

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1996/3

Lenguaje y antilenguaje en algunos textos jurídicos sobre el aborto - La filosofía personalista en los programas de educación sexual - Evaluación científica y ética de los métodos para la obtención de semen humano - Aspectos civiles y penales de la maternidad por encargo - Diez tesis sobre el estado vegetativo persistente - La "reducción embrional" desde el punto de vista asistencial y médico



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

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

MEDICINA Y ETICA

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

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52760
México D.F. C.P. 11000
A.P. 10-844
Tels. 589-90-00 y 589-22-26, Ext. 227 y 228

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

Distribución
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac

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

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

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

[039 0793]

Porte pagado.
Publicación periódica.
Registro 0390793.
Características 210451118.
Autorizado por SEPOMEX.

3

VOLUMEN VII NUMERO 3 JULIO-SEPTIEMBRE DE 1996

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

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

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

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

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel,

Administración: Lic. Margarita Pereira

Corrector de redacción: Lic. Verónica Rodríguez Struck

Colaborador de Edición: Dr. Manuel Sánchez de Carmona

Colaboración periodística: Cristina Ferrer de Fernández

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Víctor Espinosa
de los Reyes - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Carlos Campillo
Serrano - Dr. Horacio García Romero

INDICE

EDITORIAL	255
Lenguaje y antilenguaje en algunos textos jurídicos europeos relativos a la reglamentación del aborto. <i>Paloma Chorro Vizcaíno, Letizia Grita</i>	257
La filosofía personalista en los programas de educación sexual en las escuelas laicas. <i>María de la Luz Casas Martínez</i>	279
Evaluación científica y ética de un método para la obtención de muestras diagnósticas del líquido seminal humano. <i>Antonio Spanolo, A. Mancini, De Marinis, D. Chiarenza, C. Le Pera, M.L. Di Pietro, E. Giacchi, G. Pompa</i>	289
Aspectos civiles y penales de la maternidad por encargo. <i>María Caporale</i>	305
Diez tesis sobre el estado vegetativo persistente. <i>Paolo Cattorini</i>	327
La llamada "reducción embrional" desde el punto de vista asistencial y ético <i>A. Bompiani, P. Rossati</i>	357

EDITORIAL

¿Podemos decir cuándo es tiempo de morir? ¿Quién tiene el supremo derecho de poner punto final a una vida humana? ¿Qué valor tiene esta vida humana para la comunidad científica actual?

No a va ser un tema fácil ni que deje indiferente a la mayoría. La polémica sobre la eutanasia será una de las discusiones más apasionantes con las que se ingresará al siglo XXI.

Con todo, reconocemos que existe actualmente una pluralidad de pensamiento que impide hablar en el mismo idioma. En nuestro ámbito de la bioética, específicamente, podemos identificar cuatro corrientes que comparten el interés por analizar si un acto médico es ético o no, sin embargo, éstas difieren en cuanto a la jerarquía de valores que utilizan a la hora de llegar a respuestas como las que hoy damos.

El “naturalismo sociobiologista”, el “modelo liberal radical” y la tendencia filosófica “pragmática utilitarista” son las tres corrientes de la bioética que parten de la premisa de que la verdad no existe o que es imposible de conocer. En contraposición, la bioética basada en la corriente “personalista” reconoce como verdad que el sujeto de la investigación es un ser humano, integrado por cuerpo y alma.

De ahí que las discusiones sobre eutanasia tienden a darse en diversos planos. Cada grupo enarbolará la bandera de defensa de sus principios que más le acomoden.

Los utilitaristas concluirán que el provocar la “muerte dulce” es lícito ya que el paciente, la familia o la sociedad decide si su vida es útil o no. Si en el análisis del caso se aplica un modelo “liberal” se concluye que cada uno hace lo que quiere porque su libertad no tiene límites.

Por su parte, los que defienden el naturalismo sociobiologista interferirán la mortalidad del acto de la existencia de una ley positiva modificable según el acuerdo coyuntural de las mayorías. Así, practicar la eutanasia, llamada también “muerte asistida por piedad”, puede ser un crimen en un país y en otro un acto legal. Tal como sucede en Holanda

tras un plebiscito realizado en 1990, y desde este año en un condado del norte de Australia.

Quienes optan por defender a la persona humana, en cambio, respetarán la dignidad de la vida y del fin último de todo ser humano. Evitando, de este modo convertirse en administradores de justicia o erigirse en los únicos expertos en cuestiones de la vida o la muerte.

Nuestro esfuerzo va dirigido a difundir la reflexión sobre la importancia y la trascendencia de que la eutanasia u “homicidio imprudencial” (en sentido estricto) desvirtúe la esencia de lo que la comunidad médica es y aspira a ser. De ahí que estimamos urgente un replanteamiento de

criterios que orienten a la sociedad en su integridad; a unificar juicios médicos frente a lo que hoy se denomina “muerte cerebral”; a analizar profundamente cuáles son los métodos proporcionales y cuáles los desproporcionados de atención al paciente en fase terminal. Esto ayudará, sin duda, a defender la vida como una verdad que no acepta transgresiones. Este ejemplar de nuestra revista está dedicado al Doctor Alejandro Serani Merlo, Director del Departamento de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es neurólogo y Doctor en Filosofía de la Universidad de Toulouse, y ha centrado su trabajo en el conocimiento de la conducta humana. Además, nos honra con su amistad y colaboración académica en el Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud.



Dr. Alejandro Serani Merlo

Agradecemos a “Casa Autrey” el apoyo recibido por su colaboración en la impresión de este número.

Lenguaje y antilenguaje en algunos textos jurídicos europeos relativos a la reglamentación del aborto

Paloma Chorro Vizcaíno* Letizia Grita**

Resumen

Siempre se ha sabido que el lenguaje tiene gran poder, y que su mal empleo lleva a confusiones y errores. En este artículo se muestra cómo el uso del lenguaje técnico de la medicina, aplicado a la ley, adquiere significados diversos. La consecuencia que se desea mostrar, específicamente, es que este uso del lenguaje permite la despenalización y posteriormente la legalización del aborto, tomando como base los ejemplos europeos.

Presentación

El presente trabajo nace como aportación a un Seminario desarrollado durante el curso 1993-94 dentro del Master sobre Matrimonio y Familia, cursado en el Instituto Pontificio Juan Pablo II en Roma. Este material ha sido ordenado y está a disposición en la biblioteca de ese Instituto.

I. Introducción

Las políticas demográficas concernientes al aborto en los países europeos, fueron inauguradas en los años treinta por Islandia.

* Licenciada en Medicina y Cirugía, Master en Ciencias del matrimonio y la familia

** Licenciada en Ciencias Biológicas en Roma.

La reglamentación legislativa del aborto procurado en los distintos países en que está aprobado, adopta una táctica de implantación en etapas progresivas. En primer lugar, se comienza hablando de su despenalización en casos límites, como por ejemplo, en caso de que peligre la vida de la mujer o en caso de violación; a continuación el aborto penalizado se presenta bajo otro aspecto, esto es, como la solución del problema social que supone la práctica de abortos clandestinos. Posteriormente, se llega a su completa liberalización por ley, en nombre de la denominada *emancipación de la mujer*.

En los países anglosajones, en los que las mismas Constituciones afirman fuertemente el derecho a la privacidad (*privacy*), el aborto es considerado y afrontado como un problema privado de la mujer.

De estudios estadísticos se conoce que "...la liberalización de la política relativa a los abortos casi siempre precede a un aumento de abortos convertidos en legales...; además, se ha visto que no tiende necesariamente a la disminución de abortos ilegales".¹

Considerando, a modo de ejemplo, el caso sueco, se observa que en el año 1864, la pena capital prevista para el aborto procurado fue reducida a un máximo de seis años de trabajos forzados. En 1921 se admite

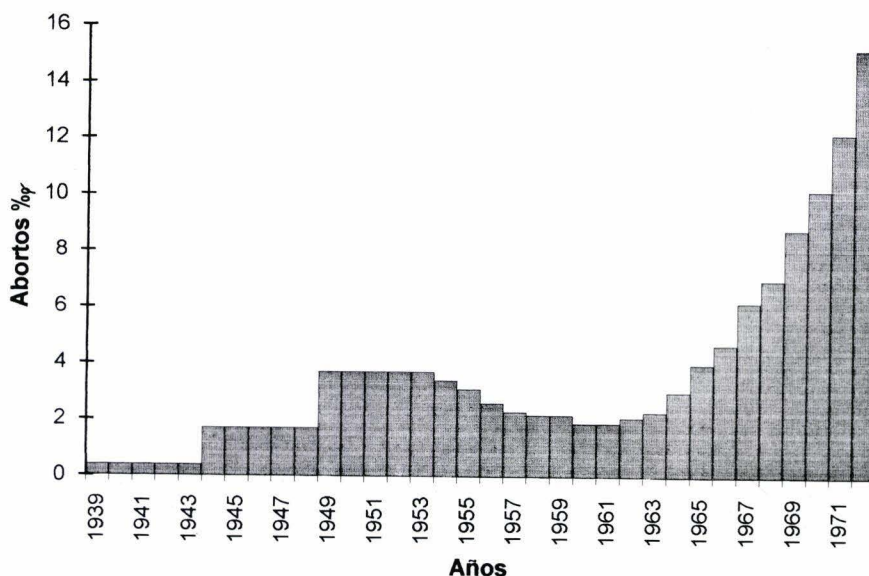


Tabla 1. Abortos inducidos en mujeres en edad fértil (%) en Suecia)

oficialmente el aborto por motivos médicos y, el 1 de enero 1939, el aborto terapéutico se legaliza, transformándose en un acto lícito no punible. Desde el 1 de enero de 1975, el aborto está a completa discreción de la mujer hasta la duodécima semana de gestación, mientras que desde la duodécima semana a la décimoctava, debe consultar a un asistente social. En períodos gestacionales posteriores, la decisión corresponderá a la Dirección General de Salud Pública y Previsión Social.

En Suecia, las estadísticas muestran que la relación (*rate*) entre el número de abortos legales y población femenina en edad fértil aumentó del 0.4 por 1000 mujeres durante el período 1939-43, a 3.7 por 1000 diez años después. En los años 1957-63, tal relación desciende por debajo del 2.5 por 1000, mientras en 1962 comenzó a ascender hasta 1972 con una tasa del 15.3 por 1000 mujeres en edad fértil. De todo esto se deduce que de la liberalización del aborto se sigue un inevitable aumento de abortos legales (Tabla 1).²

Los datos de la ONU, actualizados hasta 1994, atribuyen a Suecia un *rate* de 20.4 abortos inducidos por 1000 mujeres en edad fértil.³

En la normativa legislativa actual, el aborto procurado es afrontado como un problema de salud pública, por lo que al paciente (es decir, la mujer), se le permite acceder a las estructuras públicas autorizadas por ley, para obtener esta prestación sociosanitaria. El jurista se preocupa por proteger al paciente de las posibles situaciones consideradas como irregulares por la ley, reconociendo en el técnico (el médico) la referencia más competente y autorizada. Al mismo tiempo, establece sanciones en el caso de violación de las diversas disposiciones.

El lenguaje usado en los textos legislativos es coherente con el proceder médico que se atribuye a tal materia, siguiendo el esquema propio del léxico técnico diagnóstico-terapéutico.

Cuando la ley hace uso de ese léxico, manifiesta la intención de transferir la objetividad característica de la terminología técnico-científica al texto legislativo, delimitando así la misma esfera del Derecho, superándose las posibles valoraciones subjetivas que, por definición, el Derecho no está llamado a ocuparse.

En este campo, es mucho lo que se juega usando vocablos estrictamente técnicos, objetivos y científicos, privados de cualquier matiz *metafísico* o *personalista* por mínimo que fuese, revelándose así cuán problemático e inaccesible es el entramado legislativo en este ámbito (no sólo técnico

sino profundamente deontológico), en el que surgen, inevitablemente, preguntas sobre el sentido último de la vida.

De este modo, el instrumento legislativo invade el campo propio de la deontología médica, por ejemplo, parece anómala y no justificada la necesidad de autorizar sólo a algunos médicos y estructuras hospitalarias para ejercer ciertas funciones respecto al tratamiento abortivo, que de por sí deberían entrar en los deberes del médico. También aparece el tema de la objeción de conciencia, presentado como la necesidad, según la ley, de declarar la no disponibilidad por parte del médico a realizar un acto médico permitido por ley, pero que contrasta *per se* con su conciencia profesional.

Se han estudiado los textos legislativos tanto del Este como del Oeste europeos, intentando encuadrarlos dentro de las posiciones ideológicas dominantes que ellos mismos han producido; y, a su vez, se ha analizado sintéticamente su estructura, aislando algunos términos-clave, considerados como iluminantes para leer entre líneas la intención del legislador de eludir el problema real: el derecho a la vida de la persona humana apenas concebida.

Hemos construido una tabla cronológica de la promulgación de las leyes abortistas en Europa (Tabla 2).

AÑO	NACION	MODIFICACION
1920	URSS	1936, '55
1935	Islandia	1963,'64,'72,'74
1939	Dinamarca	1970,'73,'75
1939	Suecia	1963,'64
1950	Alemania Oriental	1965,'72
1950	Finlandia	1970,'75
1950	Hungría	1973,'82,'86,'88 (1992 proyecto reforma)
1954	Checoslovaquia	1957,'61,'62,'63,'65,'66, '69,'73,'80, '82,'86
1954	Suiza	1966
1956	Polonia	1959
1957	Rumania	1966,'73
1960	Noruega	1970,'75
1967	Gran Bretaña	

1968	Bulgaria	1973, '74
1974	Alemania Occidental	1992
1975	Francia	1979
1978	Italia	
1981	Países Bajos	
1984	Portugal	
1985	España	
1986	Grecia	
1990	Bélgica	

Tabla 2. Cronología de la promulgación de las leyes abortistas en Europa.

1. La ideología abortista, clave de lectura de la legislación

A la ideología abortista, que ha sido el origen de la negación del hombre, se le puede atribuir una doble faceta que podemos definir con dos expresiones:

— *posición de liberación*: no considera el punto de vista ético del aborto y lo deja a la completa discreción de la mujer.

— *posición humanitaria*: afirma que el aborto es un mal, pero necesario en algunos casos, exigiendo un control por parte de terceros, y además, una protección de la madre y facilidades para la adopción.⁴

La posición “humanitaria” corresponde, en algunos casos, con las declaraciones de principio expresadas en los artículos introductorios de las leyes,⁵ pero la orientación de la ley es, en definitiva, “de liberación”.⁶

De la lectura de los textos jurídicos emerge un riguroso *legalismo*, evidente por la ausencia de voluntad en afirmar un *derecho a la vida*, en su fundamental inalienable indisponibilidad a cualquier individuo que preceda a la misma ley.

Por tanto, la ley se revela como *creadora* de derechos humanos como y cuando las circunstancias contingentes lo requieran, siendo *ilegal* el comportamiento que no se adecúe a este procedimiento.

Recientemente, se ha detectado un cierto esfuerzo por parte de la Corte Constitucional alemana, que ha emitido una sentencia con fecha del 28 de mayo de 1993,⁷ con el fin de mantener la tutela de la vida prenatal en ámbito jurídico (fundado en el art. 1, *1 de la Constitución).

De ese modo, el derecho a la vida no estará sometido al arbitrio de la madre (n 1): el aborto viene considerado, “en línea de principio”, un acto ilícito (n 4”).

Así, los derechos de la mujer no anulan, “en general”, la obligación jurídica de llevar a término el embarazo; sólo en situaciones “excepcionales” se admite eximir a la mujer de este deber, cuando “graves dificultades” le impongan tal renuncia y sacrificio para poder mantener el propio valor de la vida (n 7). Se afirma que el Estado tiene la obligación de mantener vivo en la conciencia social el derecho a la tutela jurídica de la vida prenatal (n 10), y se prohíbe considerar la presencia del niño y la consiguiente obligación de alimentarle como fuente de daño (n 14).

Las investigaciones de los requisitos de excepcionalidad, que legitiman la interrupción del embarazo, están bajo la responsabilidad del Estado, en nombre de los principios irrenunciables del Estado de derecho (n 15).

Como es de notar, el Parlamento alemán ha aprobado recientemente la nueva ley abortista (Entrará en vigor el 1 octubre 1995).

En las legislaciones de los países del norte de Europa, y en general en los países anglosajones, es evidente recurrir a la *moral del consentimiento*,⁸ a la mentalidad *consecuencialista*,⁹ e incluso a la afirmación de la existencia de un derecho de la mujer a interrumpir el embarazo, siempre en términos de ley.¹⁰

2. Criterios impuestos por la ley para definir la licitud del aborto

Surge claramente el recurso a la estructura profunda del actuar médico (anamnesis, diagnóstico, tratamiento, prevención), pero vaciándolo del contenido deontológico original y reduciéndolo a un quehacer técnico. Los criterios impuestos por la ley pueden ser clasificados de la siguiente forma:

2.1 Las condiciones previstas:

2.1.1 El *consentimiento de la mujer*, formalmente expresado (excepto en el caso de urgencia).

2.1.2 La *prestación del médico*, que va desde la certificación extendida, tras la petición de interrupción del embarazo en presencia o no de eventuales estados patológicos, a la ejecución material de la intervención,

incluidas todas las atenciones postoperatorias, hasta la distribución gratuita de anticonceptivos como medio de prevención para sucesivos embarazos no deseados e incluso, los abortos repetidos practicados en la misma mujer.

2.1.3 Las *condiciones terapéuticas y eugenéticas*:

— Peligro de vida y/o de salud psicofísica de la mujer a causa del embarazo o parto o posteriores cuidados necesarios para el niño.¹¹

— La presencia o probabilidad de graves malformaciones o patología del embrión.¹²

— Las técnicas de diagnóstico prenatal.¹³

2.1.4 El *estado de salud del padre*.¹⁴

2.1.5 El *estado de desunión familiar*.¹⁵

2.1.6 La *situación familiar o socioeconómica de la mujer*, actual o previsible, considerada demasiado gravosa.¹⁶

2.1.7 La *ausencia prolongada del cónyuge* por servicio militar o por detención.¹⁷

2.1.8 *Edad de la mujer*.¹⁸

2.1.9 El *número de hijos vivos*.¹⁹

2.1.10 El *caso de violencia*.

2.1.11 La *ausencia de contraindicaciones* para la salud de la mujer,²⁰ entre las cuales está el aborto practicado recientemente.²¹

2.1.12 El *fracaso del anticonceptivo*, previendo también el caso de experimentación autorizada por el Ministerio de la Salud.²²

En particular se recuerdan algunas leyes de países del Este europeo, que hacen referencia a anexos específicos en los que se enumera la patología considerada como “indicaciones de orden sanitario” para interrumpir el embarazo.²³

2.2 El *procedimiento*, que puede ser resumido en los siguientes pasos:

2.2.1 *Solicitud escrita* de la mujer.

