coincidencias, discrepancias, contradicciones o similitudes. Dicho en otras palabras: se trata de estudiar si la doctrina propuesta por el CEC sobre la ética de la salud contribuye a optimizar o no —tras la apelación a la conciencia de lo que el hombre es— la eficacia de esos programas, de forma que, mediante ellos, el hombre contemporáneo conquiste la felicidad a que está destinado.

El bien de la salud y del comportamiento saludable

Hemos visto cómo la salud es hoy función del comportamiento y algo dependiente de él. Por eso no resulta extraño que, entre los expertos, se hable de salud conductual (*behavior health*) y de medicina comportamental (*behavior medicine*), «un nuevo campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales para la prevención de las enfermedades y disfunciones y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y de las actividades sociales.»³ La salud, tal y como hoy se entiende, o es salud comportamental o no es nada; del mismo modo que, en otro tiempo, la enfermedad o era lesión orgánica o no era nada. Si antes se definió la enfermedad en función de la patología, ahora la salud se define en función de la conducta. Se asume, en cierto modo, que aunque la conducta no sea la razón última capaz de explicar la salud, sin duda alguna es la penúltima y a ella forzosamente hay que apelar. No podía ser de otro modo una vez que, como se ha demostrado, los hábitos personales y el peculiar estilo de vida —los hábitos comportamentales— constituyen el principal sustrato en el que hunden sus raíces la mayoría de los factores de riesgo que, de prolongarse, acaban por hacer aparecer las principales enfermedades responsables en la actualidad de la muerte de las personas.

De aquí que la prevención de la salud o su promoción se entiendan ahora de un nuevo modo, consistente, principalmente, en el apresamiento, identificación y cambio de los comportamientos que incrementan la frecuencia

³ Matarazzo, J.D., «Behavioral health challenge to academic, scientific and professional psychology», *American Psychology*, 1980, 35, 807-817.

e intensidad de esos factores de riesgo y, a través de ellos, de la aparición de enfermedades mortales. La mayoría de los expertos están de acuerdo en sostener que hoy los agentes nocivos (factores patógenos) no son del todo ajenos al hombre, sino que residen en el hombre mismo, en su conducta, en su comportamiento más o menos patógeno (*behavioral pathogens*). En última instancia, en la actualidad se hace responsable a la conducta y al personal estilo de vida por el que se opta de la mayor o menor salud física y mental de la población, así como de sus disfunciones.

Ahora bien, la conducta depende de los valores, donde anidan las actitudes, que son a su vez las que, en verdad, condicionan los comportamientos saludables o no. De aquí que la formación en los valores constituya uno de los temas prioritarios de la acción de los gobiernos para la optimización de la salud. De hecho, muchos modelos acerca de la salud se atienen a este principio. De los numerosos modelos hoy disponibles sobre la salud, el modelo *salutogénico*,⁴ el *conviccional* (*health belief model*),⁵ el *axiológico*⁶ y el fundamentado en el *estilo de vida*⁷ son los que tienen una mayor credibilidad entre los expertos, justamente los tres modelos que se nos ofrecen también como más intensamente implicados en la ética de la salud expuesta en el CEC.

Todo esto dice relación a las creencias, a las convicciones y a las conductas. Las creencias y las conductas deberían estar mejor articuladas. Esto es lo que Antonovski conoce con el término de *sense of coherence* (sentido de coherencia). El riguroso camino emprendido por los expertos en salud nos conduce a aquello que, precisamente, constituye el núcleo temático, el entramado sustantivo sobre el que directamente incide lo que se sostiene en el CEC, cuando se ocupa del deber de cuidar de la salud o, si se prefiere, de la ética del comportamiento saludable.

En realidad, la salud constituye uno de los valores fundamentales en el ordenamiento jerárquico y axiológico de la mayoría de las personas, poco importa cuál sea su nivel cultural. «Salud» y «bien» son términos convertibles y hasta sustituibles en el uso coloquial del lenguaje, cuando tratamos de la estimación subjetiva del estado de salud personal. Como escribe De Miguel,⁸ «una primera representación social del término salud enfatiza un aspecto que (...) suele llevar implícito una valoración positiva. En otras

⁴ Antonovski, A., *The sense of coherence as a determinant of health*, Ben Gurion University of the Negev, Beer-Sheva (Israel), 1984.

⁵ Cfr. Brown, N. J., Muhlenkamp, A. F., Fox, L. M. y Osborn, M., «The relationship among health beliefs, health values and health promotion activity», *Western Journal Nursing Research*, 1985, 5, pp. 155-163.

⁶ Simonds, J., «Making health education work», *AJPH*, 1976.

⁷ Green, L.M. y Lewis, F.M., *Issues in relating evaluation to theory policy and practice in continuing education and health education*, Mobius, 1981, 2, pp. 46-47.

⁸ De Miguel, A., *La sociedad española, 1993-1994*. Alianza, Madrid 1994.

palabras, para expresar que se tiene *buena salud*, coloquialmente se dice que se tiene *salud*, como si ésta fuera siempre buena» (el subrayado es nuestro).

La salud física, como la vida, aparecen en el CEC como «bienes preciosos» de los que el hombre ha de cuidar «racionalmente». Obsérvese la total coincidencia entre los expertos en el ámbito de la salud y la perspectiva que se contempla en el CEC.

Esta racionalidad en el cuidado de ese bien que es la salud se matiza y especifica un poco más en el CEC, al precisar como un deber el ocuparnos de ella, «teniendo en cuenta las necesidades de los demás y el bien común» (CEC, 2288). Por consiguiente, el CEC sitúa en su justo lugar el cuidado de este bien, al invocar dos principios que modulan el alcance y desarrollo de ese cuidado: (a) las necesidades de los demás y (b) el bien común (cfr., a este respecto, la colaboración de Forment en esta misma publicación).

Con esto se sale al paso de ciertos enfoques individualistas, que en tanto que hacen inviable el cuidado y desarrollo de la salud en su dimensión personal y social —como han puesto de manifiesto la mayoría de los expertos en estas disciplinas—, resultan contradictorios. Al hacer inviable el bien de la salud comportamental esos enfoques resultan atentatorios contra el enunciado mismo del deber de cuidar de la propia salud. Por consiguiente, el lector del CEC es interpelado a cuidar de su salud física y psíquica, también por razones superiores —el bien común— que trascienden a las que sólo desde la limitada y recortada individualidad cabría invocar.

También en este punto hay acuerdo entre los expertos y la doctrina manifestada en el CEC, acuerdo que resulta mejor y más explícitamente formulado en el CEC cuando se afirma que: «el *cuidado de la salud* de los ciudadanos requiere la ayuda de la sociedad para lograr las condiciones de existencia que permiten crecer y llegar a la madurez» (CEC, 2288).

Repárese en que aquí se nos insta al *cuidado*, es decir, a una cierta ocupación y pre-ocupación (*Sorge*) por nuestra salud, más que por nuestro bienestar. El preocuparnos de nuestra salud, como se observará más adelante, es un derecho y un deber; el preocuparnos sólo del bienestar, no. La salud dice relación al ser; el bienestar al placer. Y eso a pesar de la ambigüedad que comportan algunas de las definiciones emitidas acerca de la salud, en las que sólo el bienestar constituye, al parecer, el principal rasgo sustantivo. El CEC matizará y corregirá esta aserción, al afirmar en el epígrafe siguiente que «la moral exige el respeto de la vida corporal, pero *no hace de ella un valor absoluto*» (CEC, 2289; el subrayado es nuestro).