2.2.2 *Certificado médico* extendido por uno o más médicos, a veces examinado por una o más Comisiones.²⁴

2.2.3 *Consulta* en Centros autorizados a suministrar información médica (en cuanto a riesgos, contraindicaciones,) y jurídica-social (derechos, ayudas, adopciones, ventajas garantizadas por la ley a las madres).²⁵

2.2.4 *Recurso*, que es a veces posible, en caso de ser negada la autorización la primera vez.²⁶

2.2.5 *Posible papel del padre* que expresa la opinión sólo si la mujer lo consiente.²⁷

2.2.6 *Secreto profesional*.

2.2.7 *Reglamentación de la publicidad* del material ilustrativo sobre los métodos y medios abortivos.

2.2.8 *Objeción de conciencia* (en caso de urgencia este procedimiento no es solicitado).

2.3 *Edad gestacional*. El procedimiento se modifica en función del progreso del embarazo. En particular, se distinguen dos fases:

— fase precoz (dentro de la 12^a semana), en la cual las condiciones solicitadas y el procedimiento previsto se reducen al mínimo, siendo el elemento decisivo la voluntad de la mujer.

— fase tardía (entre la 12^a y 22^a - 24^a semana), en la que la función del médico es más relevante, en el sentido que la petición de la mujer debe ser considerada por una indicación médica.

2.4 *Sanciones*. De carácter administrativo o penal, aplicadas en caso de no cumplir el procedimiento prescrito. Sólo en raros casos se sanciona a la mujer,²⁸ teniendo principalmente en cuenta a los ejecutores materiales.

2.5 *Gastos*. Vienen cubiertos normalmente por el servicio sanitario público.

II. Estudio de la terminología

El estudio se ha desarrollado sobre una muestra de leyes europeas, representativas de las distintas áreas: occidentales, orientales y septentrionales.

Han sido extraídas y analizadas algunas expresiones usadas en los textos de ley, con la finalidad de esclarecer el esfuerzo legislativo de justificar, a través de una reinterpretación forzada y a veces "original" del lenguaje técnico científico, la licitud de un acto que es contrario en sí tanto al derecho como a la ciencia médica.

El orden elegido para comentar estas voces o expresiones ha sido intencionado con el fin de desentrañar la lógica de la ley, a su vez creadora o receptora de una cierta mentalidad.

Derecho a la vida

Viene expresado como “respeto a la vida humana” o “tutela de la vida humana”.²⁹ Se pasa de un derecho a una tutela, y el Estado se asigna la posibilidad de derogar tal respeto o tutela *en caso de necesidad*. Por tanto, la ley se autoriza a sí misma a afirmar el derecho a la vida en función de las exigencias sociales, en particular referido a la situación demográfica nacional.³⁰

Es de notar que en la ley del Reino Unido (*Abortion Act*, 1967) falta cualquier referencia a la existencia de este derecho.

Derecho a la salud

Al contrario de la voz anterior, se constata el paso de la tutela de la salud, que el médico o el Estado debe tener, a un derecho.

La categoría “derechos humanos” se aplica sobre la mujer dándole la posibilidad de solicitar la interrupción del embarazo, considerada como un tratamiento médico.³¹ Así, pasa a un segundo plano toda la temática del derecho a la vida del que va a nacer, del cual prácticamente no se hace referencia como co-protagonista.

La lógica de la ley sería que el embarazo no es deseado a causa de una patología o en cuanto “patología” misma. Por esto, dado que la salud es considerada un derecho fundamental, la ley permite interrumpir este “proceso patológico” a fin de restablecer la salud de la mujer.

En realidad, no existe un *derecho absoluto* a la salud en el sentido de ser curado, sino más bien un derecho a ser atendido, es decir, a recibir las atenciones sanitarias necesarias para que la salud personal sea restablecida o mejorada en los límites del conocimiento de la ciencia médica. Por tanto y paradójicamente, para garantizar el derecho a la salud de una persona (la madre) se niega el derecho más fundamental de otra (el hijo), como es el derecho a nacer.³²

Salud física y mental

El campo de aplicación de la licitud se dilata de la esfera objetiva, con la manifestación de parámetros clínicos, a la subjetiva, como es el “estado de ansiedad”,³³ aventurando consideraciones que impidan juzgar

uniformemente el caso singular. Como comenta la Federación Nacional de Colegios Médicos italiana: “son muchas las divergencias de opinión en relación a los criterios y a la modalidad de exámenes clínicos para determinar el grave peligro para la salud de la mujer en su aspecto psíquico”.³⁴

Paciente

Si la mujer embarazada es considerada paciente, esto hace pensar que el embarazo es un acontecimiento en algún modo patológico. Se aprecia en este sentido la relación médico-paciente: no es que la mujer acuda al médico por una patología de su embarazo, sino que sería su propia voluntad manifestada de no desearlo donde residiría la patología, que por otra parte reclama del apoyo y la ciencia del técnico. Lo que parecería infiltrarse en el pensamiento del legislador es el intento de atribuir tal caso patológico a la voluntad de la mujer que pide la interrupción voluntaria de la gestación (IVG). Toda la problemática latente en esta solicitud es simplificada reduciendo la perspectiva a la medicalización, con el consiguiente tratamiento técnico a desarrollar según la práctica corriente de toda intervención quirúrgica. Es digno de notar que el que ha de nacer (incluso cuando presenta alguna patología) nunca es considerado como paciente al cual el médico esté estrictamente obligado a prestar una atención para incrementar su salud.

Embarazo, gestación

Según la definición médica consiste en un estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto. Este proceso hace necesariamente referencia al desarrollo de un individuo, diferente de la madre y del padre, implicado directamente.

Aborto

Desde el punto de vista médico se define como la *expulsión del feto no viable, antes del término del sexto mes de embarazo*.³⁵ Desde el punto de vista legal, el feto no es viable hasta 180 días después de la fecundación.

La ciencia médica distingue netamente entre causas naturales y patológicas del aborto espontáneo (en el que la intervención médica sería preventiva del mismo aborto o terapéutica en relación a la mujer y al niño) y otras causas provocadas o inducidas, que no son objeto de la medicina sino como tratamiento de sus consecuencias.

En los textos legislativos se introduce el concepto y el término de aborto como *tratamiento* curativo y preventivo, de forma que está prescrito que se desarrolle en un hospital; precedido de un certificado médico que afirme tal necesidad, en caso de peligro para la salud de la mujer, acompañado de la debida información de las posibles complicaciones, indicaciones y contraindicaciones médicas, y el consentimiento escrito de la mujer que accede a tal operación. Se cataloga como *tratamiento preventivo* de las malformaciones fetales, ciertas, futuras o probables.

La expresión *indicaciones eugenéticas* consideradas por la ley como *prevención* en caso de evidentes o probables malformaciones fetales, deriva de la interpretación del término médico *aborto genético*, que tiene un significado diferente: *la muerte espontánea del embrión en los primeros estadios de desarrollo, atribuible a alteraciones genéticas tan graves que impiden su supervivencia. Este aborto, que frecuentemente pasa inobservado por la madre, elimina rápidamente un embrión no viable y constituye un proceso natural de selección. Esto representaría que, durante las primeras diez semanas de embarazo, el 60% de las fecundaciones no consiguen llegar a término y constituyen abortos espontáneos.*³⁶

A través de la ley, por tanto, se introducen en la conciencia profesional del médico dos modalidades desconocidas a la medicina, como son el aborto médico o terapéutico ya comentado (que nunca será un tratamiento preventivo o curativo ni para la madre ni para el hijo), y el aborto ético.

En cuanto a la expresión conocida comúnmente como “*aborto ético*”, se refiere a la interrupción de la gestación originada por una violación. En primer lugar, señalar que el médico está preparado profesionalmente para afrontar estas situaciones humanas dolorosas, interviniendo en las *primeras horas* ocurrido el acontecimiento para evitar la posible y poco probable concepción. La ley dilata este quehacer médico hasta las doce primeras semanas³⁷ desde la violación, con lo que se imposibilita diagnosticar con certeza el origen violento de la gestación: su función se limita a certificar la gestación y/o su interrupción.

Consentimiento de la mujer

Puesto que se trata de un derecho de la mujer a solicitar una “intervención quirúrgica” (interrupción del embarazo), según la práctica médica, es la paciente la que debe firmar la petición de tal intervención. También aquí no existe ninguna preocupación de tutelar a otro sujeto de alguna forma implicado.³⁸

Dignidad de la mujer

Se reduce a la interpretación subjetiva de la libertad, en la que se funda la ideología abortista. La ley pide al trabajador sanitario o social no interferir ni intervenir en la decisión de la mujer que quiere interrumpir su embarazo, porque entra dentro del campo de su intimidad privada, que debe ser respetada.³⁹

Interrupción voluntaria del embarazo

Tal expresión introduce un *elemento subjetivo* en el ámbito de la reglamentación del aborto procurado: la voluntad individual expresada *como criterio* de acceso a un derecho. En realidad, el término *voluntaria* vendría substituido con uno más técnico, esto es, *artificial*, expresado en los textos de ley de los países ex-comunistas.

Derecho a la interrupción del embarazo

Recientemente algunos abortistas italianos han rechazado la culpa dirigida a ellos de sostener el aborto como un derecho, precisando que lo que quieren es defender el *derecho de la mujer a la autodeterminación y a la maternidad “consciente”*.⁴⁰

La confrontación parece desplazarse, de esta forma, al campo más específico del debate bioético, en el cual el objeto de la contienda es más bien la pregunta sobre *cuándo* el “producto de la concepción” es una persona humana y sujeto de derechos propios, a quien la ley debe defender ante posibles agresiones por parte de otros sujetos (incluso de su propia madre).

Las legislaciones producidas por países en que predomina la posición de liberación hacen más referencia a un derecho de la mujer a la interrupción.⁴¹

Practicada por un médico

La ley parece promover la dignidad profesional del médico reconociendo su exclusiva competencia en este “acto terapéutico”. Es obligatorio, excepto en caso de urgencia, que extienda un documento oficial (certificado) que abre el camino a la mujer a las estructuras sanitarias autorizadas.

En buena fe, decisión en conciencia

Expresión típica de la tradición jurídica anglosajona. Debería sugerir un sentimiento de rectitud personal, pero en realidad oculta una renuncia concreta que el personal médico debe hacer de su propia ética profesional.⁴²

Peligro de vida, indicación médica o circunstancias particularmente graves

Estas expresiones constituyen las condiciones primarias para el acceso a la interrupción de la gestación. En caso de “peligro de vida”, los mismos procedimientos previstos por la ley y el derecho del médico a la objeción de conciencia son suprimidos. En este punto convendría recuperar el significado propio de esta expresión médica: *por peligro de vida se entiende el compromiso pasajero de las funciones vitales (respiratoria, circulatoria, nerviosa) tales de hacer retener como inminente el acontecimiento letal.*⁴³

En realidad, una mujer sana no se expone a tal riesgo inminente a causa de su embarazo, pues es un proceso fisiológico para el cual el organismo de toda mujer está preparado por naturaleza.

Muchos más riesgos tiene el nuevo ser de no llegar a término.

Otra situación sería un embarazo patológico por causa materna o fetal (en medicina son designados con el término de embarazos de alto riesgo aquellos en los que el niño tiene muchas posibilidades de no nacer). En este caso, el médico pondrá todo su arte y su ciencia al servicio del hijo y de la madre, para mejorar la situación (se da por supuesto que mejorando la salud materna se favorece la salud del hijo, que podría estar en realidad en peligro). Desde el punto de vista médico, no existe “conflicto de intereses” entre la salud de la madre y la salud del hijo, al contrario, prevalecen los intereses comunes por la total dependencia

biológica del hijo a su madre. Estas situaciones particulares (*borderline*) vienen recogidas en el Código Deontológico Médico y, por tanto, entran en el marco de su responsabilidad, sin necesidad de crear una ley que las reglamente.

Se puede observar que en los últimos años se tiende a un compromiso en algunos Códigos Deontológicos Nacionales con las exigencias de las legislaciones abortivas.⁴⁴

Objeción de conciencia

En las Constituciones de los países liberal-democráticos, ha sido introducida como “postura del individuo a rechazar un precepto al cual está obligado a observar por ley. Por otra parte, tal rechazo debe tener una causa psicológica por motivos de conciencia personal”.⁴⁵

En el caso de estas leyes abortistas, el médico no se encuentra de frente a una causa psicológica personal, sino ante una causa intrínseca al propio ser médico. Es interesante apreciar que en países como Portugal y Luxemburgo, en los que es masiva la objeción de conciencia de todo el personal sanitario, estas legislaciones logran con dificultad ser aplicadas. Frecuentemente es reconocida una objeción “parcial”, es decir, suspendida o no admitida en caso de peligro de vida de la mujer o en las atenciones pre o postoperatorias; en estas situaciones el personal sanitario es obligado a una cooperación material o formal a esta interrupción del embarazo.⁴⁶ Junto a esta objeción individual se reconoce otra institucional, en aquellas estructuras sanitarias privadas (adheridas al sistema sanitario público), que rechazan la propia cooperación. Sin embargo, este reconocimiento de la objeción está subordinado a la necesidad de atención de las mismas.⁴⁷

Prevención

La prevención del aborto coincide en estas leyes con la información y la prescripción de medios anticonceptivos a la población, además del adiestramiento del personal sanitario en la anticoncepción.⁴⁸ En algunos casos se reconoce la posibilidad de recurrir incluso a la esterilización;⁴⁹ en otros, se mencionan a las personas competentes para informar a la mujer de los servicios sociales a que tiene derecho “como madre”.⁵⁰

En ciertos textos legislativos se habla de una prevención del embarazo atribuyéndole un acento patológico.⁵¹

1. En el lenguaje médico se distingue una prevención primaria, secundaria y terciaria.

1.1 La primaria considerada como educación sanitaria de la población acompañada de un correcto comportamiento deontológico del médico.

1.2 En la prevención secundaria se trata de hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad ya iniciada.

1.3 En la prevención terciaria se lleva a cabo la rehabilitación de las secuelas que dejan las enfermedades crónicas y son difíciles de curar.

2. Partiendo de esta descripción de la prevención médica, veamos cuál es la interpretación que viene aplicada en la ley. La prevención primaria se realizaría a través de la educación sanitaria de la población (información sexual de los jóvenes y parejas), el adiestramiento del personal sanitario⁵² y la protección materna a través de intervenciones sociales (alojamiento, trabajo, guarderías, adopciones).⁵³ El nivel secundario consistiría en la interrupción del embarazo en la fase precoz, además del diagnóstico prenatal de las probables anomalías fetales con posibilidad de interrumpir el embarazo, incluso en la “fase tardía”. En el caso de que fracasaran las medidas preventivas precedentes, se recurriría en última instancia a la esterilización. Esto estaría en una clara contradicción con el intento rehabilitativo de la salud, que es la finalidad de la supuesta prevención terciaria.

Presunción, probabilidad

Se aplica el lenguaje “cuantitativo” de la estadística en el ámbito de los derechos humanos fundamentales, con la intención de hacerla más accesible a la ley, llamada a expresarse en situaciones concretas. La estadística es una ciencia que estudia los fenómenos “inciertos”, buscando valorar en ellos el grado de certeza. Es incorrecto transferir tal lógica a la problemática de la legalización del aborto, por ejemplo, los límites de probabilidad en las malformaciones genéticas o congénitas, que permitirían por ley la interrupción del embarazo, no pueden ser definidos de modo *objetivo*, sino que están unidos a criterios de sensibilidad individual, aunque mediados a través de instrumentos legales.⁵⁴

Demografía, planificación familiar, control de la natalidad

La cultura abortista implica inevitablemente un recurso a los medios anticonceptivos, y en última instancia a la esterilización, para garantizar la *planificación familiar*.⁵⁵

Entra así en juego un elemento de cálculo, aplicado principalmente para evitar los embarazos no deseados.

Se citan con este fin los tratamientos para la infertilidad, con el uso de anticonceptivos, la interrupción del embarazo, la información sexual de los jóvenes, la política sanitaria y la ayuda familiar.⁵⁶

Procreación responsable y consciente

Esta expresión posee un significado rico y complejo, que en el texto legislativo viene reducido a planificación familiar.⁵⁷

Significa la colaboración racional y libre de *ambos padres* a la creación de un nuevo ser humano.

En realidad, el sentido de la ley abortista es que la limitación de los nacimientos se debe conseguir en orden a la decisión *individual* de la mujer.

Familia

Se hace mención a este concepto sólo en el ámbito de control sobre el número de nacimientos. Por lo demás, las personas implicadas casi nunca son vistas en sus relaciones familiares, a menos que tales relaciones familiares sean necesarias e imprescindibles para hablar de la misma interrupción gravídica.⁵⁸ No hay padre, no hay madre, no hay hijo. Con frecuencia el *hijo* es mencionado con las siguientes expresiones: *feto*, *embrión*, *producto de la concepción*, *huevo fecundado*.⁵⁹ La relación *madre-hijo* sólo se reconoce respecto a los individuos ya nacidos y vivos.⁶⁰ El *padre* es siempre excluido de toda decisión definitiva, y al mismo tiempo, absuelto de cualquier responsabilidad, ya sea en relación a la mujer o al niño. La ley italiana pone de relieve la figura "persona indicada como padre del concebido" exclusivamente en el curso del coloquio previsto por el artículo 5: el padre puede participar sólo "cuando la mujer lo consienta". En el curso de todo el proceso, el padre

no tiene ninguna autonomía para oponerse a la decisión de la mujer; ni siquiera se puede considerar dañado en caso de interrupción del embarazo.⁶¹

La misma afirmación del derecho a la *maternidad* consciente y responsable es anulada, puesto que se persigue tal maternidad interrumpiéndola.

III. Conclusiones

El lenguaje usado en los textos de leyes examinados es el propio del derecho y el de la ciencia médica. Sin embargo, el presente estudio ha puesto en evidencia la funcionalidad de la ideología abortista.

Se entiende que con esta manipulación del lenguaje, aun queriendo expresar la objetividad del legislador en regular una materia técnica, es en realidad muy ambiguo y muchas veces anticientífico. En particular, la figura profesional del médico resulta contradictoria en sus fundamentos deontológicos, como está expresado claramente en los Códigos de diversos Colegios Médicos y, en particular, por el Juramento de Ginebra adoptado por la II Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Sidney, 1986) y por la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia 1983): la tarea del médico es respetar absolutamente la vida humana desde su origen, incluso en peligro y de no utilizar sus conocimientos contra la naturaleza humana. Se trata de respetar toda vida humana sin discriminaciones, esforzándose en utilizar su arte y ciencia para curar, mejorar o incrementar la salud del paciente.⁶²

Además, es contradictorio pedirle por ley la objeción de conciencia ante un acto que en esencia es contrario a su propia profesión (se trata de favorecer la vida y no de eliminarla). Es significativo recordar que el mismo Juramento Hipocrático afirma textualmente “no suministraré veneno alguno aunque me fuese pedido, ...no daré a mujer alguna un pesario abortivo”.⁶³

Es necesario subrayar también la necesidad, afirmada por los Códigos Deontológicos, de la libertad diagnóstico-terapéutica médica. En estos Códigos se declara firmemente que no se puede reglamentar por ley el acto médico, estableciendo además los medios por los cuales una determinada enfermedad (en este caso el embarazo) deba ser curada o con qué

técnica deba ser realizada una determinada intervención quirúrgica, ... es necesario dar siempre mayor espacio a la función deontológica del médico..., salvo en casos muy particulares no es admisible la intervención del legislador.⁶⁴

Existe gran diversidad entre el lenguaje usado en la legislación del bloque occidental en relación con el bloque oriental europeo, sobre todo en los textos de ley que todavía reflejan un planteamiento colectivista.

En efecto, los países liberal-democráticos se expresan a través de un lenguaje científico, pero obligado a mantenerse fiel a los principios del contractualismo y a asegurar el difícil equilibrio entre utilitarismo y moral pública, entendida esta última como sentimiento impersonal de benevolencia confiado a la sensibilidad individual.⁶⁵

Al contrario, donde tal preocupación falta por prevalecer los intereses del Estado sobre los individuales, paradójicamente parece que es más realista la lectura del fenómeno aborto.

Las expresiones lingüísticas están menos manipuladas y más trágicamente tecnificadas: se habla de interrupción artificial del embarazo, en vez de voluntaria;⁶⁶ se incluyen apéndices con el elenco de las posibles patologías, consideradas como indicación médica para el aborto provocado; a veces, incluso una lista de enfermedades consideradas contraindicaciones a la misma intervención.⁶⁷ Se recurre a los intereses demográficos nacionales,⁶⁸ lo que impone una vigilancia médica y socio-legal en vista a la defensa del embarazo y de los nacimientos cuando el permiso de interrupción del embarazo es denegado por las Comisiones previstas.⁶⁹ En algunos casos, el recurso al aborto provocado, a través de su legalización, descubre una gran pobreza y miseria humanas, en el sentido que se da libre acceso a familias desprovistas de casa,⁷⁰ a mujeres sin remuneración,⁷¹ en casos de incesto.⁷² La misma situación sanitaria general precaria emerge como uno de los motivos latentes de esta legalización.

El cuadro que se ofrece a la conclusión de tal visión sintética sobre la legalidad abortista europea parece, en el fondo, caracterizada por una soledad y aislamiento entre las personas que deben formar el tejido vital de las comunidades nacionales.

Es significativo el acento individualista que caracteriza el lenguaje de los textos examinados: tanto del Norte, como del Sur y del Este, incluso por ideologías distintas y quizás opuestas, los sujetos implicados en este

drama son personas abstractas, desligadas de todo contexto de relaciones humanas. También cuando hace referencia a *situaciones sociales, familiares o personales difíciles*, se subraya la indiferencia más absoluta del ambiente social actual, que no quiere en absoluto tomar conciencia de su responsabilidad y trabajar para solucionarlo. Todo se resuelve en la asepsia de una sala operatoria en la que está prohibida la entrada a la solidaridad humana más elemental.

Esto parece ser el resultado de un camino histórico que ha elegido la senda de la emancipación y del individualismo: exaltando tanto la autonomía personal como el centralismo estatal. Ambos son significativamente desvalorizados y los grupos sociales intermedios evidentemente suprimidos, el primero de ellos la familia, que salvaguarda este equilibrio necesario de las relaciones entre el individuo y la sociedad.

El peso de tal disgregación gravita inevitablemente sobre los sujetos más débiles, entre los cuales Juan Pablo II ha contado significativamente a la mujer.⁷³

También la aportación del jurista y del médico está contagiada de esta patología, pues predomina una interpretación subjetivista de la tarea ética en la esfera profesional.

En esta perspectiva parece insuficiente limitarse a delegar la solución de graves problemas sociales a la figura de un técnico, aunque ciertamente es loable que se proceda a una profundización ética unida a la adecuada formación profesional en todos los ámbitos sanitarios.

La civilización europea debe madurar en sí misma una respuesta cultural nueva, en la que el cuerpo social sea valorado a cada nivel, y al mismo tiempo se mantengan vivas las ricas y múltiples relaciones humanas que garantizan la existencia de una red capaz de sostener los miembros más débiles.

No se puede menos que señalar con reconocimiento el esfuerzo del Papa, que con tenacidad se dirige a todo hombre, a toda categoría social, a todo grupo representativo de la Iglesia y de la sociedad civil, o portador de responsabilidades comunes (basta recordar su *Carta a los niños*), porque todas las expresiones y categorías de la sociedad se revalorizan por una auténtica experiencia de vida cristiana.⁷⁴

Como el Papa mismo ha proclamado con fuerza, es necesario volver a descubrir el Evangelio, para encontrar nuevas y adecuadas ideas y así

ofrecer respuestas a los tiempos de hoy.⁷⁵ Es necesario establecer ante todo en la misma comunidad cristiana las relaciones que unen un hombre a otro.⁷⁶ Es importante constituir un “laboratorio” extendido a toda la humanidad, en el que el objeto de experimentación sea la práctica del amor recíproco, base de la sociabilidad cristiana y, por tanto, humana.

En un tiempo en que los medios de comunicación social llegan a todo el mundo, penetrando en la familia y contagiándola a menudo con mensajes negativos, tal experiencia se radicará en el tejido social sólo si sus frutos no se viven en la restrictiva esfera privada. En vez de eso, deben ser comunicados uno a uno, grupo a grupo, siendo la semilla que a su tiempo dará fruto en los distintos campos de la sociedad civil, en la que los cristianos están también inmersos, incluidos el campo sanitario y jurídico.⁷⁷

Referencias bibliográficas

¹ ANGERAME-M.BARBERI, P.F., *Abortività in alcuni paesi del mondo: statistiche e legislazioni*, Veschi, Roma 1979, p 91.

² *Idem*, pp 14-16.

³ DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL INFORMATION AND POLICY ANALYSIS OF THE UNITED NATIONS SECRETARIAT, *World abortion policies 1994*, Nueva York, 1995.

⁴ VALLAURI, L., *Abortismo libertario e sadismo*, Scotti Camuzzi, Milán, 1976.

⁵ Francia L.17/75, art. 1; Italia L. 194/78, art.1; Checoslovaquia, Decreto 71/73, art.1 y L. 66/86, art.1

En la forma de nombrar las leyes seguiremos este método: 1º país, 2º Número de la ley, de la Orden Ministerial (O.M.) o Decreto / año de publicación de la ley o de la Orden Ministerial o del Decreto, 3º especificaciones de la ley: título, artículo, párrafo...

⁶ Checoslovaquia, L. 66/86, art.4.

⁷ CÁMARA DE DIPUTADOS, *Materiales de legislaciones comparadas. La interrupción voluntaria del embarazo*, Roma,1994, p 51.

⁸ Suecia, *Circular de la Dirección General de Salud y Seguridad Social* del 15/9/72.

⁹ Reino Unido, *Abortion Act*, 1967, art.1, *1a.

¹⁰ Noruega, L.50/75, art.1; Dinamarca, L.350/73, art.1.

¹¹ Italia, L. 194/78, arts 4 y 6; Francia, L. 17/75, art 162, *1; España, *Proyecto de ley Orgánica 92*, art 153, *1; Yugoslavia, Decreto 33/60, art 2, n.1; Dinamarca, L 350/73, art 3, *1, n.4-5; R.F.Alemana, L.27/7/92, art 13; Reino Unido, *Abortion Act*, 1967, art 1, *1a.

¹² Italia, L 194/78, art 6; Francia, L 17/75, art 162, *12; España, *Proyecto de ley Orgánica 92*, art 153, *1-4; R.F.Alemana, L. 27/9/92, art 13; Reino Unido, *Abortion Act*, 1967, art 1, *1b.

¹³ Finlandia, L. 572/85, modificación a la ley 239/70.

¹⁴ Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 2, *2e.

¹⁵ *Idem*, art 2, *2g.

- ¹⁶ Yugoslavia, Decreto 33/60, art 2, n 4; Polonia, O.M. 19/11/59, art 1, *2.
- ¹⁷ Hungría, O.M. 4/73, art 2, *2b,2c.
- ¹⁸ Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 2a; Bulgaria, O.M. 188/68, art 1c; Finlandia, L. 239/70, art 1, *4.
- ¹⁹ Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 2b; Bulgaria, O.M.0-27/73, art 10.
- ²⁰ Checoslovaquia, L. 66/86, art 4; Bulgaria, O.M. 188/68, art 2.
- ²¹ Bulgaria, O.M. 0-27/73, art 2.
- ²² Hungría, O.M. 15/88, art 2; Checoslovaquia, Anexo al Decreto 71/73, n.13j; Bulgaria, Anexo de O.M. 188/68, n.9f.
- ²³ Checoslovaquia, Decreto 71/73; Bulgaria, O.M. 188/68; Rumania, O.M. 819/66.
- ²⁴ Yugoslavia, Decreto 33/60, arts 4-9; Checoslovaquia, Decreto 71/73, arts 5,6; Bulgaria O.M. 188/68, arts 12-15; Italia, L. 194/78, art 5; España, *Proyecto ley Orgánica 23/9/92*, Tit II, art 153, *2b; Francia, L.17/75, Tit II, sec II, art 162 *12.
- ²⁵ Italia, L.194/78, art 5; Francia, L. 1204/79, art 4; R.F.Alemana, L. 27/7/92, art 1 *1-4, art 13 *1.
- ²⁶ Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 8; Hungría, O.M. 4/73, art 10, *3.
- ²⁷ Italia, L 194/78, art 5; Finlandia, L 239/70, art 7; Noruega, L 2/60, art 4 que en la ley posterior n.50/75 no viene mencionado.
- ²⁸ Rumanía, revisión del Código Penal, relativa a los artículos 185 - 188, *Boletín Oficial de la República Socialista de Rumanía 23/4/73*, parte I, nn 55,56, pp 1-59; R.F.Alemana del 27/7/92, art 13, *1; Italia, L. 194/78, art 19.
- ²⁹ Francia, L. 17/75, Tit.1, art 1; Italia, L. 194/78, art 1.
- ³⁰ Francia, L.17/75, Tit III, sec 4, art 16.
- ³¹ Reino Unido, *Abortion Act*, 1967, art 4.
- ³² *Idem*, art 1, *3.
- ³³ Francia, L. 162/79, arts 1,12, de los trabajos preparatorios de la L. 17/75 resulta que la salud mental es equiparada a la salud física; Italia, L. 194/78, art 4; España, *Proyecto ley 23/9/92*, art 153, n 1, *2b.
- ³⁴ FNOMCEO, *Guía para el ejercicio profesional de médicos-cirujanos y odontólogos*, Medico Scientifiche s.r.l., Turín, 1994, p 235.
- ³⁵ GARNIER, M., DELAMARE, V., *Dizionario dei termini tecnici di medicina*, Marrapese DEMI, Roma, 201979, p 12.
- ³⁶ *Idem*, p 13.
- ³⁷ España, *Proyecto ley 23/9/92*, Tit II, art 153, n 1, *2; Italia, L. 194/78, art 4.
- ³⁸ España, *Proyecto ley 23/9/92*, Tit II, art 153, n 1.
- ³⁹ Italia, L. 194/78, arts 5,14.
- ⁴⁰ BALDASSARRE, *L'aborto non è un diritto costituzionale*, periódico Il Messagero 6/7/95; Italia, L. 194/78, art 1.
- ⁴¹ Dinamarca, L. 350/73, art 1.
- ⁴² Reino Unido, *Abortion Act*, 1967, art 1.
- ⁴³ FNOMCEO, *op. cit.*, p 79.
- ⁴⁴ *Código deontológico médico italiano*, 1989, Tit. III, c.VII, art 46.
- ⁴⁵ FNOMCEO, *op. cit.*, p 54.
- ⁴⁶ Italia, L. 194/78, art 9 ; Reino Unido, *Abortion Act*, 1967, art 4.
- ⁴⁷ Francia, L. 17/75, Tit II, sec I, art 162/8.
- ⁴⁸ Francia, L. 17/75, Tit III, art 13; Italia, L. 194/78, arts 2,14; R.F.Alemana, L. 27/7/92, art 1, *1,2 y art 2, *24a.

- ⁴⁹ Finlandia, L. 239/70, arts 3,4 y O.M. 359/70, art 12.
⁵⁰ Italia, L. 194/78, art 5; Francia, L. 1204/79, art 4.
⁵¹ Checoslovaquia, L. 66/86, arts 2,3; Bulgaria, O.M. 0-27/73, Tit IV, art 14.
⁵² R.F.Alemana, L. 27/7/92 art.2 *24a; Italia, L. 194/78, arts 14,15.
⁵³ Austria, L. 21/74, art 97, *2; R.F.Alemana, L. 27/7/92, arts 1,5,6 *1a,2,3b, arts 7,8,9,10 *2, art 11 *1, art 12.
⁵⁴ Checoslovaquia, Anexo al Decreto 71/73, n 14, *b; Hungría, Anexo de la O. M. 15/88, n 1, *1,2.
⁵⁵ Dinamarca, L.350/73, art.13 y Decreto 632/86; Finlandia, L.239/70, art 3; Yugoslavia, Decreto 33/60, art.14; Checoslovaquia, L. 66/86, arts 2,3 y la O. M. 29/66, art 2; Rumanía, O.M. 819/66, art 14; R. F. Alemana, L. 27/7/92, art 2, *24a, 24b; Polonia, O.M 19/11/59, art 3.
⁵⁶ Hungría, O.M. 1040/73; Francia, L. 1204/79, art 1; Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 1.
⁵⁷ Italia, L. 194/78, art 1.
⁵⁸ Francia, L. 17/75, Tit III, sec IV, art 13.
⁵⁹ Italia, L. 194/78, art 7; Bulgaria, O.M. 0-27/73, art 1a.
⁶⁰ Reino Unido, *Abortion Act*, 1967, art 1, *1a.
⁶¹ FNOMCEO, op. cit., p 236.
⁶² *Idem*, p 50.
⁶³ *Idem*, p 48.
⁶⁴ *Idem*, p 53.
⁶⁵ *Informe Warnock* sobre la reglamentación legislativa en materia de fertilización y embriología humana, elaborado por el GOBIERNO DEL REINO UNIDO con fecha 26/6/84 en los números 2,3,4 de su presentación.
⁶⁶ Hungría, O.M. 4/73, art 1.
⁶⁷ Bulgaria, O.M. 188/68, art 2; Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 3, *1.
⁶⁸ Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 1.
⁶⁹ Bulgaria, O.M. 0-27/73, art 14.
⁷⁰ Hungría, O.M. 4/73, art 2, *1d.
⁷¹ Checoslovaquia, *Disposiciones metodológicas n. 6/80*.
⁷² Bulgaria, O.M. 0-27/73, art 1c; Rumanía, Decreto 770/66, art 2f.
⁷³ JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Evangelium Vitae*, nn 8,59; *Carta a las mujeres*, n 5.
⁷⁴ JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Evangelium Vitae*, n 90.
⁷⁵ *Idem*, nn 80,95.
⁷⁶ *Idem*, n 79.
⁷⁷ *Idem*, n 101.

La filosofía personalista en los programas de educación sexual de las escuelas laicas

*Dra. Ma. de la Luz Casas Martínez**

Resumen

En la Universidad Nacional Autónoma de México, después de muchos años de impartir cursos de educación sexual desde las perspectivas biológica y neopositivista, abren en 1995 las puertas a nuevos enfoques, particularmente a la filosofía personalista, siempre bajo la cuidadosa supervisión de la Dirección General de Servicios Médicos. Para llevar esto a cabo contaron con el apoyo del grupo ENLACE, organización privada que realiza, entre otros proyectos, una labor preventiva de la infección del SIDA. En el artículo se presenta la metodología y el temario de los cursos impartidos, así como los resultados de una encuesta pre y poscurso. Se concluye que el enfoque es muy aceptado por los jóvenes, quienes han solicitado más cursos y a los que se les da formación para que transmitan lo aprendido en una modalidad de "joven a joven".

La instrucción sexual en México ha sido considerada oficialmente prioritaria desde 1984. Está fundamentada legal y metodológicamente en el "Programa Nacional de Planificación Familiar del Adolescente",¹ con dos objetivos prioritarios, la prevención: de embarazos no deseados (END) y de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

* Coordinador médico de ENLACE A.C., Maestría en Bioética, Universidad Anáhuac.

El programa está orientado a jóvenes entre 10 y 18 años que posteriormente quedarán bajo el “Programa Nacional de Población”.²

El 95% de los adolescentes que cursan estudios de enseñanza media superior en México lo hacen en las instituciones paragubernamentales del país, y por su cobertura poblacional, los programas implementados en ellas tienen una gran repercusión social. Por ley, estos programas deben ser laicos y respetar las políticas gubernamentales.

La instrucción sexual ofrecida por la Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.) se encuentra en un marco filosófico neopositivista, y acorde a la ley de los “tres estados” de Comte, pretende fundamentar los hechos en la inducción y observación histórica y sociológica.

La metodología didáctica habitualmente empleada en estos cursos es una mezcla de la “Escuela no directiva” de Rogers y los estadios de Kohlberg, que pretenden lograr la toma de decisiones personales a través del sistema de debates (con la exposición igualitaria de todos los valores) y con base en la tolerancia. El resultado es el subjetivismo y el relativismo moral.