Algunos, para persuadirnos de que la vida corporal tiene un valor absoluto, tratan de hacernos creer que cada persona es dueña absoluta de su destino y que nos lo apropiaremos o no, en función de que contremos o no nuestras conductas y nos expongamos o nos resistamos a las influencias del ambiente en que estamos inmersos. Este planteamiento —por irreal, en modo alguno válido— parece chocar con otras dificultades, cuya presenta-

ción suele escamotearse. Me refiero, por ejemplo, a ciertos deseos, cuya satisfacción necesariamente exige la puesta en marcha de ciertas conductas, antes detestadas.

Los expertos en salud acaso nos enseñen a comportarnos más higiénicamente, de manera que vivamos más años; a conocer mejor los factores de riesgo que nos hacen más vulnerables frente a ciertas enfermedades, de manera que podamos evitarlas; y tal vez hasta consigan modificar incluso nuestras atribuciones —y las convicciones personales que sobre ellas descansan—, de manera que aumentemos el control sobre nuestro comportamiento. Pero ciertos expertos omiten en sus planteamientos algunas consideraciones que son del todo irrenunciables.

Así, por ejemplo, en algunos modelos, la cantidad de vida (la duración de la vida) es considerada como algo absolutamente más importante que la calidad de vida; en otros, en cambio, sucede al revés: la calidad de vida (la vida placentera) es considerada como lo absolutamente válido, tanto que si ésta no se satisface aquélla no valdría la pena de ser vivida. Esta última orientación, es decir, la que sostiene que la duración de la vida está en función de sólo las satisfacciones placenteras que a través de ella se logren, resulta inadmisibles por hedonista. Para los primeros, la vida es considerada más bien como un fin que como un medio; para los segundos, la vida es un mero medio subordinado a un concreto y muy determinado fin: la satisfacción placentera. Casi nada se afirma en este debate entre cantidad y calidad de vida respecto del cumplimiento de otros propósitos, obligaciones y responsabilidades con las que toda persona se encuentra y que, en algún modo, constituyen el sentido de su existencia.

Ciertos expertos parten de estos supuestos —que son los que dicen avalar y fundamentar su modelo—, cuya verdad o falsedad, por otra parte, no pueden verificar ni refutar desde las ciencias que cultivan, por no ser éste su objeto y, en consecuencia, trascenderlo. Esos supuestos, presentados como indiscutibles y absolutos en ciertos planteamientos, son en realidad muy relativos, encarnando *valores* frente a los cuales cada hombre, libremente, ha de optar.

El encubrimiento, probablemente no intencionado, de los valores que están en la base de las conductas aconsejadas como más convenientes podría limitar en cada hombre sus posibilidades de elección, lo que supondría una renuncia —que puede llegar a ser importante— de su libertad personal.

El experto en las ciencias para la salud satisfaría mejor las *exigencias del comportamiento ético* si manifestase al educando esos presupuestos y el hecho de que aún no están probados, además de enseñar a su cliente las estrategias necesarias para cambiar su conducta respecto de la salud, en función de los valores que libre y personalmente ha elegido. El experto no puede ignorar ni escamotear en la práctica las variadas opciones que se presentan a cada persona respecto de su salud individual.

Supongamos que para una persona la vida sólo tiene un valor de medio y no de fin. Supongamos que opta por la persecución del éxito como fin al que debe ordenarse el medio que es su vida. Una persona así, que opte por el éxito como valor absoluto, difícilmente admitirá la posibilidad de un estilo de vida cuyo propósito consista en alcanzar la longevidad. Esa persona «no quiere morirse de vieja», sino que todo el mundo reconozca su valía personal, poco importa el precio que por ello tenga que pagar. En una persona como la que se acaba de describir, la implantación de comportamientos tendentes a mantener y mejorar la salud puede llegar a ser mucho más difícil.

El experto debe saber que con su intervención contribuye a cambiar la voluntad de su cliente, aunque para ello no disponga —tampoco se lo ha planteado— de su *explícito consentimiento*. De aquí que su labor sea tan frecuentemente persuasiva, velada y hasta, en cierto modo, manipuladora.

En este punto el experto hace también atribuciones, puesto que no ha podido ni puede demostrar que la longevidad sea siempre el supremo valor al que el hombre debe someter su vida con tal de alcanzarlo. El valor indemostrado de la longevidad es muy discutible, sobre todo si nos atenemos al trato y atención que en nuestra sociedad se da a las personas de la tercera edad.

¿Vale la pena dejar de fumar, dormir cada día ocho horas, hacer *footing* y *jogging* todos los días y dejar de beber, para más tarde, al jubilarse a los 60 años, ser considerado un estorbo por sus familiares y ocupar una cama en un asilo durante los veinte últimos años de su vida? ¿Vale la pena trabajar menos, descuidar la educación de los hijos y el cumplimiento de los deberes profesionales y cívicos, con tal de no estresarse para así vivir más años?

No es que se plantee la salud comportamental como algo excesivamente enfrentado al placer comportamental. No es así, entre otras cosas porque fumar, beber, etc., tampoco son *placeres absolutos* ni constituyen para todas las personas la anhelada e indiscutible meta por la que puján sus deseos placenteros. Por otra parte, gozar de buena salud —aunque los que gozan de ella apenas si son conscientes de este gozo mientras aquélla dura— también puede considerarse como un placer. Por consiguiente, discrepo del artificial y forzado enfrentamiento a que Burt⁹ somete la salud comportamental y el placer comportamental. No obstante, entre ambos puede producirse un cierto conflicto y, como tal, generalizarse luego entre muchos ciudadanos. Pero la presentación como conflicto no se debe tanto a que estén muy bien tipificados qué son y qué no son el placer y la salud comportamentales, sino más bien entre los *valores* disponibles en un determinado contexto cultural por los que el hombre se decide.

Por otra parte, continuamos ignorando si la salud es un estado de bienestar, una particular actitud frente a la vida, el modo de enriquecer la cali-

⁹ Burt, J.J., *Metahealth: a challenge for the future*, University of Maryland, 1984.

dad de nuestra vida o el modo de alargar su duración (cantidad). ¿Puede programarse y enseñarse la salud comportamental cuando no estamos plenamente de acuerdo en qué entendemos por salud? ¿Puede promocionarse la salud comportamental, sin resolverse previamente los supuestos de los que se parte?

En este punto Burt tiene toda la razón. Cuestiones como éstas han de presentarse no exentas de crítica, sobre todo respecto del futuro éxito de la salud comportamental. De aquí la importancia que en la actualidad tiene el estudio de estas cuestiones éticas reunidas bajo el concepto de *metasalud*.

El problema desborda el ámbito comportamental, dado que su naturaleza es ética y exige otro modo de afrontamiento, ya que no puede ser resuelto desde sólo las ciencias de la salud. De aquí también la necesidad de tratar de esclarecer la ética de la salud apelando a la luz del CEC, tanto más cuanto que, como estamos observando, su fundamento y alcance vienen a satisfacer los requerimientos que hacen los expertos a estas ciencias y que ellas, por rebasarles y trascenderles, no están capacitadas para contestar y resolver.

El bien de la salud, tal y como aquí se ha expuesto, con ser muy actual, no es de hoy sino de siempre. Conquistar una mayor cuota de salud personal puede exigir un cierto esfuerzo, pero comporta también mucho más que eso. Es probable que a fuerza de insistir en ese componente voluntarista (fundamentado en apenas el esfuerzo), nos hayamos olvidado de otros elementos que son básicos y primeros en esa tarea de optar por un comportamiento más saludable. Disponer de una mejor salud —a través de determinados hábitos de comportamiento— constituye algo en sí mismo agradable, hermoso y justo, es decir, en un cierto bien —que, por otra parte, coincide con la vida virtuosa—, sin el que resulta imposible la conquista de la felicidad. En este contexto resulta necesario volver a los clásicos, quienes ya se plantearon este problema, y nada mejor en esta ocasión que hacerlo de la mano de Aristóteles.

«Toda arte y toda investigación, y del mismo modo toda acción y elección, parecen tender a algún bien; por esto se ha dicho con razón que el bien es aquello a que todas las cosas tienden» (1094a). Con estas palabras comienza Aristóteles su *Ética a Nicómaco*.¹⁰ Un poco más adelante añade que «como el bien se dice de tantos modos como el ser (...), es claro que no habrá ninguna noción común universal y una» (1096a). «Volvamos de nuevo al bien que buscamos para preguntarnos qué es. Porque parece que es distinto en cada actividad y en cada arte (...) ¿No es aquello en vista de lo cual se hacen las demás cosas? (...) [El bien] en toda acción y decisión es el fin, pues todos hacen las demás cosas en vistas de él. De modo que si hay algún fin de todos los actos, éste será el bien realizable (...) Puesto que parece que los

¹⁰ Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid 1985.

finés son varios y algunos de éstos los elegimos por otros (...), es evidente que no todos son perfectos, pero lo mejor parece ser algo perfecto; de suerte que si sólo hay un bien perfecto, ése será el que buscamos, y si hay varios, el más perfecto de ellos. Llamamos más perfecto al que se persigue por sí mismo que al que se busca por otra cosa (...), y en general consideramos perfecto lo que se elige siempre por sí mismo y nunca por otra cosa» (1097a). «Tal parece ser eminentemente la felicidad, pues la elegimos siempre por ella misma y nunca por otra cosa (...) Parece, pues que la felicidad es algo perfecto y suficiente, ya que es el fin de los actos» (1097b).

Hasta aquí el concepto de felicidad, que en Aristóteles aparece vinculado a los conceptos de bien y de fin. Puede ser conveniente que, en esta perspectiva, nos planteemos el tema de la salud. Aristóteles pone al comienzo de su *Ética a Eudemo* la siguiente inscripción del templo de Leto en Delos: «Lo más hermoso es lo más justo; lo mejor, la buena salud; lo más agradable, alcanzar lo que se ama.» Según esto, la buena salud sería lo mejor, pero algo que es diverso de lo más justo y de lo que se ama.

Sin embargo, no es éste el pensamiento aristotélico. «El hombre feliz — añade — vive bien y obra bien, pues se dice que viene a ser una buena vida y buena conducta. Es claro, además, que lo que hemos dicho incluye todos los requisitos de la felicidad (...) Nuestro razonamiento está de acuerdo con los que dicen que la felicidad consiste en la virtud o en una cierta virtud» (1098b). «Los placeres de la mayoría de los hombres están en pugna porque no lo son por naturaleza, mientras que para los inclinados a las cosas nobles son agradables las cosas que son por naturaleza agradables. Tales son las acciones de acuerdo con la virtud, de suerte que son agradables para ellos y por sí mismas. La vida de éstos, por consiguiente, no necesita en modo alguno del placer como de una especie de añadidura, sino que tiene el placer en sí misma (...) Si esto es así, las acciones de acuerdo con la virtud serán por sí mismas agradables. Y también buenas y hermosas, y ambas cosas en sumo grado, si es que juzga rectamente acerca de estas cosas el hombre bueno; y juzga como ya hemos dicho. Por tanto, lo mejor, lo más hermoso y lo más agradable es la felicidad y estas cosas no están separadas como en la inscripción de Delos» (1099a).

Según esto, la salud es un bien, el fin que persiguen nuestras acciones y actividades, sólo que en aquella precisa medida en que la salud y la virtud que nos hacen felices resultan coincidentes. Únicamente cuando eso ocurre, entonces la salud es al mismo tiempo lo más agradable, lo más hermoso y lo más justo.

El derecho-deber de cuidar de la salud

Como acabamos de observar, el cuidado de la salud no es sólo un derecho, sino también un deber. Para el análisis de esta cuestión tomemos tres ejemplos, hoy lamentablemente clamorosos: el consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Pero precisemos antes lo que sobre este particular se nos dice en el CEC: «La virtud de la templanza conduce a *evitar toda clase de excesos*, el abuso de la comida, del alcohol, del tabaco y de las medicinas» (CEC, 2290).

En España el *hábito de beber* está más arraigado en el varón que en la mujer, aunque las diferencias entre ellos se reducen considerablemente según nos acercamos a los más jóvenes. En cualquier caso, los datos disponibles son un tanto paradójicos. Según datos de 1992, mientras sólo un 8 por ciento confiesa que «bebe más de la cuenta», un 70 por ciento admite conocer a alguien en esa misma situación.¹¹

El *hábito de fumar* se está convirtiendo en una costumbre con tendencia a la baja y, por tanto, en recesión. «Nuestros datos de la encuesta de 1992 permiten distinguir muy bien a los *fumadores* (42 por ciento del total) de los *ex-fumadores* (24 por ciento) y de los que *nunca han fumado* (33 por ciento). El consumo de tabaco es un uso social que retrocede. La proporción de ex-fumadores no hace más que aumentar desde 1987 a 1992, tanto para varones como para mujeres. El movimiento se produce en todos los grupos de edad, si bien se hace más notorio en la edad talluda (50-64 años). En cambio, la proporción de fumadores regulares se eleva un poco durante los años juveniles hasta alcanzar el máximo del 54 por ciento hacia los 35 años (...) La combinación de *nivel de estudios* y de *posición religiosa* es la que mejor explica la actitud favorable a la prohibición. *Cuando más bajo* es el grado educativo y más intensa la práctica religiosa, más dispuesto se está a aceptar la prohibición. Los extremos son ahora: un 86 por ciento de los católicos practicantes con estudios por debajo de Bachillerato frente al 54 por ciento de los arreligiosos con estudios más allá del Bachillerato. La irresistible tendencia hacia la prohibición del tabaco y del alcohol contradice el rasgo más general de las sociedades postindustriales o postmodernas que acentúan el *hedonismo*, la *autonomía personal*, la *permissividad*. La paradoja se explica porque, por encima de esta característica placentera, está la preocupación por la salud, por el cuidado y hasta la *adoración por el cuerpo*, que se convierte en una verdadera obsesión colectiva».¹²

Observemos ahora qué sucede respecto del consumo y abuso de drogas. Pero antes, recordemos lo que puede leerse en el CEC: «El *uso de la droga* inflige muy graves daños a la salud y a la vida humana. Fuera de los casos

¹¹ De Miguel, A., *La sociedad española, 1993-1994*. Alianza, Madrid 1994.

¹² *Op. cit.*, el subrayado es nuestro.

en que se recurre a ello por prescripciones estrictamente terapéuticas, es una falta grave» (CEC, 2291). «La producción clandestina y el tráfico de drogas son prácticas escandalosas; constituyen una cooperación directa, porque incitan a ellas, a prácticas gravemente contrarias a la ley moral» (CEC, 2291).