Los cursos de instrucción sexual que se ofrecen son biologicistas, y por tanto reduccionistas y deterministas, porque aunque la abstinencia sexual es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los programas oficiales esta opción no ha sido considerada como una posibilidad real.³

Hace dos años, la U.N.A.M., a través de su Dirección General de Servicios Médicos (D.G.S.M.), decidió acceder a un programa acorde a los lineamientos de la OMS, el Centro de Control de Enfermedades Infecciosas de Atlanta (CDC),⁴ la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas⁵, la Federación Internacional de Paternidad Planificada (IPPF)⁶, Organización Latinoamericana de Lucha contra el SIDA, y muchas otras más, que reconocen que la metodología implementada a la fecha no había sido suficiente para el logro de los objetivos propuestos y que: “los esfuerzos en la prevención primaria deberían incluir la educación de los adolescentes y de los adultos jóvenes respecto a la transmisión del VIH, y el estímulo de la abstinencia o de las relaciones sexuales monógamas”. Por este motivo, ENLACE propuso su programa.

ENLACE es una organización privada que desde hace tres años realiza, entre otros proyectos, una labor preventiva de la infección por VIH/SIDA en México, a través de programas de educación sexual con

filosofía personalista, basados en las dos primeras recomendaciones de la OMS⁷ para la prevención de la infección por VIH: abstinencia y fidelidad.

En 1995 se permitió, por primera vez en la historia de los cursos de sexualidad de la máxima casa de estudios universitarios en México, la U.N.A.M., dar un curso de valores humanos en la sexualidad desde la perspectiva personalista, el cual fue impartido por ENLACE.

La propuesta del curso se basó en el logro de objetivos comunes U.N.A.M./ENLACE, pero con distinta estrategia (mismos fines, diferentes medios).

El objetivo general que se encontró en común fue “la disminución de conductas de riesgo en el adolescente”. La estrategia propuesta fue la aplicación de los principios de la filosofía personalista en el área de la sexualidad humana.

El primer curso, denominado “SE VALE DECIR, NO”, fue ofrecido en abril de 1995 a alumnos capacitados como “Promotores de salud” con edades entre 17 y 22 años del nivel medio superior de la U.N.A.M., la cual apoya a estos jóvenes para difundir el mensaje en la modalidad de “joven a joven”.

No podrían utilizarse términos que fueran en contra del programa oficial, ni de índole religioso, ni que fueran considerados con carga “moral”.

Bajo estas premisas, las autoridades de la U.N.A.M. permitieron libertad de cátedra en todo el desarrollo del curso.

Se encontró que la dificultad de aceptación al curso por algunas personas se encontraba más en el uso de los términos que en su verdadero contenido, por lo que se propuso cambiar algunos de ellos.

— Se acordó utilizar los siguientes términos:

Persona, espíritu, trascendencia, complementariedad, subsidiariedad, paz, responsabilidad, impulso, autoestima, asertividad, perdón, libertad.

— Se acordó utilizar las siguientes expresiones en vez de términos considerados con “carga moral”:

<i>Término propuesto</i>	<i>Término original</i>
— Hábitos operativos adecuados	virtud
— Hábitos operativos inadecuados	vicio

— Hábitos para alcanzar lo difícil	fortaleza
— Hábitos para limitar lo fácil de alcanzar	templanza
— Pareja estable	matrimonio
— Dirigencia interna	conciencia moral
— Posponer la relación sexual	abstinencia sexual
— Inadecuado	malo
— Adecuado	bueno
— Donación de sí (darse)	sacrificio
— Deseo genital	concupiscencia

Sabemos que varios de los términos del acuerdo no son unívocos en la práctica, pero se aceptó porque durante el curso se tendría la posibilidad de explicar la definición personalista.

La presentación de la fundamentación filosófica conceptual del programa de ENLACE, para su aceptación por la U.N.A.M., debería estar basada en autores reconocidos, de preferencia laicos, por lo que la justificación de términos se tomó de los siguientes autores, solamente en el ámbito de competencia del concepto, y no de toda su filosofía.

Conceptos tomados de Max Scheler:

- Concepto de valor,
- Jerarquía de valores,
- El valor moral y la persona humana.

Se escogió a Scheler porque en el terreno axiológico afirma la objetividad, aprioridad y absoluto de los valores, lo cual es contrapostura del concepto relativista imperante, aunque reconocemos que la sola intuición emocional es deleznable como fundamento último de captación de valores, y que esta se fundamenta en el dinamismo de la actividad espiritual.

Conceptos tomados de Gabriel Marcel:

- Concepto de misterio,
- Ser y tener,
- Compromiso,
- Comunicación con los demás,
- “Nosotros”,
- Persona.

La fundamentación del concepto de “misterio” como necesidad de vivencia personal, así como la de “compromiso” como fundamentación

de la responsabilidad ante “los otros”. Se apega en mucho a la fundamentación personalista. Marcel habla también del concepto de “cosificación humana” como un bien útil, el cual es aplicable al concepto unicista de la persona.

Conceptos tomados de Martin Heidegger:

- Necesidad de que el hombre dé sentido a las cosas,
- “Ser en el mundo”,
- Existencia inauténtica y auténtica.

Estos conceptos son muy útiles para fundamentar la necesidad de dar sentido a las acciones y a las cosas, necesidad social y necesidad de vida auténtica. Sus definiciones son aceptadas con facilidad por el ámbito científico y humanístico.

Conceptos tomados de Víctor Frankl:

- Necesidad de sentido de la vida, vacío existencial,
- Concepto de sufrimiento,
- Concepto de solidaridad y subsidiariedad.

Sus conceptos son básicos para comprender el amor de benevolencia y trascendencia, así como de la necesidad de luchar contra el egoísmo. Su filosofía es muy accesible y de fácil aceptación por los jóvenes.

El marco filosófico general es de Emmanuel Mounier.

Los objetivos conceptuales del curso son:

- Concepto unicista de la persona como unidad bio-psico-social-espiritual.
- Necesidad de armonización de los diversos dinamismos de la persona.
- Integración y jerarquía objetiva de los diversos dinamismos humanos.
- Reconocimiento de que el espíritu constituye la especificidad del ser humano, por tanto, los valores espirituales son más propios del hombre.
- Conceptualizar el impulso sexual como una energía creadora, capaz de ser canalizada a diversas obras creativas.
- Reconocimiento del autodomínio como manifestación de la inteligencia y voluntad humanas.

— Necesidad de reconocer la sexualidad humana como una responsabilidad ante uno mismo y ante los demás.

— Conceptualizar el amor conyugal como donación incondicional, por tanto total, definitiva y unitiva.

El fundamento principal del curso se basó en el concepto de persona como unidad substancial cuerpo-espíritu que, por su misma presencia —diferente a las cosas y los animales—, reclama respeto. De esta premisa parte el concepto de autoestima, asertividad y libertad humana.

El ser humano es “ser para los demás”, por lo que el concepto de autorrealización se basa en la “búsqueda del bien para los demás”.

El curso constó de 8 sesiones participativas, de tres horas de duración cada una, con un total de 24 horas, con dinámicas personales y grupales (se creó un manual de 50 dinámicas para este fin).

<i>Contenidos temáticos</i>	<i>Objetivos</i>
1. ¿Qué es la persona?	Concepto unicista de la persona. Libertad, responsabilidad, respeto. El ser humano y su papel en la creación, concepto ecológico de la persona. Significado de la sexualidad humana Sexualidad y procreación humana.
2. Amor y enamoramiento	Sexualidad humana: bio-psico-trascendente. Diferencia y complementariedad masculina y femenina. Diferencia entre instinto e impulso. Diferenciar deseo-afectividad y amor. Educabilidad del impulso. Aspectos neurofisiológicos del impulso sexual. Aspectos psicológicos de la afectividad. Aspecto trascendente del amor. Amor como necesidad humana. Familia e hijos como trascendencia.
3. Autoestima, Yo y mis valores	Necesidad de respeto emanado del concepto de persona. Autorrealización, en el bien para los demás. Concepto de solidaridad. Necesidad de valores firmes en una escala objetiva.

- | | | |
|----|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | Asertividad ¿Cómo decir no, sin sentirte culpable? | Derecho de respeto a los valores emanados de una escala objetiva.
Técnicas del manejo de la asertividad.
Derechos y límites de los demás. |
| 5. | ¿Cómo manejar el impulso sexual? | Impulso sexual como energía creadora.
Jerarquización de los componentes bio-psicológicos a los espirituales de la persona.
Reconocimiento de la posibilidad de diferir el acto genital en el hombre.
Formación de hábitos operativos adecuados en la sexualidad humana: para persistir en lo difícil de alcanzar y para limitar lo fácil de alcanzar.
El papel de la sublimación en el manejo de la energía sexual. |
| 6. | Por qué decir no. | Razones para posponer las relaciones sexuales hasta la unión estable. |
| 7. | Diferentes tipos de noviazgo | ¿Cuál es el objetivo del noviazgo?
Noviazgos destructivos y relaciones co-dependientes.
Noviazgos constructivos. |
| 8. | Compromiso personal en el manejo de la sexualidad | Necesidad de reflexión personal en la toma de actitudes en la sexualidad humana.
Compromiso personal, como reflexión de dirigencia interna.
Renovación de actitudes. Necesidad del perdón a uno mismo y a los otros para lograr un cambio de actitudes más positivas. |

Constatamos cambios de actitud pre y poscurso por medio de una encuesta de 20 reactivos entre los cuales señalamos:

	<i>Precurso</i>	<i>Postcurso</i>
Concepto de persona	Dualista: 87% Unicista: 13%	Dualista: 2% Unicista: 98%
¿Qué importancia das a las relaciones sexuales en el noviazgo?	85%	45%

¿Crees que es posible posponer las relaciones sexuales hasta una unión estable?	Sí: 45%	Sí: 85%
¿Se deben dar valores humanos en los cursos de sexualidad?	Sí: 55%	Sí: 100%
¿Deseas promover valores humanos en tus propios cursos?	Sí: 55%	Sí: 100%
¿Crees que este curso puede ser aplicado en tu vida diaria?		Sí: 100%

El curso fue evaluado por los participantes como “Excelente”, y por las autoridades como “Muy bueno”. A petición de los mismos jóvenes ante la DGSM se ha repetido el curso, siendo que en este año se ofrecerá el tercero de ellos, ampliado al personal de enfermería y trabajo social.

Creemos importante participar nuestra metodología, con la finalidad de impulsar nuevas experiencias educativas y terminar con el prejuicio de que no es posible promover valores personalistas en la sexualidad humana en el marco de las escuelas laicas y/o neopositivistas.

Aunque la educación de la sexualidad humana es primero ética y luego biológica, por razones pragmáticas, como es la emergencia de la prevención de las ETS y el END, ha sido encargada especialmente al personal de salud, de donde provienen la mayoría de los programas y quienes generalmente, por cierta deformación profesional, aplican la metodología empírica o positivista a sus programas, olvidando el marco ético que toda conducta humana tiene.

Ya que la mayoría de los jóvenes que tomaron el curso son “Promotores de salud” en sus planteles, se dará un seminario de asesoría permanente para ayudarles a desarrollar acciones de fomento de valores en sus escuelas, pues estamos conscientes de la necesidad de apoyo constante para el logro de hábitos adecuados, así como de que sus propuestas se enfrentan a un ambiente hostil e intolerante.

Estamos conscientes también de las limitaciones del curso, pero aún así consideramos esta apertura institucional, cerrada por 52 años, un logro para poder implementar cursos con base en la filosofía personalista.

En la evaluación del curso pudimos palpar la necesidad de esta propuesta, en comentarios como:

“Nunca había oído nada semejante...” refiriéndose al concepto de la dignidad de la persona, de amor, de perdón.

“Yo creía que ya nadie compartía mis valores”.

“Esto es lo que los jóvenes necesitábamos”.

“Ya hemos recibido muchos cursos de sexualidad donde nos enseñan cómo tener relaciones sexuales, y el uso de anticonceptivos, pero queremos saber si eso está bien o está mal...”.

Existe una gran responsabilidad en los programas comunitarios y oficiales que se realizan en el ámbito de la sexualidad, por ser este un tema especial, que incide integralmente en la persona, y cuya formación o deformación cambia radicalmente la perspectiva de realización humana. Los educadores sexuales, y en especial el personal de salud, son figuras de autoridad en los jóvenes, y sus conceptos, por ser considerados científicos, son en muchas ocasiones aceptados *a priori*, aunque los conceptos vayan en contra de su educación personal y familiar.

Para concluir, queremos agradecer al Dr. Manuel Michel C., Director; a la Dra. Gloria Ornelas, Subdirectora de enseñanza e investigación; a la Lic. Alicia Argüelles, Jefe del Depto. de Prevención de Adicciones, y a los miembros de la D.G.S.M. de la U.N.A.M. todas las facilidades para el desarrollo de este curso.

Para comunicaciones sobre este artículo favor de dirigirse a:

ENLACE A.C.
Av. Revolución 1387,
San Angel, México, D.F.
Tel y fax: 662-89-66

Referencias bibliográficas

¹ CONAPO, *Programa de Planificación Familiar del adolescente 1990-1994*, Talleres Gráficos de la Nación, 1990.

² CONAPO, *Programa Nacional de Población 1995-2000*, Talleres Gráficos de la Nación, 1995.

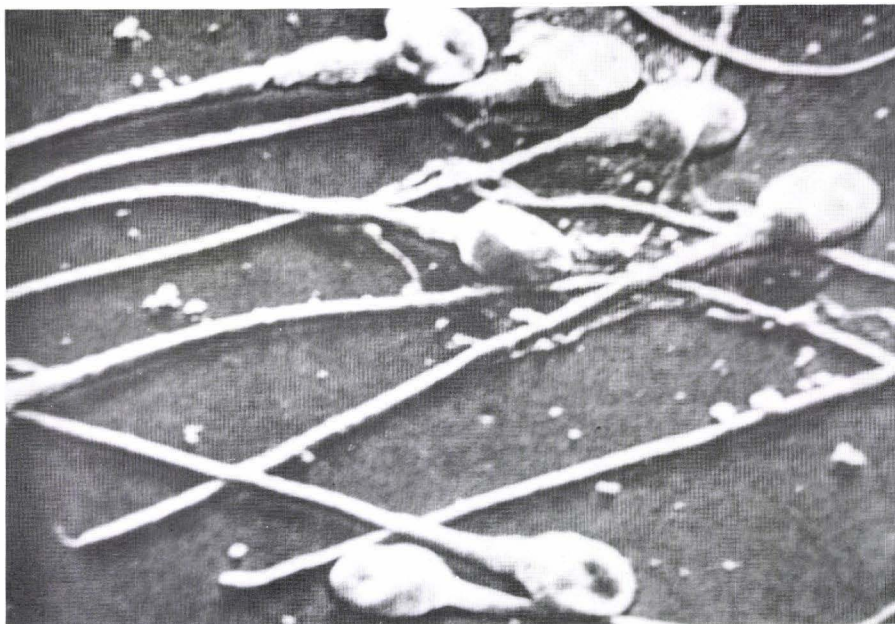
³ *Alternativas para manejo del impulso sexual*. SEP. 1987.

⁴ Cfr. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1987.

⁵ Cfr. *The Journal of Infectious Diseases*, 1988.

⁶ Cfr. *Reporte anual de actividades de IPPF* en 1994.

⁷ *Diez puntos sobre el SIDA para el día mundial del SIDA*, Boletín mensual SIDA/ETS, vol 5, no.9, 1991, pp. 2020-2021.



Espermatozoides humanos al microscopio

Evaluación científica y ética de un método para la obtención de muestras diagnósticas del líquido seminal humano

A. G. Spagnolo*, A. Mancini**, De Marinis** D. Chiarenza***,
C. Le Pera***, M. L. Di Pietro*, E. Giacchi***, G. Pompa**

Resumen

Numerosas situaciones clínicas requieren la obtención de líquido seminal con fines de diagnóstico. Habitualmente este líquido se obtiene mediante masturbación, pero ese método suscita objeciones de carácter psicológico y ético.

El artículo explica los resultados de un estudio llevado a cabo en 30 pacientes, 17 de los cuales se sometieron a obtención del esperma con un vibrador apropiado clínico (Viricare). El resultado fue positivo en el 64.7 por ciento de los casos (11/17).

Los autores concluyen que aun con una casuística intencionalmente limitada, que se habría de verificar posteriormente en un mayor número de pacientes, el Viricare puede constituir una alternativa válida a la masturbación no sólo en el ámbito de los hospitales católicos, sino en todas las estructuras sanitarias en las que se practica la obtención del líquido seminal, a fin de proporcionar una alternativa a personas sensibles a la problemática psicológica y ética que tal examen de diagnóstico puede suscitar.

Institutos de * Bioética, ** Endocrinología y *** Microbiología, **** Centro de Estudios e Investigaciones sobre la Regulación Natural de la Fertilidad, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Roma.

Introducción

Diversas situaciones clínicas tanto dentro de la vida conyugal (problemas de infertilidad) como fuera de ella (traumas, flogosis, patologías específicas, prognosis de fertilidad, etcétera) requieren la realización de diversos análisis de laboratorio en el líquido espermático del hombre que permitan precisar un diagnóstico y la eventual conducta terapéutica buscada (por ejemplo, la ejecución de un antibiograma para potenciar la terapia antibiótica en caso de patología infectiva).

La necesidad clínica de disponer de muestras de espermatozoides para efectuar las investigaciones diagnósticas de laboratorio se presenta, así, como una exigencia análoga a la de la obtención de muestras de otro material biológico del organismo (como la sangre, la orina, las heces, el líquido cefalorraquídeo, etcétera).

La modalidad con que se obtiene actualmente el espermatozoides con fines de diagnóstico es mediante la masturbación (o, como se dice en lenguaje científico, *ipsación*), la cual, por sus aspectos no sólo morales sino también psicológicos, presenta a menudo dificultades para ser llevada a cabo por el sujeto que debe someterse a ella. El malestar se da incluso en sujetos que no se declaran católicos, aunque son los católicos los que con más frecuencia advierten el problema, induciéndoles a veces a desistir del examen mismo.

Además de la masturbación, y para obviar los problemas que esta suscita, se han propuesto otras modalidades diversas,¹ vinculadas con la relación conyugal cuando el sujeto está casado (*coitus interruptus*, coito con condón perforado, obtención postcoital en la vagina, recolección de espermatozoides residual de la uretra [*efluvium seminis*], etcétera) o fuera de la relación conyugal (obtención de muestras en la uretra después de una polución involuntaria, electroeyaculación, exprimiendo la uretra o las vesículas seminales, punción del epidídimo o del canal deferente, biopsia testicular).