Consideremos ahora los datos sociológicos disponibles. Poco más de la mitad de la población entrevistada, entre 18 y 65 años, dicen conocer personalmente a algún drogadicto. Este resultado se eleva en los varones fumadores (69 por ciento) y en los varones pertenecientes a la clase baja (64 por ciento), menores de 45 años. Los varones fuman «porros» con mayor frecuencia que las mujeres. Las tres cuartas partes de los varones que fuman tabaco señalan que han probado alguna vez un «porro»; casi una tercera parte de los fumadores siguen con la afición del «porro» de forma habitual. Entre los jóvenes, el 65 por ciento de los varones y el 45 por ciento de las mujeres lo han probado alguna vez, fumándolo de forma habitual el 22 por ciento y el 12 por ciento, respectivamente.

A igualdad de grado educativo, los jóvenes se familiarizan más con el «porro» cuanto más se alejan de la práctica religiosa. Una vez más se destruye la hipotética uniformidad de la «cultura juvenil». El «porro» es algo cotidiano para los jóvenes arreligiosos (siete de cada diez lo han probado y una tercera parte lo fuma habitualmente) y constituye una rareza para los jóvenes que se consideran católicos practicantes (no llegan a una tercera parte los que lo han probado y casi ninguno lo fuma habitualmente). Por lo que respecta a la cultura de la droga, las simpatías políticas o la identificación religiosa siguen jugando un gran papel entre los jóvenes. La adopción de una ideología de izquierdas, reforzada todavía más por la secularización religiosa, son los dos factores fundamentales que hacen ingresar a los jóvenes en la cultura de la droga.¹³

Los anteriores resultados son coincidentes con los datos empíricos obtenidos en otras fuentes. Sintetizo a continuación algunos datos relativos al tráfico de drogas, según la última Memoria de la Fiscalía General del Estado.¹⁴ El número total de personas detenidas por esta causa se elevó a 27.713, de las que 3.243 eran extranjeras. El mayor número de las personas detenidas se agrupa en Andalucía (7.746), seguido de Cataluña (4.165) y la Comunidad Valenciana (3.319). España ocupa el primer lugar del ranking de los países europeos en lo relativo a las aprehensiones de cocaína (4.454 kilogramos) y hachís (121.439 kilogramos) y el quinto lugar en lo que se refiere a la heroína (672 kilogramos). La cantidad aprehendida en España de hachís fue casi el doble de la incautada en los Países Bajos, que ocupan la segunda posición. Las muertes producidas por sobredosis y adulteración de las sustancias se elevaron ese año a 816 personas, 609 de las cuales me-

¹³ *Op. cit.*, el subrayado es nuestro.

¹⁴ Fiscalía General del Estado, *Memoria*, Madrid 1993.

nores de 30 años de edad. El número de procedimientos judiciales incoados por este motivo se elevó a 45.842, estando a la cabeza Madrid —casi el doble que las otras ciudades que le preceden—, seguido de Barcelona y Sevilla.

De los datos anteriores se puede concluir que el hecho de creer o no, en absoluto es indiferente a la frecuencia de estos comportamientos. De aquí la necesidad de formar mejor las conciencias de los jóvenes. En este punto valdría la pena recomendar, a la luz de lo que se afirma en el CEC, que los pastores deberían insistir un poco más en estos temas a través de los medios de formación que imparten.

Llegados a este punto, parece conveniente hacer notar la total coincidencia existente entre lo recomendado por los expertos en salud (criterios científicos) y lo establecido por el CEC (criterios morales). Lo mismo puede inferirse del estudio atento de los datos empíricos y sociológicos de que en la actualidad disponemos. Por eso, cuanto mayor sea la vinculación con las creencias católicas —el compromiso entre las convicciones y los comportamientos—, más eficaz será la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Esto significa que ciencia y fe coinciden una vez más o, por expresarlo de otra forma, que las actitudes de los católicos se identifican con las actitudes aconsejadas por los expertos y científicos.

La salud: entre lo privado y lo público

Tal y como las recientes investigaciones vienen sosteniendo, la salud depende, en buena parte, de la responsabilidad personal. Por poner un ejemplo: el estilo de vida personal y la conducta individual son, probablemente, los principales factores que intervienen actualmente en siete de las diez principales causas de muerte.¹⁵

Sin embargo, al mismo tiempo que se subraya la responsabilidad personal, cada vez se exigen mayores responsabilidades al Estado (y no sólo en lo que atañe a la legislación, presupuestos de la Seguridad Social, campañas preventivas, etc.) respecto de la salud o/y bienestar social de sus ciudadanos.

¿A quién compete la responsabilidad de nuestra propia salud? En mi opinión, hoy se ha roto en muchos ciudadanos la natural vinculación que hay entre el comportamiento personal y sus obligaciones respecto de las necesidades de los demás y del bien común.

Parece cierta la opinión muy extendida según la cual cada uno piensa que su salud es suya (por lo que puede hacer lo que le venga en gana o incluso abusar de ella), mientras que sus enfermedades (y, especialmente, el

¹⁵ Califano, J.H., *Healthy people: the surgeon's general report on health promotion and disease prevention*, U.S. Government Printing Office (Stoke, nº 017-001-00416-2), Washington, D. C., 1979.

tratamiento de éstas) no les pertenece, sino que dependen de la sociedad, que forzosamente ha de cargar con ellas, hasta restaurar y devolverle la salud perdida, para que tal vez, al día siguiente, comience otra vez a malgastarla.

Las recientes conclusiones científicas contribuyen a fundamentar la anterior afirmación. En efecto, a cada persona, en algún modo, le pertenece su propia salud. Sin embargo, no está claro que las consecuencias de un comportamiento insano pertenezcan más a la sociedad que a la persona en que acontecen. Hoy se habla mucho, acaso en exceso, del derecho a la salud (está incluido entre los derechos humanos), pero en cambio *se silencia el deber de estar sano*. Y es éste un deber que cada persona tiene, además de para consigo mismo, para con la sociedad.

No es menos cierto que algunas medidas gubernamentales pueden favorecer la salud de los ciudadanos. Un ejemplo de lo que acabo de decir lo pone de manifiesto el descenso en 30 millones de fumadores en los EE UU, entre 1965 y 1979. Este descenso se operó gracias al diseño realizado en 1968 por la intervención gubernamental, a través de programas en que se empleaban premios y compensaciones. Pero a la vez que esto sucedía, durante ese mismo periodo, aumentaba el consumo de tabaco en un 50 por ciento de los adolescentes.¹⁶ Este hecho prueba que las medidas gubernamentales pueden ser mucho más eficaces de lo que en principio cabría esperar respecto de la promoción de la salud. Pero sería desproporcionado e injusto, además de utópico, sostener que la mayor o menor salud de los ciudadanos depende únicamente del Estado. Quienes pensaran de este modo se situarían en la total irresponsabilidad, pues reconocerían depender en algo tan personal, como es la salud, del Estado del bienestar (*Welfare State*).

Es cierto que el estilo de vida personal pertenece a la conducta privada, pero aun cuando aquélla lo sea, sus consecuencias (la enfermedad, por ejemplo) no son exclusivamente privadas. La salud ocupa así un lugar intermedio entre la responsabilidad individual y social, entre el derecho y el deber a estar sanos, entre la conducta pública y la privada y, en última instancia, depende de los comportamientos en los que los principios éticos tienen mucho que decir.

Tanto la persona como la sociedad están comprometidos en la salud personal y colectiva. La persona es responsable de la salud a través de sus hábitos de comportamiento, de su estilo de vida, etc.; la sociedad, en cambio, a través de las medidas legales, económicas, asistenciales, preventivas, etc., que promocionan una determinada actitud frente al comportamiento sano individual y colectivo. La ética necesariamente ha de estar presente en los dos ámbitos, fundamentándolos, animándolos y regulándolos.