Sin embargo, ninguna de estas técnicas alternativas parece permitir la recolección de muestras idóneas, sin tomar en consideración el hecho de que algunas de ellas resultan incluso muy cruentas, peligrosas o complicadas, como se verifica por ejemplo en la obtención por punción del epidídimo. En el coito interrumpido, además de la no aceptabilidad moral, se llega a perder la parte inicial de lo eyaculado y la muestra no

resulta representativa; en la relación con condón el contacto con el látex puede determinar una alteración de la movilidad de los espermatozoides (aun cuando no todos concuerdan sobre este efecto) además de “contaminar” al esperma mismo cuando se trata de dar un diagnóstico de patología infectiva; la obtención desde la uretra después de una polución involuntaria o incluso después de una relación conyugal, tampoco sería representativa de todo el esperma.

Numerosos autores han hecho muchas otras objeciones científicas, y todos concuerdan en el hecho de que la única manera satisfactoria de obtener el líquido seminal es mediante la masturbación y recogiendo lo eyaculado en una probeta de vidrio.²

Efectivamente, el líquido seminal resulta ser un compuesto por así decir “dinámico”, esto es, que se forma en el momento en que es eyaculado, al estar constituido en un 3 por ciento por la secreción de las glándulas bulbo-uretrales, en un 20 por ciento por la secreción prostática, en un 7 por ciento por los espermatozoides y por el fluido ampular, y en un 70 por ciento por la secreción de las vesículas seminales. Por consiguiente, cualquier obtención de muestras fuera de la eyaculación correspondería siempre a una muestra parcial.

Desde el punto de vista de la moral católica, el obtener lo eyaculado mediante la masturbación presenta dificultades, en cuanto que la masturbación constituye un acto “intrínsecamente no moral”. En efecto, la estructura de la vida sexual orienta la actividad voluntaria de los actos sexuales a la vida conyugal y las repetidas declaraciones del Magisterio señalan a la masturbación como un acto “intrínsecamente” desordenado (*intrinsece malum*), es decir, fuera del orden moral.³ Hay que hacer notar, sin embargo, que algunos teólogos, interpretando de otra manera las indicaciones del Magisterio, consideran que se puede distinguir entre la masturbación llevada a cabo como una búsqueda de satisfacción sexual (autoerotismo) y la que busca inducir la eyaculación y recoger así el esperma que se va a analizar. Según estos teólogos, la intencionalidad del acto condicionaría de manera substancial la eticidad del acto mismo, y concluyen considerando lícita una “masturbación” procurada para obtener el esperma; más aún, proponen que la acción de obtener de este modo el esperma no debería llamarse masturbación.⁴

Hay que notar, no obstante, que frente a esta finalidad lícita, el medio por el que se alcanza es inaceptable en sí, en cuanto que, aun cuando la intención no sea el autoerotismo, se pone en marcha deliberadamente una estimulación genital directa, a la que sigue el orgasmo, al margen de cualquier intencionalidad relacional. Y todo esto es inevitable e inseparable de dicha técnica.

Pero el problema se plantea también a otro nivel: diversos sujetos experimentan una sensación de malestar, aunque sólo sea psicológico, al obtener el esperma de esta manera, y a menudo se rehúsan a hacerlo. Esta dificultad la subrayan los médicos quienes, incluso a nivel científico, no dejan de sugerir tener gran cautela, sobre todo en los pacientes jóvenes. A este propósito, dos calificados autores escriben que “no conviene solicitar el examen en modo alguno si el paciente no está en condiciones de apreciar todas las implicaciones de la solicitud”.⁵

Se da, finalmente, una situación ambigua, que se presenta sobre todo en los establecimientos católicos de salud en cuyos laboratorios se efectúa rutinariamente el examen del líquido seminal. En tales instituciones, adoptando una interpretación contradictoria de un discurso de Pío XII,⁶ se proporciona al paciente la probeta, pidiéndole que la devuelva con la muestra de esperma que se va a examinar, fingiendo ignorar que el paciente de hecho no tiene otra alternativa para obtener el líquido seminal, ni tampoco se la proponen.

De aquí el interés para la ciencia y para la ética de encontrar una modalidad de obtención del esperma que sea científicamente válida y psicológica y moralmente aceptable, para sugerir como alternativa a la masturbación a cuantos tienen necesidad de someterse al examen. Por lo demás, “otra cosa es si el médico obtiene el esperma del organismo de otra manera lícita en el caso en que esto fuese realmente posible”.

Este interés ha sido reiterado incluso por el Comité Nacional de Bioética italiano, el cual subrayaba en un documento que, respecto de la recolección del líquido seminal, el recurso a la masturbación puede comportar para algunos médicos y pacientes interesados ciertos problemas y perplejidades de orden psicológico y de moral personal, además de religiosos. Por consiguiente, recomendaba que en la relación médico-paciente se salvaguarde estrictamente el pleno respeto a las convicciones culturales y religiosas y a la dignidad personal del paciente en cuanto a la recogida del semen. Además, por parte del especialista,

deberá en cualquier caso garantizarse la plena información sobre eventuales métodos alternativos a la masturbación, científicamente válidos, a los cuales el paciente debe de todos modos dar su consentimiento.⁷

Nuestro estudio piloto

Ya hace unos años consideramos la posibilidad de ofrecer a los pacientes una alternativa válida a la práctica común de la “masturbación” a fin de obtener muestras del líquido seminal.⁸ A este propósito, estructuramos un estudio experimental con el objetivo primario de evaluar la obtención de una muestra de esperma con fines diagnósticos mediante el uso de un instrumento vibrador capaz de inducir, con una determinada frecuencia, la eyaculación. El instrumento estudiado es un vibrador clínico⁹ utilizado para el diagnóstico de la impotencia de erección, pero también para la obtención de esperma en sujetos parapléjicos, con la sucesiva finalidad de inseminación artificial.¹⁰ El objetivo secundario era el de verificar el grado de aceptabilidad por parte de los sujetos.

La eyaculación, que se puede obtener modificando oportunamente la frecuencia del vibrador, no se debería a la estimulación de los receptores sensitivos, sino de los barorreceptores, que son precisamente estimulados con frecuencias muy determinadas, independientemente del logro del orgasmo o ni siquiera de cualquier estimulación erótica. La disociación entre los dos fenómenos es evidente en diversas situaciones, por ejemplo, en los sujetos parapléjicos que en el curso de las relaciones sexuales tenían erección normal y orgasmo, pero no eyaculación, ésta era inducida con el vibrador, por estimulación reflexogénica de los presoeptores, independientemente de llegar al orgasmo. Además, la eyaculación determinada por el instrumento se puede verificar también en sujetos afectados de anorgasmia y de ausencia de erección. En la hipótesis del uso de un instrumento semejante parecerían estar ausentes los diversos componentes que constituyen el acto masturbatorio (además de la intencionalidad, también la estimulación directa del órgano genital y las sensaciones eróticas). En las condiciones que acabamos de citar, esto nos parece que se puede configurar como plenamente aceptable desde el punto de vista ético y psicológico, porque se expresa e inscribe en un “lenguaje corporal” totalmente diferente del acto masturbatorio.

El estudio en sí nos pareció éticamente fundamentado en cuanto que iba dirigido a aclarar la verdadera naturaleza moral de este tipo de intervención, no habiendo elementos ciertos de juicio, además de la misma validez clínica. Sin embargo, se solicitó su parecer al Comité de ética de nuestra Universidad, el cual autorizó el estudio.

Metodología del estudio

Se trató de un estudio piloto abierto, sin grupo de control, que duró de noviembre de 1991 a abril de 1992. Se incluyeron pacientes de más de 18 años de edad que dieron su consentimiento y que acudían a la consulta externa de Microbiología de la Universidad Católica con indicación médica de exámenes de cultivo del esperma, único tipo de análisis practicado actualmente en nuestra Universidad sobre el líquido seminal.

En el momento en que los usuarios, previa cita, se presentaban en la consulta de microbiología para llevar a cabo el examen de cultivo del líquido espermático, recibían un formulario informativo preliminar (Tabla 1) en el cual se les ofrecía la posibilidad alternativa de obtener el esperma mediante el uso del vibrador. Si el sujeto se interesaba en el estudio, era invitado a entrevistarse con un médico que le presentaría todo el protocolo. Si el sujeto no se interesaba, era libre de producir la muestra del líquido espermático con las modalidades consideradas por él más oportunas y en este caso era invitado, siempre con la máxima libertad, a indicar al pie del formulario, de manera totalmente anónima, el motivo por el que no estaba interesado.

Tabla 1

Módulo informativo preliminar entregado a todos los pacientes que se presentaban en la Policlínica "Gemelli" solicitando al médico que hiciera el examen de cultivo del líquido espermático

Estimado señor:

En el ámbito de las pruebas que está haciendo se le ha pedido, por parte de su médico, el examen de cultivo del líquido espermático. Usted deberá entregar en una probeta que

se le proporcionará el líquido espermático que se produce en el transcurso de la eyaculación. Se le dirá, o habrá pensado, que el medio más común utilizado en la práctica es la masturbación, práctica que no todos aceptan de buen grado por motivos de orden moral y religiosos, por motivos psicológicos o por otros motivos.

A fin de ayudar a quienes, teniendo que llevar a cabo el análisis de cultivo, tienen estos problemas en la obtención del esperma, nuestra Universidad quiere ofrecer a los usuarios la oportunidad de utilizar, con la máxima reserva, un pequeño aparato que puede hacer que se obtenga una muestra de esperma sin tener que recurrir a la masturbación.

Si usted desea aprovechar esta técnica, participando así en el estudio que estamos haciendo, puede pedir más información a los médicos que se le indican a continuación. Si no lo desea, puede producir la muestra de esperma de la manera que usted considere más oportuna, entregándola luego donde se le indique. Sin embargo, estamos interesados en conocer su opinión acerca del problema, por lo que le pedimos libremente y de manera anónima que marque con una señal el recuadro correspondiente a la(s) respuesta(s) abajo indicada(s) que más se acerca(n) a lo que usted piensa.

- Encuentro el estudio interesante, pero no tengo tiempo.
- Conozco ya la técnica y no la considero útil.
- No considero que se planteen problemas morales al respecto.
- Ya he hecho este examen y no he tenido problema alguno.
- Otras:

El sujeto sensibilizado era invitado, después, a entrevistarse con un médico del grupo de investigación, o en las consultas del Centro de Estudios e Investigación para la Regulación Natural de la Fertilidad o de Microbiología, donde se les explicaría toda la investigación, informando exhaustivamente de palabra y mediante una hoja informativa sobre las finalidades y las modalidades del uso del vibrador, a fin de obtener su consentimiento informado. La simplicidad del aparato permitiría al sujeto llevar a cabo de manera autónoma y totalmente reservada la obtención del líquido seminal, que se recogería dentro del contenedor esterilizado que le proporcionaría previamente el departamento de Microbiología. El médico seguía, no obstante, estando a su disposición para cualquier ulterior aclaración y las eventuales dificultades que se presentaran en el curso del procedimiento.

Después de recoger el líquido seminal, el paciente entregaba el recipiente con la muestra para efectuar el examen requerido. Se le invitaba, además, a llenar un cuestionario (Tabla 2) por el cual se podrían conocer todas las repercusiones subjetivas del uso del aparato, comparándolas eventualmente con experiencias personales precedentes de obtención del líquido seminal.

Tabla 2

Cuestionario para los pacientes que se someten al uso del Viri-care para la obtención del esperma

1. ¿Es la primera vez que se somete a la obtención del líquido seminal?

Sí
 No

(Si no es la primera vez)

2. ¿De qué manera ha recogido otras veces la muestra?

masturbación
 coito interrumpido

otras

(especificar): _____

3. Los exámenes anteriores le han proporcionado:

ninguna molestia
 malestar psicológico
 escrúpulos morales
 malestar por el ambiente en que se realizó
 molestia física

otras

(especificar): _____

4. ¿Le ha ocurrido las otras veces no lograr obtener la eyaculación?

Sí
 No

De ser afirmativo, ¿por qué motivo? _____

5. La prescripción de este examen por parte de su médico le ha dado:

molestia
 preocupación

_____ rechazo inicial

ningún

problema _____

6. ¿Ha consultado a alguien antes de someterse al examen?

_____ un sacerdote

_____ otras personas que lo habían llevado a cabo

_____ moralistas

otros _____

(En ambos casos)

7. El uso de aparatos le ha causado subjetivamente:

_____ dolor

_____ molestia

_____ placer

_____ intranquilidad

_____ estimulación erótica

ninguna

sensación _____

8. Teniendo que llevar a cabo nuevamente el examen ¿consideraría útil utilizar el VIRI-CARE?

_____ Si

_____ No

9. En relación con la eventual precedente recogida del esperma mediante la masturbación, ¿cómo juzga este aparato?

_____ más sencillo

_____ más artificioso

_____ más aceptable psicológicamente

_____ más aceptable moralmente

_____ superfluo

otros _____

Reservado al médico

Duración del examen _____ Erección (SI) (NO)

Frecuencia aplicada _____ Eyaculación (SI) (NO)

Una parte del cuestionario contenía, en cambio, datos técnicos sobre la instrumentación, cuya compilación competía al médico presente en la sesión. Los cuestionarios constituyeron el material que evaluamos sobre todo desde el punto de vista cualitativo, pero también desde el punto de vista estadístico aunque el número de casos fue limitado.

La investigación se llevó a cabo siguiendo los principios éticos concernientes a la experimentación en el hombre. En particular, el estudio se inició sólo después de haber obtenido el parecer del Comité de ética y el consentimiento se obtuvo tras proporcionar la más amplia información a los sujetos.

Durante el estudio, los investigadores pusieron especial atención a la actitud y a las reacciones de los sujetos (pudor, temor al escándalo, fantasías eróticas, etcétera).

Como es usual, se garantizó el anonimato de las personas que aceptaron participar en el estudio.

No se han previsto, ni han sido descritos en la literatura, riesgos relativos al uso del instrumento. La posibilidad teórica de la transmisión de una infección dado el uso promiscuo del instrumento (situación que, por lo demás, nunca se ha presentado en todos los experimentos referidos por la literatura) se excluyó totalmente con la aplicación de una película protectora desechable sobre la superficie de apoyo del instrumento.

Resultados

Se invitó a un número total de 30 pacientes entre 25 y 35 años de edad a participar en el estudio durante el período de noviembre de 1991 y abril de 1992. En particular, 16 pacientes fueron contactados en el Centro de Estudios e Investigaciones para la Regulación Natural de la Fertilidad (grupo A), y 14 en los Departamentos de Embriología (grupo B). Del grupo B sólo cinco aceptaron someterse a la prueba. De los nueve pacientes que se decidieron a no participar, siete llenaron el cuestionario (Tabla 2), marcando las siguientes respuestas:

- encuentro el estudio interesante pero no tengo tiempo (n = 3);
- no considero que haya problemas morales al respecto (n = 2);
- ya he hecho este examen y no tengo ningún problema (n = 4).

De los cinco pacientes que se sometieron al test, sólo dos obtuvieron resultados positivos (eyaculación después de 20-25 minutos, con aplicación de una frecuencia de 72-137 Hz). De estos, un individuo no se había sometido nunca al examen y hablaba de “preocupación”; el segundo no había manifestado en anteriores ocasiones problema alguno. Ambos subrayaron lo reservado del aparato, definido como “más sencillo” en un caso y “más artificioso” en el otro. En uno de los dos pacientes la eyaculación se verificó sin erección.

De los tres pacientes restantes, uno era el primer examen y de nuevo manifestaba “preocupación”, los otros dos habían efectuado anteriormente dicha recolección sin ningún problema.

El uso del aparato no determinó ni erección ni eyaculación en dos sujetos, y la erección sin eyaculación en un sujeto. Los dos primeros definieron el uso del aparato como más artificioso y no se someterían nuevamente a él; el tercero (al primer examen) lo definió en cambio como sencillo y se habría sometido nuevamente al uso, aun habiendo obtenido por el momento resultado negativo.

De los 16 pacientes del grupo A, sólo cuatro no se sometieron, indicando los siguientes motivos:

- no considero que haya problemas morales al respecto (n = 3);
- ya he hecho este examen y no he tenido problema alguno (n = 2).

Uno de los sujetos precisó: “psicológicamente es difícil para mí accionar este aparato”.

De los doce pacientes que se sometieron al test, tres obtuvieron resultado negativo. De estos, dos sujetos registraron notables trastornos psicológicos sobre el problema sexual en general y no lograron obtener líquido seminal ni siquiera con masturbación en exámenes anteriores; estos dos sujetos no tuvieron erección con el vibrador y un sujeto consideró oportuno volver a someterse al examen al día siguiente, presentando el mismo resultado. Un tercer sujeto presentó erección pero no eyaculación, definiendo al aparato como “suficientemente reservado” y “más aceptable psicológicamente”.

Los restantes nueve pacientes obtuvieron resultado positivo en el examen. En ocho se observó el fenómeno de erección (no siempre definido como completo) y en un sujeto, disociación de los dos reflejos. De estos sujetos, dos se sometían por primera vez a un examen del líquido seminal, pero la prescripción del examen no había provocado ningún

problema; siete se habían sometido anteriormente a otros análisis del líquido seminal, de los cuales uno sólo por el método del vibrador, y seis con la masturbación; de estos últimos, dos no habían logrado obtener el líquido seminal con la masturbación.

En este grupo de nueve pacientes el uso del aparato fue definido como "reservado" (n = 6), "simple" (n = 3), "indagatorio" (n = 3). De las sensaciones experimentadas, refirieron: "ninguna sensación" (n = 3), "estimulación erótica" (n = 4), "placer" (n = 2), "angustia" (n = 1). Respecto de la obtención por masturbación, el uso del aparato fue definido como "superfluo" (n = 2), "más simple" (n = 2), "más aceptable psicológicamente" (n = 5).

Siete pacientes afirmaron que, en caso de necesidad de nuevos análisis del líquido seminal, se someterían al vibrador, mientras esa indicación fue negativa para los otros dos.

Discusión

Los resultados obtenidos demuestran que el vibrador clínico puede constituir un método eficaz para obtener una eyaculación en un elevado porcentaje de sujetos. Aunque en la mayoría de los casos el reflejo se asociara a un fenómeno de erección, la mayor parte de los sujetos no experimentaron sensaciones anormales durante el proceso. En algún caso, el aparato permitió la recolección de la muestra en sujetos que habían tenido dificultad para obtenerlo por "masturbación".

El análisis de los resultados presentados permite formular algunas observaciones. La prescripción del examen del líquido seminal acarrea al paciente una preocupación psicológica, vinculada especialmente con el malestar por el ambiente en que se efectúa la obtención de la muestra por ipsación. La diferencia de los resultados observados por nosotros en el grupo A y en el grupo B refuerza esa convicción y la extiende incluso al resultado al obtener la muestra de líquido seminal con el uso del instrumento. Cuando el examen se ha efectuado en locales comúnmente destinados a otros procedimientos de obtención de muestras, en un ambiente aislado pero no lo suficiente, el porcentaje de éxito ha sido notablemente inferior, hasta el punto de inducirnos a no aumentar el grupo de experimentación.

Un ambiente más reservado, como el dispuesto por el Centro de Estudios e Investigaciones para la Regulación Natural de la Fertilidad, fomentó una mejor relación médico-paciente. En la recopilación de los datos anamnésticos, efectuada rutinariamente antes de la recogida de la muestra, los pacientes tendían a exponer sus propios problemas sexuales y/o de fertilidad, situando la ejecución del examen en un contexto más general referente a su propia vida reproductiva. Se comprobó a menudo que el usuario preguntaba al médico investigador los motivos del examen, demostrando así que con frecuencia, al momento de la prescripción del examen por parte de su propio médico o del especialista, la problemática no había sido aclarada enteramente al paciente. Substancialmente, ha emergido el carácter especial de este examen, que no puede ser considerado como cualquier otra comprobación de laboratorio. En los ambientes de microbiología prevaleció en el usuario la equiparación del examen con las otras comprobaciones, con el deseo de concluir apresuradamente la modalidad de obtención de la muestra, logrando una menor incidencia de eficacia del instrumento al inducir la eyaculación.

A propósito de la falta de eyaculación, hay que observar que ese resultado podría ser referido a alteraciones iniciales del arco reflejo implicado y el instrumento podría indicar, de esta manera, situaciones que deberían requerir ulterior profundización neurofisiológica (la técnica demuestra, pues, también una utilidad diagnóstica). El fallido logro de la eyaculación, de todos modos, puede verificarse por motivos puramente psicológicos, cosa que, por otra parte, se ha descrito también en el caso de la obtención de la muestra mediante masturbación.

Del estudio emerge también otra consideración y es que las preocupaciones concernientes al examen parecen ser sobre todo de tipo psicológico y menos evidentes en el plano moral-religioso. En algún caso el experimento puesto en marcha fue, en sí mismo, un procedimiento de sensibilización a un problema de seguro incómodo y comprometedor, que se debe formular en el momento en que se prescribe el examen. En esa ocasión, según la cultura y la sensibilidad del médico que lo prescribe, tal cuestión debería ser preliminarmente subrayada para evitar que el paciente se encuentre en el laboratorio totalmente desprevenido y desinformado sobre las características, modalidades y finalidades del examen al que se somete. Esta actitud, efectivamente, permitiría respetar la libertad del paciente que debe efectuar los exámenes y que podría

tener dificultades de diverso tipo, independientemente de la orientación ética del médico que lo prescribe.

El vibrador representa, de todos modos, una posible alternativa a la ipsación, y se debe proponer su uso a quien tiene que someterse necesariamente a un análisis del líquido seminal. Sus características, que permiten una oportuna reserva y una simplicidad de uso —tal como emergieron de nuestro estudio preliminar—, pueden hacer que se cuente, por el momento, entre los métodos más apropiados de obtención de muestras, para mantener el respeto de la persona que lo utiliza. El esfuerzo continuo de los investigadores, en cualquier caso, debe encaminarse a profundizar en tales problemas, hasta que se pueda introducir en todos los laboratorios de base un método simple y universalmente adoptable.

Conclusiones

A pesar de la casuística intencionalmente limitada, nos parece que los resultados de este estudio preliminar pueden ser ofrecidos a la reflexión de aquellas instituciones sanitarias católicas en las cuales se efectúa el examen del líquido seminal. Sin embargo, dadas las implicaciones de orden psicológico, creemos que cualquier estructura sanitaria debe plantearse el poder ofrecer una alternativa a los sujetos que deben someterse al examen, siempre que se muestren sensibles a los problemas indicados. Es oportuno, sin embargo, verificar ulteriormente los datos recabados por nosotros con una casuística más amplia. Serán necesarios, por eso, nuevos estudios, eventualmente multidisciplinarios, para poder llegar a resultados definitivos.

Referencias bibliográficas

¹ DUNN, H.P., *Semen examination*, Linacre Quarterly 1987, 54 (1): 88-91.

² WILLIAMS, R.H., *Textbook of endocrinology*, Filadelfia: Saunders, 1981, p. 314.

³ A la pregunta específica de si es lícita la "*masturbatio directe procurata ut obtineatur sperma* (la masturbación directamente procurada para obtener el esperma), el Sto. Oficio por Decreto del 2 de agosto de 1929 dio respuesta negativa (AAS, 1929, xxi: 490). Posteriormente, Pío XII ha repetido su no licitud en el *Discurso a los participantes en el XXVII Congreso de la Sociedad Italiana de Urología*, el 8 de octubre de 1953 (AAS, 1953, xvi: 677-678). Finalmente, también

en la Declaración del 29 de diciembre de 1975 de la SGDA. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Persona Humana* (AAS, 1976, LXVIII: 77-96) se confirma que “la masturbación es un acto intrínseca y gravemente desordenado” (núm. 9).

⁴ KEANE, P.S., *Sexual Morality: A Catholic Perspective*, Dublín: Gill Macmillan, 1980: 69.

⁵ ANDREANI, D., MENZINGER, G., *Trattato di diagnostica funzionale endocrinologica*, Padua: Piccin, 1984: 678.

⁶ En el discurso citado del 8 de octubre de 1953 el Pontífice afirmaba que el médico actúa lícitamente cuando “sin intervenir, recibe del interesado la materia que va a examinar. El no es responsable de los actos ajenos, mientras el examen y la utilización de sus datos no sean moralmente reprobables”. Véase en la traducción italiana del texto original francés, reproducida en el volumen: ANGELINI, F (a cargo de), PIO XII. *Discorsi ai medici* (6a edic.), Roma: Orizzonte Medico, 1960: 296.

⁷ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche* (5.5.1991), Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'Editoria, 1991.

⁸ SPAGNOLO, A. G., DI PIETRO, M. L., SGRECCIA, E., *Should we consider ethical limits in diagnosing male infertility?*, Prog. Reprod. Biol. Med. 1992, 15: 240-245.

⁹ Se trata de un simple aparato constituido por un cuerpo con una extremidad que vibra y con la cual se pone en contacto con la superficie inferior del glande. Modificando oportunamente la frecuencia de la vibración (el aparato tiene un rango de 40 a 170 Hz) se obtiene la eyaculación (generalmente desde 80 Hz en adelante). El tiempo necesario para provocar el reflejo es normalmente inferior a los tres minutos, pero puede llegar hasta los 20 minutos. En nuestro estudio utilizamos el aparato denominado *Viricare*, producido por Multicept, ApS, Dinamarca. Con una finalidad distinta de la nuestra el mismo aparato ha sido utilizado por otros autores: véase BRINDLEY, G. S., *The fertility of man with spinal injuries*, Paraplegia 1984, 22: 337-348; WAGNER, G., *Penile erection provoked by vibration and intracorporeal injection*, Nordisk sexologi 1985, 3: 113-118.

¹⁰ Obviamente un uso de este instrumento para proceder a la inseminación artificial es totalmente inaceptable según la moral católica en cuanto que, así practicada, la inseminación efectúa una escisión entre la dimensión procreativa y la del amor pleno entre los cónyuges.



Momento del parto

Aspectos civiles y penales de la maternidad por encargo

María Caporale*

Resumen

El artículo examina las repercusiones jurídicas en el campo civil y penal del fenómeno de la "maternidad por encargo", abordando el problema de la frontera ética del progreso científico.

La autora localiza los riesgos que lleva aparejados la aparición de tales prácticas "substitutivas", describiendo múltiples situaciones límite: la fragmentación de las funciones de la maternidad (ovulación, gestación, educación) que técnicamente pueden ser aplicadas a sujetos diversos; el consiguiente desvanecimiento de la identidad materna; la enfatización de un presunto derecho del individuo en particular a la procreación; el sacrificio-destrucción de embriones superfluos; los daños psico-sociales vinculados con la fragmentación de las estructuras parentales y de los modelos de genitura socialmente consolidados; la desestructuración del orden jurídico que compromete la identidad acerca del sujeto.

Son muchas las cuestiones que reclaman la atención del jurista, desde la definición de un estatuto para el embrión, hasta la protección de bienes esenciales como la unidad familiar, la salvaguardia del valor de la procreación o la licitud de los medios y de los bienes que caracterizan las aplicaciones en el campo científico. Las consideraciones hechas encuentran un sostén cultural

* Doctorado en Derecho, con doctorado también en Ciencias bioético-jurídicas por la Universidad de los Estudios de Lecce, Italia.

y jurídico en numerosas leyes, Convenciones y Declaraciones tanto nacionales como supranacionales.

La autora analiza brevemente las soluciones legislativas ofrecidas por numerosos países a la luz de los principios internacionales.

Luego surge la exigencia de la formulación de una disciplina global del derecho a la vida prenatal, de una reglamentación orgánica de tipo penalista de los bienes esenciales y de disponer de garantías adecuadas a fin de proteger una amplia serie de bienes complementarios, especificando ciertas cuestiones técnicas particulares.

Introducción

Los numerosos avances registrados en el campo de la biología y de la genética molecular, las recientes metas alcanzadas por la investigación embriológica y las nuevas fronteras abiertas por la biotecnología presagian una multiplicidad de aplicaciones benéficas para el hombre, pero al propio tiempo plantean cuestionamientos inquietantes acerca de los valores fundamentales de la existencia humana y de las normas que regulan la convivencia.

La perspectiva de la posible producción de formas manipuladas de vida o de la posibilidad de que el acto generativo pueda emanciparse totalmente de una relación interpersonal entre hombre y mujer suscita entusiasmo y desaliento al mismo tiempo.

Parece común la intención de responder a esta pregunta: ¿hasta qué punto puede lícitamente avanzar y afirmarse el dominio del hombre sobre el hombre en el terreno médico-biológico?

Esta pregunta se refiere a la frontera ética del progreso científico, que agudiza el conflicto entre las exigencias de la investigación y la protección de los derechos esenciales de la persona. Aquí entran en juego las relaciones de armonía y de equilibrio entre "amor" y "vida" en el matrimonio; entre libertad y responsabilidad en la profesión médica;

entre naturaleza y persona al interior de la vida humana; entre la técnica y la moral en la medicina y en la bioingeniería. Se sigue de ello que las finalidades mismas de la ciencia médica son puestas seriamente en discusión: ¿la medicina es una ciencia y un arte para cuidar las enfermedades o es un instrumento para transformar al hombre, manipulando su vida y su desarrollo?¹

Nos encontramos en un punto crucial de las aplicaciones científicas y técnicas, donde es más necesario que nunca distinguir entre lo que es técnicamente posible y lo que es moralmente lícito. “La moralidad de la intencionalidad no basta para definir un acto como éticamente positivo”.² La intención de cuidar una esterilidad no justifica cualquier medio ni cualquier proceso para obtener la concepción.

Se asiste a una creciente demanda de reglamentación jurídica de los fenómenos ligados a la manipulación del gen humano. Y surge la exigencia de un replanteamiento global de la protección dispuesta por el derecho respecto de los valores fundamentales de la persona, protección que actualmente se advierte totalmente inadecuada e insuficiente.

Son muchas las cuestiones que se le plantean al jurista: desde la definición de un estatuto jurídico del embrión, hasta la protección de bienes esenciales como la unidad familiar, la salvaguardia del valor de la procreación, la licitud de los medios y de los fines que caracterizan a las aplicaciones en el campo científico.³

Los nuevos métodos de fecundación artificial han desarrollado numerosos remedios contra la infertilidad de la pareja. Además de los casos de patología tubárica y ovárica, la Fertilización *In Vitro* y *Embryo Transfer* (F.I.V.E.T.) tiene indicaciones clínicas para hacer frente a patologías más complejas, como la esterilidad idiopática, la esterilidad con base inmunológica o la asociada a endometriosis.⁴

Las madres subrogadas (*surrogate mothers*) continúan suscitando alarmismo y perplejidad en la opinión pública: mujeres que, mediante pago, han llevado a término, por cuenta de terceros, la gestación de embriones fecundados *in vitro*, con óvulo y espermatozoides de otros comitentes; “madres en alquiler”, que se han dado a la tarea de dar a luz un hijo a su propia hermana estéril, etcétera.

Tomemos en consideración dos casos emblemáticos: una mujer alberga en su propio útero los ovocitos fecundados de su hija; un hombre

quiere desconocer a su hijo engendrado *in vitro* con el semen de un donante.

En la técnica de la “ovo-donación”, definida como la “transferencia directa de embrión-huevo de una donante a una receptora”, pueden verificarse dos hipótesis: a) las donantes son fecundadas con el semen del marido de la receptora mediante inseminación artificial: el embrión pertenece mitad a la donante, mitad a la pareja receptora; b) el marido de la receptora también es estéril, de manera que la donante puede ser fecundada mediante la relación sexual con su propio marido: el embrión pertenece enteramente a la pareja donante. Las donantes son reclutadas en general en el ámbito familiar.

Las madres por encargo o substitutas son mujeres que a título gratuito o mediante el pago correspondiente, proporcionan el óvulo y llevan a término, por cuenta de terceros, la gestación de embriones fecundados *in vitro*. Es madre portante la mujer que, ofreciendo su útero para la gestación, recibe la implantación de un embrión ajeno. Madre subrogada o substituta es aquella que, además de ofrecer el útero para la gestación, participa también con la donación de su propio óvulo, por cuenta de la madre comitente. Se podría llegar hasta el número de tres madres para un mismo individuo: la donante del óvulo, la donante del útero y la madre educadora. Las hipótesis de paternidad y maternidad cruzadas se multiplican en una serie indefinida de casos: paternidad genética y social, paternidad genética y no social, paternidad social y no genética.

El fundamento de la relación de filiación

Entre juristas y científicos se ha entablado un animado debate en torno a la asunción del papel de padre y de madre y de las responsabilidades consiguientes a la aplicación de la técnica de fecundación.⁵

La doctrina que prevalece ubica en el principio de derivación biológica el supuesto indispensable para la afirmación de cualquier relación jurídica de filiación. El fundamento constitucional de la “naturalidad biológica” de la familia se encuentra en el artículo 29 de la Constitución [italiana].⁶

Hay quien piensa, en cambio, que el elemento biológico constituye sólo una premisa del vínculo jurídico que liga al padre y al hijo, y que

el carácter jurídico de la relación deriva de un concepto de responsabilidad social.

La tesis intermedia expresa el intento del derecho de hacer coincidir la relación natural con la relación jurídica.

Algunos exponentes de la doctrina sostienen, en efecto, que el llamado del artículo 29 de la Constitución [italiana] es a la “familia de sangre”, pero la norma no atribuye a esta la “posición de núcleo primordial abstraído a toda intervención o a un juicio de idoneidad para el desempeño de la función a la que está llamada”.⁷ No puede asignarse valor absoluto al vínculo biológico. La directriz constitucional es en el sentido de una coincidencia tendencial entre relación natural y jurídica, “pero el desfase es aún posible en función del interés primario de la personalidad del menor”. Al hecho de la generación se le vincula una responsabilidad por la procreación, que parece, por lo demás, coherente con la perspectiva solidarista que anima a todo el sistema.

Según esta perspectiva, con referencia al caso concreto de la inseminación artificial por donación del gameto masculino, la solución aceptable es la siguiente: cuando la solicitud de fecundación artificial provenga de una mujer casada, será padre el marido de la madre, salvo desconocimiento; cuando intervenga otra mujer que proporcione el gameto femenino y acepte la gestación, pero que declare al nacido hijo de madre desconocida, el padre social que haya proporcionado el gameto puede reconocer al nacido como hijo natural. Con base en la normativa vigente, la madre se identifica con aquella que ha parido, según un doble criterio: *a)* la mujer que provee a la gestación de un embrión, concebido por obra del marido y de otra mujer, es la madre del nacido; éste es hijo legítimo de la pareja; *b)* los padres genéticos dan origen a un embrión, que es luego implantado en el útero de otra mujer; madre es la gestante, pero si ésta, ante los hechos, no reconoce al nacido y lo declara hijo de madre desconocida, se abre la posibilidad del reconocimiento por parte de los padres naturales; *c)* cuando la parturienta que ha concedido el óvulo no pretenda mirar por el nacido concebido con semen del marido de la pareja casada, la madre social puede adoptarlo; *d)* cuando la pareja exprese sólo una voluntad de procreación, no se le puede atribuir la genitura respecto del nacido.

Hay quien intenta conciliar las tesis opuestas. La relación de derivación biológica es un supuesto insuficiente para la filiación, puesto que,

teniendo en cuenta la participación del hombre y de la mujer en el acto generativo y la responsabilidad que la ley les impone, el elemento naturalista de la paternidad legítima y natural hay que considerarlo en una donación más amplia del ser.⁸

En muchas hipótesis de fecundación artificial, el principio de la correspondencia entre certeza formal y verdad biológica no encuentra aplicación. En el caso, por ejemplo, de la donación de gameto por parte de un tercero ajeno a la pareja, el acto del donante no se constituye en caso típico causal del efecto jurídico de la filiación; la relación biológica sigue inmutable, pero no se vuelve también relación jurídicamente relevante.

En cuanto al problema de la pertinencia del papel de madre entre la mujer que proporciona el óvulo y la gestante, se pueden pensar dos soluciones: 1) el título de madre compete a la mujer que ha proporcionado la célula germinal con su propio patrimonio cromosómico; 2) es madre la mujer que ha recibido el óvulo y llevado a término el proceso de gestación. Está luego una tercera solución relativa al concepto de “madre social”, que apela a la aplicación de las normas sobre la adopción.

Para Santosuoso es refutable la tesis de quien ve en la relación biológica la premisa indispensable y única de toda relación jurídica de filiación. El artículo 269 del Código Civil [italiano] pone como fundamento de la filiación y como condición necesaria, el hecho de la convivencia conyugal de la madre y del presunto padre, al tiempo de la concepción, esto es, pone como fundamento una situación social. Por otra parte, las normas del ordenamiento reconocen el vínculo civil de la legitimación y de la adopción además de la paternidad naturalista y legal.⁹

Si, por consiguiente, el fundamento normal de la paternidad y de la maternidad reside en la relación naturalista, considerando las dificultades de prueba inherentes a algunos casos específicos, o también con la finalidad de salvaguardar la unidad familiar, la ley a veces prescinde de la búsqueda del elemento biológico.