¹⁶ Remington, R.D., «Smoking U.S. data base and trends», *Atherosclerosis Reviews*, 7, 1980, 285-296.

La persona a través de su conducta —todo lo privada que se quiera— manifiesta públicamente cuáles son sus actitudes frente a la salud, influyendo de este modo en el comportamiento de otras personas que son así arrastradas hacia determinados estilos de vida. Los gobiernos, por su parte, a través de las medidas legales, etc., promocionan o restringen determinados modos de comportamiento, que muy probablemente han de incidir sobre la conducta privada de cada persona. El individuo, por su parte, disminuye su productividad cuando enferma (lo que, en alguna forma, es también un bien público), a la vez que incrementa el coste de la lucha contra la enfermedad (que generalmente sostiene la comunidad y administra o gerencia el Estado).

Por todo ello, tanto los gobiernos como las personas están igualmente comprometidos en la promoción de la salud personal y pública. Cualquier programa preventivo que tenga la pretensión de ser eficaz ha de dirigirse principalmente a la persona y también, aunque sea secundariamente, a la sociedad. La ética debe contribuir a iluminar ambos sectores.

Hasta hace unos años, la prevención de la salud era una tarea impuesta, forzosa y no siempre elegida por la persona, que de este modo se sentía dócil y puerilmente arrastrada a su cumplimiento (me refiero, por ejemplo, a las campañas de vacunación). Hoy, en cambio, la inmunización activa que se demanda frente a determinadas enfermedades (por ejemplo, respecto de las diez principales causas de muerte) exige del individuo un comportamiento activo, libre, responsable y, en cierto modo, creativo: un modo muy personal de ajustar su estilo de vida y sus hábitos de comportamiento a lo que, tal vez por un determinado planteamiento ético, sabe que conviene a su salud personal.

En este punto es total la coincidencia entre la educación cívica —a través de la educación y promoción de la salud recomendadas por los expertos— y la formación moral. ¿No será que, aun admitiendo dos órdenes muy diversos —el cívico y el moral—, ambos están coimplicados y son interdependientes? ¿Es que acaso no compete también a la moral la educación cívica de los creyentes, por estarle esta última subordinada?

Ética de la salud y derecho a la vida

La ética de la salud estudia también el comportamiento humano, pero no sólo para que éste sea más físicamente saludable, sino para darle a la persona unas normas prácticas que le sirvan de guía, de manera que haga las cosas bien.

De aquí que importe mucho cuál sea el valor que le damos no a la «vida» en general, sino a la vida propia, a la vida humana de cada persona. El valor que le demos dependerá de la valoración ética que hagamos de su fin y de

todas las cuestiones que tienen relación con ella. Y esto es exactamente lo que las ciencias de la salud están incapacitadas para hacer, a pesar de su autonomía.

Si el valor de la vida humana se hace depender de la voluntad de la mayoría de los hombres de un determinado periodo histórico, nadie tendría derecho a vivir sin el permiso de la mayoría que, a causa de ello, podría privar de la vida a cualquier hombre en cualquier instante. Si, por el contrario, consideramos que la vida humana es un valor sagrado, sólo subordinado a Dios y superior a cualquier otro (CEC, 2258), entonces proclamaremos consecuentemente que es ilícita cualquier acción que cause la muerte a alguien. He aquí la contraposición ética entre estas dos posiciones radicales respecto del valor de la vida humana.

La doctrina social de la Iglesia en este punto es particularmente explícita y exigente: «El derecho inalienable de todo individuo humano inocente a la vida constituye un *elemento constitutivo de la sociedad civil y de su legislación*» (CEC, 2273).

«Los derechos inalienables de la persona deben ser reconocidos y respetados por parte de la sociedad civil y de la autoridad política. Estos derechos del hombre no están subordinados ni a los individuos ni a los padres, y tampoco son una concesión de la sociedad o del Estado: pertenecen a la naturaleza humana y son inherentes a la persona en virtud del acto creador que la ha originado. Entre esos derechos fundamentales es preciso recordar, a este propósito, el derecho de todo ser humano a la vida y a la integridad física desde la concepción hasta la muerte» (CEC, 2273).

«Cuando una ley positiva priva a una categoría de seres humanos de la protección que el ordenamiento civil les debe, el Estado niega la igualdad de todos ante la ley. Cuando el Estado no pone su poder al servicio de los derechos de todo ciudadano, y particularmente de quien es más débil, se quebrantan los fundamentos mismos del Estado de derecho... El respeto y la protección que se han de garantizar, desde su misma concepción, a quien debe nacer, exige que la ley prevea sanciones penales apropiadas para toda deliberada violación de sus derechos» (CEC, 2273).

Nada de particular tiene que algunos filósofos se hayan hecho eco de estas recomendaciones y las hayan hecho propias sistematizándolas en algunos exigentes presupuestos. Este es el caso, por ejemplo, de Mahillo.¹⁷ Sintetizo a continuación los principios que el citado autor hace derivar del valor sagrado de la vida humana:

(1) «Lo más valioso que tenemos cada uno de nosotros es nuestra propia vida;

(2) todos los derechos humanos se fundamentan en uno: el derecho a la

¹⁷ Mahillo, J., *Ética y vida. Introducción a la ética y problemas bioéticos*, Eiuinsa, Barcelona 1991.

propia vida (...) todo hombre, por el hecho de serlo, es sujeto de determinados derechos inalienables y hemos de concluir que la vida es el primero de ellos y que a nadie se le puede arrebatar, desde el primer instante en que tenga vida humana hasta el último suspiro antes de morir y perderla;

(3) aunque los hombres nacemos unos de otros y vivimos en mutua dependencia, nadie es dueño de la vida de nadie (...), nadie se ha dado la vida a sí mismo, sino que se le ha dado sin pedirle su opinión, aunque de un modo gratuito...; y

(4) el valor de la vida humana no depende de su belleza, su fortaleza, su astucia o su mayor o menor utilidad para la sociedad.»

La vida es un don que se nos ha confiado y que, por tanto, no nos pertenece a nosotros, sino a quien nos la confió. La vida no es el bien supremo, sino que se ordena y remite a su causa que es también su último fin. Por eso el hombre puede encontrarse con ocasiones en que la mejor opción es sacrificarla al servicio de su fin último. Quienes priorizan la vida y su cuidado por encima y más allá de cualquier otro valor le hacen un flaco servicio, porque de esta manera jamás llegarán a comprender cuál es su auténtico valor. Sobreestimar la vida significa, a la postre, infraestimarla. ¿Para qué sirve una vida si ni siquiera alcanzamos a entender cuál es su auténtico valor?

El CEC sostiene que «la vida humana es sagrada, porque desde su inicio es fruto de la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Sólo Dios es Señor de la vida desde su *comienzo* hasta su *término*» (CEC, 2258), y señala la antigüedad de esta prohibición de quitar la vida —el aborto, desde el siglo I—, así como de respetarla, fundamentándola en el Antiguo y Nuevo Testamento (CEC, 2260-2262). «La ley que lo proscribe posee una validez universal: obliga a todos y cada uno, siempre y en todas partes» (CEC, 2261).

Y es que nadie tiene en sí la razón de su origen ni tampoco la de su término. De aquí también que nadie pueda suprimirla ni al *comienzo* (aborto, infanticidio, reproducción artificial), ni a su *término* (homicidio, suicidio, eutanasia).