También para Trabucchi, el matrimonio sigue siendo, en todas partes, el prototipo de organización natural y social dentro del cual se inserta la relación de filiación. Pero, junto con ello, se conocen otras instituciones jurídicas creadas para regular la relación del padre con los hijos generados fuera del vínculo.¹⁰

Según el parecer de algunos estudiosos, el fundamento de la relación de filiación hay que buscarlo en el elemento de “voluntariedad”. No hay voluntariedad en el acto de quien pone a disposición el propio semen, sin la intención de fecundar a una mujer. Para la atribución de la paternidad se requiere la voluntad precisa de concebir un hijo con una mujer determinada, la cual acepta ser fecundada. En la base de la relación de filiación está el concepto de paternidad y maternidad responsable.¹¹ Hay que distinguir dos hipótesis: 1) voluntad de usar el propio semen para la fecundación de una mujer a fin de tener juntos un hijo propio; 2) voluntad de entregar el semen propio para que otros lo empleen para la fecundación de una mujer. En el primer caso, la actitud voluntaria del hombre permite atribuirle la plena responsabilidad del acto y el reconocimiento de paternidad. En el segundo caso, falta totalmente el elemento voluntario encaminado a constituir una familia. Debe excluirse la relación de paternidad en el cuerpo en el que se ha abandonado el semen. En el caso concreto constitutivo de filiación, en relación con la fecundación artificial, concurren dos elementos: a) la derivación genética; b) la voluntad del destino del semen con objeto de fecundar a una mujer determinada para el nacimiento de un hijo común.¹²

Para la atribución de la paternidad, el razonamiento es más complicado en caso de sujetos concurrentes en la generación. Al nacimiento del hijo han contribuido dos mujeres: la madre genética ha proporcionado el ovocito, la gestante ha llevado a término el embarazo. También aquí se recurre al principio de voluntariedad.¹³

Refiriéndose a la experiencia alemana, Albin Eser define los problemas sociales como muy complejos, y en particular los de tipo jurídico-familiar y psicológico-matrimonial, como consecuencia de la fecundación artificial heteróloga. ¿A quién se habrá de considerar padre del niño? ¿Puede el marido, a pesar del consentimiento dado para la fecundación heteróloga, intentar la acción de desconocimiento de paternidad? ¿Quién, en caso de controversia, deberá proveer al mantenimiento del nacido?

Aún más compleja resulta la problemática relativa a la “doble maternidad”, en el caso de donación de huevo, de transferencia de embrión como consecuencia de fecundación intracorporal y extracorporal. Se asiste a una fractura insalvable entre maternidad genética y “corpórea” de la gestante. Por otra parte, hay que considerar el caso del niño proveniente de una donante extraña, gestionado a favor de una tercera mujer

y adoptado por ésta, el caso de la “triple maternidad”. Son de lamentar la insuficiencia y las lagunas del sistema normativo vigente, incapaz de ofrecer respuestas adecuadas a los numerosos interrogantes que surgen en el panorama actual.¹⁴

El antiguo dicho *mater semper certa* (siempre se sabe quién es la madre) es puesto seriamente en entredicho al difundirse el fenómeno de la maternidad por encargo.

Estamos ante una evidente ambigüedad: una es la madre que ha llevado en su seno al concebido, y otra puede ser la madre que ha proporcionado el patrimonio genético. Biológicamente el recién nacido pertenecerá a la madre natural, jurídicamente será hijo de la mujer que lo ha parido, la llamada *surrogate mother*.¹⁵ El elemento naturalista parece por sí solo insuficiente para fundamentar la relación de filiación y hay que referirse más bien al criterio psicológico-social de la responsabilidad para justificar la atribución de paternidad. A este propósito, tal vez se puede aceptar como criterio de lectura unánime de la doctrina la eficaz expresión de Trabucchi: “para definir la relación de paternidad se requiere, junto con otros elementos, la presencia del factor físico, elemento de verdad, una correspondencia de orden social, que en otro tiempo se expresaba principalmente en el concepto de acogida, pero que nosotros los modernos debemos más bien referir a un elemento de autorresponsabilidad”.¹⁶

La protección del menor

El artículo 30 de la Constitución [italiana] garantiza el interés público en la protección del menor, desde la perspectiva de un deber impuesto a dos sujetos, obligados solidariamente a “mantener”, instruir y educar a los hijos, aunque hayan nacido fuera del “matrimonio”. La norma se refiere implícitamente a los derechos del que va a nacer, frente a la amenaza de peligro que puede representar la fecundación artificial. Se trata de la violación del deber de asistencia familiar en que incurre quien “hace que falten los medios de subsistencia para los descendientes menores de edad, o bien inhábiles para el trabajo”.

Algunos reconocen la subsistencia del delito contra la asistencia familiar —del que habla el artículo 570 del Código Penal (italiano)— en

el hecho de la mujer que, contra el consentimiento del cónyuge, da a luz un hijo no legítimo (consecuencia de una fecundación artificial), con la justificación de que la acción de la mujer se manifiesta como una conducta contraria al orden y a la moral de la familia y se substraer a las obligaciones de asistencia inherentes a la calidad de cónyuge.¹⁷

Respecto del problema de la manutención del nacido, también la doctrina alemana discute sobre la oportunidad de que el donante, en caso de fecundación artificial heteróloga, no sea gravado con las obligaciones de asistencia. En caso de la mujer casada, se sostiene que el consentimiento del cónyuge vale para liberar al donante de tal incumbencia. Pero la cuestión está vinculada a la admisibilidad del desconocimiento. Cuando se afirma el derecho del cónyuge que ha dado un consentimiento válido de desconocer al nacido y de substraerse a la obligación de mantenerlo, el deber recaerá en el donante. Pero hay quien contrapone la otra solución: la de permitir al cónyuge el desconocimiento, aun siguiendo éste vinculado a la obligación de asistencia respecto del nacido.¹⁸ El artículo 235 del Código Civil [italiano] permite la acción de desconocimiento en los siguientes casos: cuando los cónyuges no han cohabitado en el período en que tuvo lugar la concepción, esto es, en el lapso de tiempo comprendido entre el día 300° y el día 180° anterior al nacimiento; si el marido durante ese período estaba afectado de impotencia; si al mismo tiempo la mujer cometió adulterio o mantuvo oculto su propio embarazo al marido. Sin embargo, con la difusión de las prácticas de inseminación, la impotencia o la falta de cohabitación no constituyen en modo alguno una prueba de que el hijo no haya sido concebido con semen del marido, pudiendo ocurrir una concepción a través de inseminación artificial homóloga, incluso en caso de alejamiento de los cónyuges. Conforme al parecer de muchos estudiosos, el consentimiento dado por el marido debería impedir, en el futuro, la posibilidad de desconocer al hijo. La solución contraria se revelaría prejuiciada por los intereses de la mujer y del que va a nacer, fomentando la posibilidad de un chantaje por parte del cónyuge.¹⁹

Otra parte de la doctrina pone de relieve que el desconocimiento de la prole, nacida por inseminación artificial heteróloga, no puede ser impedido por el precedente consentimiento dado por el marido, al estarle cerrada al sujeto la posibilidad de decidir sobre una materia no disponible.²⁰

El criterio fundamental para evaluar el fenómeno de la filiación, que deberá inspirar las opciones del legislador en materia de fecundación artificial, sigue siendo el de la protección del interés preponderante del menor, al que debe reconocérsele prioridad absoluta sobre las libertades individuales, sobre el derecho a la procreación, y sobre la autonomía de la familia.

Al introducir la institución de la adopción, que inserta al menor a título de hijo legítimo en la familia de los cónyuges adoptantes, el legislador ha puesto por primera vez el principio de la acogida del menor desprovisto de asistencia moral y material como premisa principal de la relación de filiación, con exclusión de cualquier vínculo biológico con los padres. Surge espontánea una confrontación entre la doctrina sobre la adopción y la inseminación artificial. En la doctrina alguien acuñó el término de "filiación civil", refiriéndose a la institución de la adopción y al recurso legalizado a la fecundación heteróloga, para subrayar que, en ambas hipótesis, la filiación se constituye de forma diferente que la derivación biológica.

Son numerosos los puntos de coincidencia, aunque sigan existiendo algunas diferencias substanciales entre las dos situaciones jurídicas. Hay quien pone en evidencia que en la adopción los dos padres legales están en posición de paridad frente al menor adoptado, en una situación que contribuiría al equilibrio de las relaciones afectivas; mientras en la inseminación artificial heteróloga la revelación al hijo de sus propios orígenes podría amenazar a las relaciones padre (legal)/hijo.

Otros utilizan el paralelismo con la adopción para afirmar la necesidad del recurso a la inseminación o a la fecundación *in vitro* heteróloga, puesto que el remedio de la adopción se habría revelado como inadecuado para satisfacer la necesidad de paternidad y de maternidad.²¹

Se está de acuerdo con la opinión de quien, en la doctrina, observa que la inseminación artificial tiende a proteger principalmente la aspiración de los cónyuges a la fecundidad, mientras que con la adopción se tiende a garantizar primordialmente el derecho del menor a tener una familia, de tal manera que el deseo de paternidad y de maternidad por parte de los padres adoptivos es tomado en consideración sólo en la medida en que corresponda al interés de ese menor.²² Se ha llegado a afirmar que el subordinar la obtención de la autorización para la inseminación artificial heteróloga a la fallida solicitud de adopción representaría una

violación al artículo 29 de la Constitución [italiana], lesionando la libertad de los cónyuges de tomar la decisión que habrían de considerar como la más apropiada para satisfacer sus aspiraciones. En realidad, el subordinar la autorización de la inseminación artificial heteróloga al infructuoso experimento previo de una instancia de adopción está vinculado con el proyecto de “adopción prenatal” previsto por la segunda propuesta de la Comisión Santosuosso.

Una propuesta concreta de modificación del actual sistema legislativo en materia de adopción debería consistir justamente en subordinar la admisibilidad de las prácticas de fecundación artificial al fracaso de la solicitud de adopción: tal preferencia se justifica considerando que el derecho a tener dos padres eficientes compete ante todo a los niños ya nacidos.

Además, la normativa sobre la adopción y sobre la inseminación artificial debería estar orientada a conseguir el doble resultado de satisfacer las expectativas de los cónyuges y de garantizar la protección de los intereses de los menores. Asimismo, sería de desear una simplificación de los complejos procedimientos para poder adoptar a un menor y una modificación substancial de la ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo, para ofrecer a la mujer parturienta que pretenda abortar la alternativa de confiar el hijo nacido a una pareja que lo solicitara.

Las hipótesis de un posible delito

La cuestión relativa a la figura de la llamada *surrogate mother* plantea una serie de importantes interrogantes. Nos preguntamos si las operaciones de trasplante de embrión de un útero a otro no se contraponen a la ley, al orden público y a las buenas costumbres, a tenor del artículo 5 del Código Civil [italiano]; si la maternidad por encargo no debe ser objeto, en el futuro, de una incriminación autónoma, por parte del ordenamiento penal. Y, finalmente, si el caso específico del embarazo por cuenta de terceros de un hijo propio y ajeno y el del embarazo por cuenta de terceros de un hijo ajeno, puede ser ubicado dentro de la disciplina prevista por el artículo 71 de la Ley [italiana] n. 184/4 de mayo de 1983: “Quienquiera que, violando las normas de ley en materia de adopción, entregue a terceros, con carácter definitivo, a un menor, o bien lo mande

al extranjero para que sea definitivamente entregado, será castigado con uno a tres años de reclusión”.

La “cesión” de un recién nacido, en la perspectiva desde la que estamos hablando, se configura como un hecho de asignación. Se debe tener presente, por tanto, la citada Ley n. 184. El autor del delito puede considerarse aquel que se encuentra en una relación de dirección con el menor. El elemento objetivo del caso específico lo representa la asignación del menor, con carácter de definitiva, a terceros.

La tipología del delito implica, además, la presencia de un asignatario que acoja al menor: puede tratarse de cualquier persona, incluso un pariente (hasta el 4º grado). El párrafo 5º del artículo 71 dispone, entre otras cosas: “la pena establecida en el párrafo 1º se aplica también a quienes, entregando o prometiendo dinero u otra utilidad a terceros, acojan al menor en ilícita asignación con carácter definitivo...”. Está previsto un título autónomo de delito a cargo de quien haga una obra de mediación a fin de ejecutar dicha asignación.

El artículo 74 de la misma Ley regula luego el caso del reconocimiento del nacido no conforme con la verdad. Se prevé la inmediata transmisión, por parte de las autoridades judiciales, al Tribunal de Menores competente, de la comunicación suscrita por el declarante, de que se ha producido el reconocimiento por parte de una persona casada, de un hijo natural no reconocido por el otro progenitor, de tal manera que la autoridad judicial pueda disponer el que se investigue para verificar la veracidad del reconocimiento.

El embarazo por cuenta de terceros de un hijo propio y ajeno y el de un hijo ajeno escapan en cambio al control del artículo 71, así como la asignación del menor por parte de la madre por encargo al padre que lo ha reconocido, a menos que no se haya comprobado la falsedad del reconocimiento, como consecuencia de las investigaciones del Tribunal de Menores. Cuando el hijo sea reconocido sólo por el padre, entraría en acción el artículo 74: “en caso de comprobarse la no veracidad del reconocimiento, el autor podría ser incriminado a tenor del artículo 567 del Código Penal concurriendo también el artículo 71 de la Ley 184/1983”.

Y si el nacido fuera reconocido tanto por la madre como por el padre, no importaría que este último fuera o no el donante del semen, al no estar prevista indicación alguna particular del artículo 74 para este caso. La

solicitud de inserción del hijo, por parte del progenitor, en la propia familia legítima está sometida a la autorización de la autoridad judicial, cuando ello no se contraponga con el interés del menor y se haya comprobado el consentimiento del otro cónyuge: la mujer del solicitante, el otro padre natural.

En lo que concierne a los delitos de falsedad, el legislador italiano se ha esforzado por hacer coincidir, en materia de paternidad y maternidad, la verdad formal con la substancial, esto es, con la “exacta derivación biológica”. En materia de inseminación artificial, la aplicabilidad de las normas relativas a los delitos de declaración falsa en actos del estado civil o de alteración de estado se ha de verificar en cada caso, en relación con la conducta de los sujetos agentes.

No cabe duda para algunos, por ejemplo, que se está ante un delito de alteración de estado, mediante falsedad (art. 567 del Código Penal (italiano), en el caso del marido impotente que adquiere semen anónimo en el Banco de esperma para la fecundación del óvulo de la mujer y declara el nacimiento del hijo, denunciándolo como propio en el Registro Civil. Efectivamente, según algunos, concurrirían aquí todos los elementos constitutivos del delito: la premisa de la formación de un acto de nacimiento, el objeto del falso testimonio, el evento de la asunción por parte del recién nacido de un estado civil que no es el suyo, el elemento subjetivo del dolo (la voluntad consciente y libre de declarar en falso).

Incurrirían en el mismo delito las dos mujeres que colaborasen en una gestación, proveyendo una a la concepción, la otra a llevar adelante el embarazo. El testimonio de maternidad sólo por parte de la segunda mujer sería indudablemente falso.²³

Una cuestión de notable interés es la relacionada con la licitud de los actos de disposición del cuerpo humano considerada bajo múltiples aspectos.

El caso de donación de gametos para que otro tenga un hijo, sin una relación natural, según algunos autores, cae bajo la prohibición del art. 5 del Código Penal [italiano], por las siguientes razones: tal acto se contrapone a las normas de ley, al orden público y a las buenas costumbres, porque desvía el principio de derivación biológica de la relación de filiación y lesiona los derechos de la familia como sociedad natural; viola la disposición del art. 143 del Código Penal [italiano] que impone un deber de fidelidad a los cónyuges; favorece el incesto entre parientes.

No puede ser comparado al caso de donación de sangre porque son profundamente diversas las funciones que desempeñan, la primera, engendrar una persona, y la otra, contribuir a la salud de un sujeto ya existente.

En cuanto al caso de implantación de un embrión en el útero de una mujer, precedido de una fecundación extracorporal, no incurre en la prohibición de la que habla el artículo 5 del Código Penal [italiano], la hipótesis de la fertilización *in vitro* efectuada con el óvulo de la misma mujer, mientras que sí está sometida a ella la hipótesis de fecundación con un óvulo de otra mujer.²⁴

Una serie de interrogantes se impone a la consideración del estudioso: ¿puede admitirse la recompensa en dinero por donar gametos o embriones? ¿Se puede pensar en una responsabilidad de los donantes por eventuales enfermedades genéticas del recién nacido? ¿Qué validez tienen los contratos de maternidad subrogada? ¿Hay que considerarlos admisibles o más bien ilegales y por esto mismo nulos?

La protección penal de la vida prenatal

Se hace cada vez más acuciante la exigencia de reglamentar, mediante la introducción de normas específicas, las manipulaciones genéticas y los métodos de reproducción artificial. La regla según la cual el legislador puede configurar delitos sólo para salvaguardar bienes esenciales para la convivencia civil no puede ser entendida sino como finalidad del derecho penal para garantizar las condiciones fundamentales de subsistencia de todas las entidades subjetivas presentes en el contexto social.²⁵ El recurrir a normas incriminantes debe responder a criterios de estricta necesidad. Las eventuales prohibiciones incidirían de manera determinante en conductas perjudiciales para la vida prenatal. La imposibilidad de llevar a cabo públicamente intervenciones perjudiciales de la existencia de embriones humanos, así como la preclusión de fuentes de financiamiento para las manipulaciones sancionadas penalmente, acabarían por asegurar “estándares” de garantía muy relevantes. No puede dejarse a un lado, en efecto, la función de prevención general positiva del derecho penal. Una eficaz protección de la vida prenatal debería pasar por la previsión de principios generales que mantengan su valor respecto de cualquier conducta lesiva de los intereses del feto y del embrión.

Por lo demás, resultaría difícil rastrear, en derecho, cada nuevo paso dado por la evolución en las tecnologías genéticas.