A continuación, el CEC pasa revista a otras posibilidades atentatorias contra la vida como el *homicidio voluntario* (2268-2269), el *aborto* (2270-2275), la *eutanasia* (2276-2279) y el *suicidio* (2280-2283).¹⁸ En las líneas que siguen expondré, en apretada síntesis —para no alargarme aquí innecesariamente—, la doctrina manifestada en el CEC sobre las anteriores cuestiones, así como algunas sugerencias bibliográficas que dejan patente la total coincidencia entre aquélla y lo que, desde la perspectiva de la bioética, sostienen en la actualidad los especialistas.

Sintetizo a continuación lo afirmado por el CEC, en lo que respecta al

¹⁸ Para la fundamentación de todo esto véase la colaboración de M. Santos, en esta publicación.

suicidio: «Cada uno es responsable de su vida delante de Dios que se la ha dado (...) Somos administradores y no propietarios de la vida que Dios nos ha confiado. No disponemos de ella» (2280). «El suicidio contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida. Es gravemente contrario al justo amor de sí mismo. Ofende también al amor del prójimo porque rompe injustamente los lazos de solidaridad con las sociedades familiar, nacional y humana con las cuales estamos obligados. El suicidio es contrario al amor de Dios vivo» (2281). «La cooperación voluntaria al suicidio es contraria a la ley moral. Trastornos psíquicos graves (...) pueden disminuir la responsabilidad del suicida» (2282). «No se debe desesperar de la salvación eterna de aquellas personas que se han dado muerte (...) La Iglesia ora por las personas que han atentado contra su vida» (2283).¹⁹

Lo mismo acontece respecto de la *eutanasia*.²⁰ El CEC dedica al tratamiento de esta cuestión cuatro epígrafes (2276-2279). Recordemos aquí, muy sucintamente, lo que a este respecto el CEC sostiene: «Aquellos cuya vida se encuentra disminuida o debilitada tienen derecho a un respeto especial. Las personas enfermas o disminuidas deben ser atendidas para que lleven una vida tan normal como sea posible» (2276). «Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa (...) es moralmente inaceptable. Por tanto, una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio (...), que se ha de rechazar y excluir siempre» (2277).

«La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima (...); es rechazar el encarnizamiento terapéutico. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente» (2278). «Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos (...) no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme (...). Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados» (2279).

Sin duda, la cuestión sobre la que el CEC más se extiende en relación con el respeto a la vida humana es el *aborto* (2270-2275). Es lógico que sea así, dado lo frecuentes que son en la actualidad los comportamientos abortivos. Sintetizo a continuación lo afirmado por el CEC, en lo que respecta al aborto: «La vida humana debe ser respetada y protegida de manera absoluta desde el momento de la concepción. Desde el primer momento de su exis-

¹⁹ Para una profundización en este tema véase Polaino-Lorente (1984, pp. 439-457).

²⁰ Cfr. Ciccione, 1984, pp. 423-438

tencia, el ser humano debe ver reconocidos sus derechos de persona, entre los cuales está el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida» (2270).

«El aborto directo, es decir, querido como un fin o como un medio, es gravemente contrario a la ley moral» (2271). «La cooperación formal a un aborto constituye una falta grave. La Iglesia sanciona con pena canónica de excomunión este delito contra la vida humana» (2272).

«Puesto que debe ser tratado como una persona desde la concepción, el embrión deberá ser defendido en su integridad, cuidado y atendido médicamente en la medida de lo posible, como todo otro ser humano. El *diagnóstico prenatal* es moralmente lícito si respeta la vida e integridad del embrión y del feto humano, y se orienta hacia su protección o hacia su curación... Pero se opondrá gravemente a la ley moral cuando contempla la posibilidad, en dependencia de sus resultados, de provocar un aborto» (2274).

«Es inmoral producir embriones humanos destinados a ser explotados como 'material biológico' disponible. Algunos intentos de intervenir en el patrimonio cromosómico y genético no son terapéuticos, sino que miran a la producción de seres humanos seleccionados en cuanto al sexo u otras cualidades prefijadas. Estas manipulaciones son contrarias a la dignidad personal del ser humano, a su integridad y a su identidad» (2275).²¹

Algo parecido se sostiene en el CEC en lo que respecta a la *reproducción artificial*, cuyo resumen se transcribe a continuación: «Las investigaciones que intentan reducir la esterilidad humana deben alentarse, a condición de que se pongan al servicio de la persona humana, de sus derechos inalienables, de su bien verdadero e integral, según el plan y la voluntad de Dios» (2375). «Las técnicas que provocan una disociación de la paternidad por intervención de una persona extraña a los cónyuges (donación de esperma o de óvulos, préstamo del útero) son gravemente deshonestas. Estas técnicas (inseminación y fecundación artificiales heterólogas) lesionan el derecho del niño a nacer de un padre y una madre conocidos de él y ligados entre sí por el matrimonio» (2376). «Practicadas dentro de la pareja, estas técnicas (inseminación y fecundación artificiales homólogas) son quizá menos perjudiciales, pero no dejan de ser moralmente reprobables. Disocian el acto sexual del acto procreador. El acto fundador de la existencia del hijo ya no es un acto por el que dos personas se dan una a otra, sino que confía la vida y la identidad del embrión al poder de los médicos y de los biólogos, e instaura un dominio de la técnica sobre el origen y el destino de la persona humana. Una tal relación de domino es en sí contraria a la dignidad e igualdad que debe ser común a padres e hijos» (2377).

²¹A este respecto, el lector puede consultar lo expuesto por Lejeune, uno de los especialistas en estas cuestiones de mayor prestigio internacional. Lejeune, J., «Una reflexión ética sobre la Medicina Prenatal», en Polaino-Lorente, A., *Manual de Bioética General*, Rialp, Madrid 1994, 2.^a ed., pp. 262-270.

«El hijo no es un *derecho* sino un *don*. El don más excelente del matrimonio es una persona humana. El hijo no puede ser considerado como un objeto de propiedad (...), sólo el hijo posee verdaderos derechos: el de ser fruto del acto específico del amor conyugal de sus padres» (2378). «La esterilidad física no es un mal absoluto. Los esposos que, tras haber agotado los recursos legítimos de la medicina, sufren por la esterilidad (...), pueden manifestar su generosidad adoptando niños abandonados o realizando servicios abnegados en beneficio del prójimo» (2379).²²

Un caso especial, muy matizado en el texto, al que se dedica cinco párrafos (2263-2267), es el de *la legítima defensa*. Hay, pues, el deber no sólo de cuidar de la propia vida, sino de defenderla ante un posible agresor.

Ética de la salud y educación

La educación para la salud puede entenderse como una combinación de métodos de aprendizaje cuya finalidad es facilitar la adopción voluntaria del comportamiento que conduce a la salud. En la anterior definición debe destacarse el término «adopción voluntaria».

Quiere esto decir que la educación para la salud comporta una dimensión ética ineludible; que aunque sea un bien en sí misma, sin embargo, debe contarse con la libre voluntad del educando. Es cierto que la libertad de la voluntad será tanto mayor cuanto mejor informada esté. Sabemos que la ignorancia esclaviza al hombre. Si conociésemos algunas de las consecuencias de nuestros actos, bastantes de ellos tal vez no llegarían a producirse. Se es tanto más libre —se goza de mayor libertad— no sólo cuanto mayor y más exacta sea la información recibida, con ser ésta muy importante, sino también cuanto más profunda sea la formación desde la cual podemos valorar objetivamente esa información.

Hasta cierto punto, la información constituye la base de la prevención. Si ignoramos los efectos que siguen a nuestros hábitos comportamentales, ¿cómo podemos decidirnos libremente a optar por éstos o aquéllos? ¿Hasta qué punto somos libres de esas decisiones? ¿Cómo podremos prevenirnos contra los efectos indeseables que se derivan de tales elecciones, si desconocemos por completo la naturaleza de lo que elegimos?

La influencia de los *mass-media* en este punto resulta incuestionable, tanto más cuanto que el resultado de esas campañas preventivas se alcanza en gran parte, precisamente, a través de su colaboración. Si estos medios se entregan, sin ningún espíritu crítico, al modelo de salud que quiere promover un gobierno concreto, mientras se silencia el descuido voluntario de

²² El lector interesado en ampliar sus conocimientos sobre estas cuestiones puede consultar *Manual de Bioética General*, Polaino-Lorente, A., o.c.

informaciones relativas a otras diferentes áreas de salud, habrá que concluir que su contribución atañe más a la manipulación que a la promoción de la salud humana.

En los recientes *spots* publicitarios de la televisión española en torno a la promoción de la contracepción se cumple satisfactoriamente lo que acabo de afirmar. Esa campaña ha sido promocionada por el Ministerio de Salud y Consumo, probablemente porque la contracepción constituye un dudoso objetivo prioritario para el actual ministerio en lo relativo a la promoción de la salud. Una vez que se ha optado por ese objetivo, al ciudadano no le queda otra alternativa —al no haber mediado ninguna consulta previa— que contribuir obligatoriamente a esa promoción de la salud a través de los impuestos, aunque esté en contra de esa opción por sentirse persuadido de que su alcance y eficacia sean más bien contraproducentes, dada nuestra actual baja tasa de natalidad.

¿Qué sucederá si, como consecuencia de esta campaña informativa, en el próximo quinquenio aumenta el número de embarazadas adolescentes? De darse esta posibilidad, es muy probable que algunas de ellas apelen e invoquen algún artículo de la ley del aborto para interrumpir voluntariamente su gestación. Lógicamente, esa intervención supone un riesgo y cuesta un dinero. De confirmarse esto, dicha campaña no habrá promocionado la salud, sino que habrá aumentado el riesgo de enfermedad, además de haber contribuido a aumentar el número de abortos. Los gastos de todo esto, no obstante, los seguirán pagando los contribuyentes, con cuyos fondos se subvencionó la aludida campaña.

El culto al cuerpo

En el último decenio, siguiendo a De Miguel,²³ puede afirmarse que los gastos por persona que más se han incrementado en España son los relativos a la vida de relación y al cuidado del cuerpo: bares, restaurantes y hoteles (109 por ciento), compra de vehículos (72 por ciento), cuidado personal (68 por ciento), libros y prensa (68 por ciento), servicios sanitarios (67 por ciento) y bebidas no alcohólicas (41 por ciento).

Es conveniente evitar una excesiva preocupación por la salud y *el culto al cuerpo*. Tan malo es no cuidar en absoluto de aquélla como cultivar demasiado a éste. El hombre de hoy ha focalizado su atención obsesivamente en su cuerpo, lo que simultáneamente pone de manifiesto un exagerado curvamiento sobre sí mismo. Un hermetismo éste que, sin duda alguna, le distancia de los valores trascendentes y le separa de los demás. Y es que, como escribe Lipovetsky,²⁴ «si el talante de nuestra época es la apoteosis

²³ *Op. cit.*

²⁴ Lipovetsky, G., *La era del vacío*, Anagrama, Barcelona 1986.

del círculo privado, es lógico que se conceda preeminencia al cuidado del cuerpo, la preocupación narcisista por excelencia, la manifestación más clara del hedonismo.»

De este error, por exceso, se ocupa también el CEC: «La moral exige el respeto de la vida corporal, pero no hace de ella un valor absoluto. Se opone a una concepción neopagana que tiende a promover el culto del cuerpo, a sacrificar todo a él, a idolatrar la perfección física y el éxito deportivo. Semejante concepción, por la selección que opera entre los fuertes y los débiles, puede conducir a la perversión de las relaciones humanas» (CEC, 2289).

En sentido contrario, *el error por defecto*, también es patente en la actual sociedad. Hay demasiados abusos infantiles, como aislamiento y soledad en la tercera edad. El uso de la violencia y de la tortura, y el terrorismo no le van a la zaga. Otros, en cambio, se someten a costosas operaciones para parecer más jóvenes o menos obesos. Algunos se entregan incluso al cambio quirúrgico de sexo, con tal de experimentar nuevas emociones o esperar encontrar, erróneamente, una solución a su confusa identidad de género. En todos ellos, el cuerpo es maltratado, como si se tratara de un ámbito de la geografía personal ajeno al propio yo.

Este modo de comportarse —que tanto recuerda a las actitudes maniqueas— ha sido también descalificado por el CEC: «Los secuestros y el tomar rehenes hacen que impere el terror y, mediante la amenaza, ejercen intolerables presiones sobre las víctimas. Son moralmente ilegítimos. El terrorismo que amenaza, hiere y mata sin discriminación es gravemente contrario a la justicia y a la caridad. La tortura, que usa de violencia física o moral, para arrancar confesiones, para castigar a los culpables, intimidar a los que se oponen, satisfacer el odio, es contraria al respeto de la persona y de la dignidad humana. Exceptuados los casos de prescripciones médicas de orden estrictamente terapéutico, las amputaciones, mutilaciones o esterilizaciones directamente voluntarias de personas inocentes son contrarias a la ley moral» (CEC, 2297).

Entre uno y otro extremos se encuentra el término medio. El cuerpo media toda relación entre el yo y el mundo. Gracias a él y a su través la persona se hace presente al mundo. Por medio del cuerpo es también como el mundo se nos hace presente, interpelándonos y haciendo posible ese encuentro dialógico con él.

De aquí que el descanso forme parte de ese necesario cuidado psíquico y físico. Pero el descanso es un medio —que se ordena y legitima en tanto que a través de él se restauran las fuerzas—, y no un fin en sí mismo. Santa Teresa entiende muy bien lo que es el cansancio, cuando escribe: «aun en lo bueno hemos menester tasa y medida, para no dar con nuestra salud en el suelo, de manera que no lo podamos gozar.»

Lo lógico es que el descanso excesivo canse y cause ese atontamiento del

espíritu que asfixia y embrida al hombre haciéndole incapaz de cualquier iniciativa. Tampoco este problema es ajeno a la reflexión ética.

En efecto, para que el descanso sea merecido, San Ambrosio²⁵ recomendaba «que no se busque en acciones torpes o nocivas, que no se ahogue completamente la compostura del alma y la armonía de las ocupaciones propias y de las buenas obras y, por último, que sea *tempore et homine dignus*».

El descanso no se identifica con el vacío, sino con la serenidad, con el cambio de actividad, con ese encuentro con el silencio, la naturaleza y las personas, de las que habitualmente estamos o nos sentimos alejados. Descansar es poner fin a la tensión rutinaria y al esfuerzo para abrirse paso por entre las diversas ocupaciones innovadoras que rejuveneciendo nuestro espíritu nos destensan y trocan la última debilidad en nueva fortaleza. El cansancio no es una humillación, sino algo que nos acerca al conocimiento personal de que nuestro cuerpo pone límites a nuestra actividad, que no podemos trabajar sin interrupción.

«La cuerda —escribe San Gregorio Nacianceno²⁶—, en efecto, no puede soportar una tensión ininterrumpida, y las extremidades del arco necesitan un poco de relajación, si se quiere poder tensar el arco de nuevo sin que se haya hecho inútil para el arquero y que esté fuera de uso en el momento en que se le necesita.»

Dimensión donal de la vida y la salud en la doctrina social de la Iglesia

Ninguna persona se ha dado el ser a sí misma; ninguna persona ha sido consultado acerca de su forma de ser, el lugar de nacimiento, la familia, la época histórica en que le ha tocado vivir, etc. Y, sin embargo, la mayoría considera la vida y la salud, que suele acompañar a ésta, como un bien que personalmente le pertenece.

Nadie tiene en sí la razón de su origen y mucho menos la de su término. La vida es esa trayectoria biográfica que une el origen con el término, una travesía que puede interrumpirse en cualquier instante no previsible.

Por eso mismo, sólo nos la apropiamos de una forma un tanto genitiva, mediata, y al compás de nuestras pisadas y acciones. Nos apropiamos la vida cuando la gastamos al hacernos, yendo tras del fin y el sentido que como valor nos hemos propuesto alcanzar.

Aunque también colaboren los padres, Dios es el autor principal del acto fundante de nuestra existencia. Dios crea el alma. Por eso, no se le puede hurtar a Dios esa autoría fundacional suprimiendo una vida, puesto que simultáneamente que se la suprime, frustraríamos su voluntad fundadora.

²⁵ San Ambrosio., *De officiis*.

²⁶ Nacianceno, G., *Discurso 26. Sobre sí mismo*.

No es que Dios cree al hombre y luego le ame, sino que porque le ama, le crea. Dios conoce y quiere a cada persona por sí misma, antes incluso de haberla formado. Suprimir una vida humana es suprimir la voluntad divina, atentar contra el querer de Dios en este mundo, aplastar su amor incondicionado por esa persona. No se olvide que cada persona es un signo emblemático de la presencia del querer de Dios en el mundo. Y como toda persona es irrepitable, única e insustituible, al atentar contra ella se frustra el *amor Dei*, incurriendo quien así actúa en el mayor de los atentados posibles.

Pero no cesa ahí su intervención. Dios nos mantiene en el ser a lo largo de toda nuestra existencia. Atentar contra la vida de la persona —poco importa cuáles sean sus circunstancias de edad, sexo, raza, enfermedad, déficit, etc.— es frustrar la acción de Dios que mantiene al hombre en la existencia. Atentar contra la vida de la persona supone anular esa relación —esa religación— a la que todo hombre está vocado de por vida.

Si cada persona es imagen y semejanza de Dios y no hay dos personas iguales, atentar contra la vida de otro constituye el mayor empobrecimiento del mundo: un auténtico desastre que, sin eufemismos de ninguna clase, debiera ser considerado como el más radical de los desequilibrios ecológicos.

En primer lugar, porque en la historia del mundo y en contra de lo que pudiera parecer, lo nuevo no es el progreso, ni el avance tecnológico. Todo avance —tenemos experiencia de ello— supone algo meramente acumulativo, una etapa apenas en el proceso de desarrollo y superación que, forzosamente, habrá de continuar. Lo descubierto hoy deviene obsoleto mañana, aunque, eso sí, haciendo posible el avance que tal vez emergerá el día siguiente.

Por eso, a pesar de sus grandezas y miserias, todo avance se configura como algo relativo, mediatizado, transitivo y, por tanto, percedero. Por contra, el hombre, cualquier hombre, por ser único e irrepitable, constituye el *novum* por excelencia en la historia de la humanidad: alguien que no puede ser sustituido, ni abarcable, ni siquiera cognoscible por sí mismo. Y en tanto que el hombre es «un solucionador de problemas» —como sostiene Polo²⁷—, cada hombre irrumpe en la historia de la humanidad, con todo derecho, como lo único y auténticamente nuevo, tanto en sí mismo como por lo que puede aportar a la entera sociedad como solucionador de problemas.

En segundo lugar, porque la persona es una perfección perfectible. El hombre en tanto que es significa ya una cierta perfección (en contraposición al no ser). Cuando en el inicio, el niño se abre a la vida, en ese mismo momento dispone ya de un cúmulo de perfecciones iniciales y/o virtuales que habrá de desarrollar en el curso de su trayectoria biográfica. En cierto modo, la vida no es sino la diferencia entre las perfecciones (finales) que

²⁷ Polo, L., *Quién es el hombre. Un espíritu en el mundo*, Madrid Rialp, 1991.

hayamos obtenido a su término y las perfecciones (iniciales) de que estábamos dotados. Por eso, si se le destruye antes de su hora, se destruye también ese ámbito de perfección potencial que todavía no había alcanzado y que ya no alcanzará jamás.

Esto significa que con la muerte de cada hombre se consolida un estado de perfección imperfecta —aquel al que hasta ese momento haya llegado—, sin que se alumbre ni consolide el fin al que naturalmente tendía. Esto también empobrece a toda la humanidad, por cuanto que el bien significado por esa perfección alcanzable —y ahora definitivamente frustrada— a la que estaba destinado, estaba llamada a reobrar en todos los demás. El atentado que causa la muerte del poeta, antes de que le llegue su hora, no sólo constituye un asesinato, sino también un empobrecimiento de toda la humanidad. En efecto, desde el mismo momento en que se realiza esa acción asesina, la poesía todavía no nacida de él dejará de enriquecer a toda su generación y a cuantas a ella sucedan. Atentar contra la vida de la persona humana —incluso de la no nacida, pero sí concebida— supone, desde esta perspectiva, un atentado irreversible contra el bien común.²⁸

Y, en tercer lugar, porque no se respeta, sino que se quebranta fatalmente, el propio derecho a la vida. Si nadie ha dado la vida a nadie, tampoco nadie puede erigirse y sustraer a otro el bien donal y fontal de la vida, bien que en modo alguno le pertenece.

Líneas atrás hemos observado cómo la ética de la salud propuesta al hombre en el CEC es bastante coincidente con lo que los expertos en sociología, ciencias de la salud y bioética sostienen en la actualidad, fundamentándose para ello en numerosos datos de naturaleza empírica. Cuidar la salud no es sino la consecuencia de todo eso. Razones que, en tanto que humanas, no están cerradas a las que están más allá de ellas. Este es el caso de las razones trascendentes. No es que conservemos la vida porque personalmente nos gusta, sino que tenemos el deber de conservarla porque nos ha sido confiada por quien es su dueño; porque la donación que recibimos la obtuvimos a título de deuda; porque fuimos constituidos en administradores —en libres administradores, pero administradores al fin y al cabo— que algún día habrán de responder —responsablemente— acerca de lo que hicimos. También en tanto que conservadores de nuestras vidas, esa responsabilidad se inicia en el mismo acto de la donación, es decir, en cómo la hemos aceptado, tratado y conservado. Por último, en lo relativo a qué hemos hecho con ella, es decir, a cómo la hemos hecho crecer y desarrollarse, de manera que la perfección inicial que virtualmente traíamos con nosotros se haya transformado en la perfección final —la «plusvalía» de las virtudes ganadas en nuestra trayectoria biográfica— a la que llegamos en el ocaso de la vida.

²⁸ Para más detalles, veáse en esta publicación la colaboración de Eudaldo Forment.