Lo que parece indispensable es formular una disciplina global del derecho a la vida prenatal, con indicaciones específicas respecto de ciertas cuestiones técnicas peculiares. Los casos específicos básicos deberían referirse a cualquier situación en la que se manifieste la vida prenatal: *in vitro* o dentro del regazo materno. El disponer garantías adecuadas para preservar la integridad del embrión permite, asimismo, proteger una amplia serie de bienes complementarios.

Una reglamentación orgánica de tipo penalista de la vida prenatal debería prever la incriminación de aquellos casos específicos que tengan por objeto la supresión o lesión de la vida, en la fase anterior al nacimiento, y de las intervenciones en el patrimonio genético con carácter no terapéutico. El recurso a la fecundación *in vitro* sólo se debería permitir en el caso en que todo el procedimiento se pudiera llevar a cabo mediante fertilización en probeta de un sólo óvulo, destinado a ser efectivamente implantado. A la luz de tales consideraciones, el sacrificio o la destrucción de embriones “superfluos”, producidos en exceso en probeta, constituiría un ilícito penal.²⁶

De esta manera, se perseguirían ciertas conductas antijurídicas gravemente ofensivas de la dignidad humana: desde la concepción de individuos idénticos, a la formación de nuevas especies vivientes. Y se deberían rechazar los procedimientos encaminados a la creación de embriones con la única finalidad de investigación o de comercio.

Aunque los nuevos métodos de fecundación asistida representen un acontecimiento importante para la ciencia moderna, pueden ser un terreno abonado, si falta una normativa apropiada, para abusos y actividades ilícitas, hasta el punto de que, por otra parte, se vuelva oportuna y urgente una reglamentación de la materia en el ámbito internacional.

La legislación de otros países

Las respuestas legislativas que diversos países han dado a los problemas de la maternidad substituta se extienden en una amplia gama de soluciones.²⁷

En un primer tiempo, las opciones del legislador, inspiradas en una cierta uniformidad de orientación, fueron las de declarar a los contratos de maternidad por encargo afectados de nulidad absoluta y, por tanto, sin efecto a nivel judicial.

A estos principios, comunes a las leyes de diversos países, se agregan las medidas tomadas por los Estados de Victoria (Australia), Austria y el Reino Unido para prevenir la explotación comercial de aquellas mujeres dispuestas a asumir el papel de madre por encargo con fines de lucro, aplicando sanciones penales contra la actividad publicitaria, de incitación y de intermediación llevada a cabo por personas o asociaciones.

A continuación, las orientaciones de algunos Estados tomaron direcciones diametralmente opuestas: tal es el caso de la introducción de la institución de la maternidad subrogada en el ordenamiento jurídico por parte del Reino Unido, con la Ley de 1990 sobre la fecundación humana, y de New Hampshire (EE.UU.) con la Ley sobre la maternidad substituta; o el caso de la introducción de sanciones penales contra los participantes en el contrato de paternidad por procuración, por parte del Estado de Michigan (EE.UU.) con las disposiciones de ley sobre la genitura subrogada; o de Alemania, concerniente a los agentes sanitarios que aplican el procedimiento, con la Ley sobre la protección de los embriones.

En la primera solución, propuesta en Estados Unidos por la Conferencia de los Estados para lograr una legislación uniforme como posible modelo de ley, el requisito principal para que el acuerdo sea admisible es la presencia de un vínculo genético con el niño de uno de los dos componentes de la pareja comitente, de tal manera que éste encuentre en la familia de inserción una referencia genética segura.

Tanto la Ley de New Hampshire, como el artículo 30 de la Ley del Reino Unido corroboran la intervención de la autoridad judicial para controlar los requisitos de regularidad del contrato y para la legitimación del niño nacido de una mujer subrogada.

Las modalidades de control adoptan diversas formas. En el Reino Unido esto se expresa *ex-post*, requiriéndose la entrega preventiva del niño por la madre que lo ha parido a la madre social y la comprobación de que el entendimiento entre las partes se ha producido sobre bases consensuales, habiendo comprendido enteramente todas las complicaciones que de ello se derivan. Puesto que el acuerdo sigue

viciado de nulidad absoluta, es asumido como mero supuesto para la adopción del procedimiento judicial que determina el *status* del niño.

En el Estado de New Hampshire, el control de la autoridad judicial se lleva a cabo preliminarmente y tiene por finalidad verificar las condiciones que garanticen la protección al menor y la subsistencia de los supuestos legales: la no idoneidad comprobada por los peritos médicos de la mujer comitente para llevar a término el embarazo; la comprobación por parte de psicólogos y psiquiatras de que los padres sociales cumplen los requisitos requeridos para el desempeño de las funciones parentales; el informe del servicio social de que los comitentes están en disposición de mantener y educar al niño; la idoneidad física y psíquica de la madre subrogada, que debe haber tenido un embarazo y haber llevado a término otro. Si la mujer es mayor de 35 años, ésta y los futuros padres deben contar con una asesoría genética.

Si el control tiene resultado positivo, la autoridad judicial acuerda la autorización para la actuación del acuerdo de maternidad de sustitución.

En el curso de la XI Legislatura [italiana], la Cámara de Diputados comprometió al Gobierno a corroborar, con el necesario apoyo legislativo, las funciones del Comité Nacional para la Bioética, afirmando el principio de no comercialización del cuerpo humano y de sus productos, excluyendo toda forma de apropiación privada; así como a emprender iniciativas de carácter legislativo que tengan en cuenta la orientación comunitaria y del compromiso de Italia en el Proyecto Genoma Humano, con referencia particular a las nuevas biotecnologías y métodos de fecundación humana asistida.²⁸

Perspectivas de reglamentación legislativa

El desarrollo del conocimiento científico ha entrado desde hace algún tiempo en una fase de aceleración tan grande como para alertar sobre el riesgo de que se vayan separando cada vez más el incremento de las potencialidades de intervención del hombre sobre la realidad natural, y la capacidad de determinar criterios de orientación inspirados en valores humanos y civiles.

Por un lado, hay que garantizar la libertad y autonomía de la investigación cognoscitiva; por el otro, se han de salvaguardar los derechos

de la persona que están en juego, por lo que es obligado interrogarse en orden a la reglamentación de la ciencia y de la técnica, asumiendo que su progreso no puede desvincularse de una toma de posición en términos de responsabilidad por parte de la sociedad en su conjunto.

Si se adoptara, en efecto, el lenguaje científico y tecnológico como único paradigma de la realidad, entraríamos en la perspectiva de una substancial pérdida de significado y de sentido del hombre y de su vida. La exigencia ético-política prioritaria, por tanto, parece ser en el momento presente la de garantizar el valor fundamental de la vida propia de todo ser humano y de la libertad de la persona, independientemente de sus condiciones sociales y del estadio de su desarrollo, como límite de las posibilidades técnicas y como razón de la organización de su estatuto en conjunto.

En cuanto al desarrollo de algunas técnicas de reproducción artificial que crean una multiplicidad de situaciones-límite, hay que evitar: la subordinación al punto de vista tecnológico; la fragmentación de las funciones de la maternidad (ovulación, gestación, educación), que técnicamente pueden asignarse a sujetos diversos, con la consiguiente pérdida de la identidad materna; la afirmación de un presunto “derecho de cada individuo a la procreación”; los riesgos psico-sociales vinculados con la fragmentación de las estructuras parentales y de los modelos de genitura socialmente consolidados, y la desestructuración del orden jurídico que compromete la identidad cierta del sujeto.

Tales consideraciones encuentran un apoyo cultural y jurídico en el artículo 2 de la *Constitución italiana*, que reconoce y garantiza los derechos inviolables del hombre como individuo y en las formaciones sociales (entre las cuales coloca a la familia); en la *Declaración universal de los derechos del hombre*, que pone como fundamento de la libertad, de la justicia y de la paz, la dignidad de todo individuo en particular; en la *Convención Europea* para la salvaguardia de los derechos y de las libertades fundamentales, que proclama el derecho a la vida de todo ser humano; en las *Recomendaciones* 934, 1046 y 1100 del Consejo de Europa, según las cuales el embrión y el feto humano se desarrollan sin discontinuidad, desde el momento de la fecundación; la *Resolución Casini*, del 16 de marzo de 1989, aprobada por el Parlamento Europeo sobre los problemas éticos y jurídicos de la procreación artificial, que señala como criterios para disciplinar la materia, el derecho

a la vida, el derecho a la familia y el derecho a la identidad genética del hijo concebido en probeta, y rechaza cualquier forma de maternidad por encargo y de utilización de las técnicas de fecundación en mujeres solas.

Conclusión

El Parlamento italiano, en la citada *Resolución*, ha comprometido al Gobierno a estudiar una normativa que tenga por finalidad reglamentar la inseminación artificial y la fecundación extracorpórea con la implantación de embriones al interior de la pareja.

Habrà que excluir cualquier finalidad eugenésica respecto del sexo y otras cualidades específicas del que va a nacer, teniendo en cuenta los intereses prioritarios del hijo y, en cualquier caso, haciendo referencia a las normas sobre la adopción, cuando se trate de señalar criterios y los límites consiguientes; disponer una adecuada protección del embrión humano, desde el momento de la fecundación, prohibiendo en particular la producción y el uso de embriones humanos para fines no terapéuticos; elaborar normas que, en materia de fecundación *in vitro*, protejan la salud de la mujer y del concebido desde el punto de vista psíquico y físico, garantizándolo contra el riesgo de multigenitura (normas que habrán de disciplinar también la responsabilidad profesional, en la hipótesis de concebidos no sanos, por la impericia, imprudencia o negligencia en las fases de obtención del semen y de la fecundación); y asegurar, finalmente, que los centros públicos de referencia para el diagnóstico prenatal operen con base en el "consentimiento informado".

Se advierte, desde ahora, y cada vez en mayor grado, la exigencia de una reglamentación legislativa de los nuevos fenómenos vinculados con la manipulación del gen y la procreación artificial humana, a fin de reinsertarlos en el cauce de estructuras jurídicas muy precisas. Al legislador compete la labor, delicada y difícil, de establecer los límites de la intervención del derecho, e identificar las respuestas institucionales más apropiadas para un problema que concierne, al mismo tiempo, al individuo y a la colectividad.

Frente a la aparición de estas nuevas fronteras esbozadas por la ciencia médica, se plantea el problema de la investigación del justo equilibrio entre la protección de los intereses colectivos y los intereses

familiares, y de la salvaguardia de los derechos propios del que va a nacer.

Ante la falta de controles adecuados, parecen a menudo no estar suficientemente protegidos ciertos bienes esenciales de la persona, tales como el derecho a la salud de la mujer y del que va a nacer, el derecho a la reserva, el derecho a la certidumbre de las relaciones familiares.

Una disciplina legislativa que pretenda ofrecer respuestas exhaustivas a los múltiples interrogantes planteados por la rápida evolución de la investigación científica y de la tecnología genética no podrá ser fruto de una breve reflexión, en el afán apresurado de adecuarse cuanto antes a una realidad en continuo desarrollo, bajo el impulso de las sugestivas perspectivas que se abren para combatir el trastorno de la esterilidad.

Deberá ser, en cambio, el resultado de un análisis cuidadoso de los problemas que plantean las nuevas situaciones, a la luz de los principios fundamentales del ordenamiento jurídico, en cuyo vértice se coloca el principio del respeto—desde la concepción—de la vida y de la dignidad del hombre en su devenir en el seno de la familia y de la sociedad.

Referencias bibliográficas

¹ Cfr. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*, del 22 de febrero de 1987.

² SGRECCIA, E., *Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milán: Vita e Pensiero, 1991: 288 y ss.

³ Cfr. D'AGOSTINO F., *Gli interventi sulla genetica umana nella prospettiva della filosofia del diritto*, en AA.VV., *Procreazione artificiale e interventi nella genetica umana* (Actas de la Reunión de Verona, octubre de 1986), Padua: Cedam, 1987; ID., *Bioetica e diritto*, Medicina e Morale 1993, 4: 675-690.

⁴ Cfr. BOMPIANI, A., *Problemi biologici e clinici dell'ingegneria genetica*, en CONCETTI, G. (a cargo de), *Bambini in provetta*, Roma: Logos, 1986.

⁵ Cfr. BESSONE, M., FERRANDO, G., *I diritti della persona nella Costituzione*, Enciclopedia del diritto, mayo de 1984.

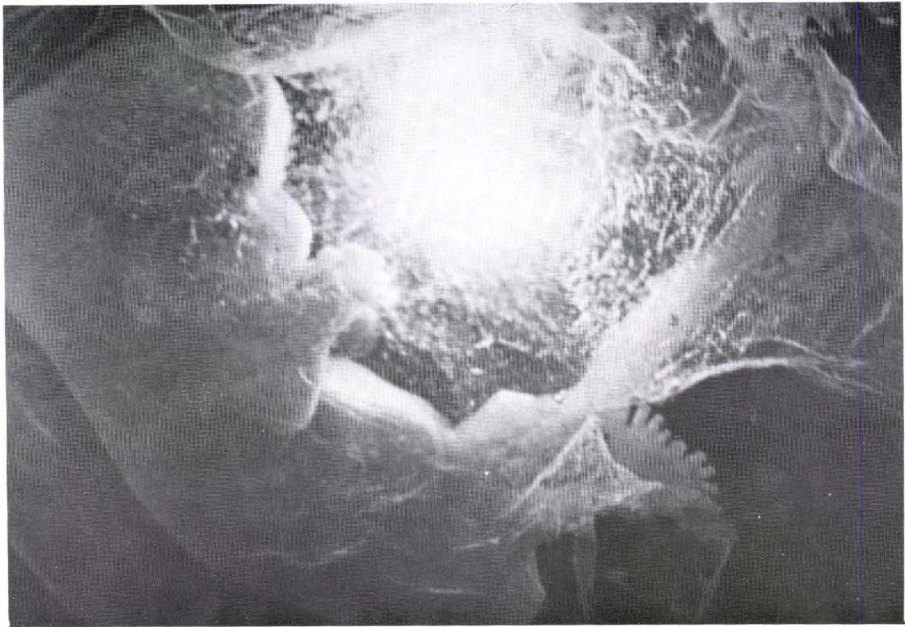
⁶ Cfr. CASINI, C., *Il diritto alla vita: la vicenda costituzionale*, Nápoles-Roma: Dehoniane, 1982.

⁷ D'ADDINO SERRAVALLE, P., *L'individuazione della madre e del padre con riferimento all'inseminazione artificiale eterologa*, Rassegna di diritto civile 1988: 605-617.

⁸ COMPORTI, M., *Ingegneria genetica e diritto: profili costituzionalistici e civilistici*, Justitia 1985, 3: 324.

⁹ SANTOSUOSSO, F., *Contributo per una disciplina giuridica in tema di fecondazione artificiale*, Studi in tema di diritto 1967: 221-236.

- ¹⁰ TRABUCCHI, A., *Diritto civile*, Nuovissimo digesto italiano, VIII: 733-741.
- ¹¹ Cfr. JONAS, H., *Il principio responsabilità*, Turin: Einaudi, 1993.
- ¹² Sobre el conjunto de cuestiones relativas a la atribución de paternidad, véase LENTI, L., *La procreazione artificiale. Genoma della persona e attribuzione della paternità*, Padua: Cedam, 1993.
- ¹³ VERCELLONE, P., *La fecondazione artificiale*, *Politica del diritto* 1986: 391 ss.
- ¹⁴ ESER, A., *La genetica umana alla luce del diritto tedesco*, *Rivista italiana di medicina legale* 1986: 20-28.
- ¹⁵ SEMIZZI, C., *Rilievi giuridici sulla fecondazione in vitro-embriotransfer*, *Il diritto di famiglia e delle persone* 1985: 755 ss.
- ¹⁶ TRABUCCHI, A., *Procreazione artificiale e genetica umana nella prospettiva del giurista*, en AA.VV., *Procreazione artificiale e interventi nella genetica umana*, Actas del Encuentro de Verona, octubre de 1966, Padua: Cedam, 1987.
- ¹⁷ SOLIMENE, A., *Fecondazione artificiale, diritto e morale*, *Il nuovo diritto* 1982: 469-474.
- ¹⁸ PATTI, S., *Sulla configurabilità di un diritto della persona di conoscere le proprie origini biologiche*, *Il diritto di famiglia e delle persone* 1987: 1315-1322.
- ¹⁹ COLLACCINI, A.M., *Considerazioni sull'inseminazione artificiale*, *Temì romana*, 1984, julio-septiembre: 545-549.
- ²⁰ SEMIZZI, *Rilievi giuridici...*
- ²¹ SANTOSUOSSO, F., *La fecondazione artificiale umana*, Milán: Giuffré, 1984.
- ²² GRASSO, L., ROBERTI, M., *In tema di rapporti fra l'istituto dell'adozione e la procreazione artificiale*, *Il diritto di famiglia e delle persone* 1988: 1263.
- ²³ GUARNIERI, G., *Ancora sugli interventi artificiali nella riproduzione umana*, *L'indice penale* 1986: 233-237.
- ²⁴ SANTOSUOSSO, *Contributo per...*, pp. 212 ss.
- ²⁵ Cfr. EUSEBI, L., *La tutela penale della vita prenatale*, *Rivista italiana di diritto e procedura penale* 1988, 3.
- ²⁶ Cfr. PETRONE, M., *Aspetti penalistici della nuova genetica*, *Cassazione penale* 1986, II parte.
- ²⁷ Cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La legislazione straniera sulla procreazione assistita*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, 1982; CRISCUOLI, M., *Esperienze straniere comparate*, *Rassegna di diritto civile*, 21 abril 1988; AA.VV., *Il diritto alla vita e l'Europa*, Actas del Encuentro de Roma, 18-19 de diciembre de 1987, a cargo del Grupo del Partido Popular Europeo en el Parlamento Europeo, Florencia: 1988; BAUDONIN, J.L., LEBRUSSE RION, C., *Produire l'homme: de quel droit?* Etude juridique et éthique des procréations artificielles, Paris: Presses Universitaires de France, 1987; AUSTRALIA NEW SOUTH WALES, *Law Reform Commission: "Surrogate motherhood: australian public opinion"* (artificial conception), Sidney: Nat. Library of Austr., 1987; PAULSON, R.J., *In vitro fertilization and other assisted reproductive techniques*, *The Journal of reproductive medicine for obstetrician and gynecologist* 1993, 38 (4).
- ²⁸ Cfr. CAMERA DEI DEPUTATI (XI Legislatura), *Risoluzione del 30 giugno 1993*.



Embrión humano en la 8a. semana de desarrollo

Diez tesis sobre el estado vegetativo persistente

Paolo Cattorini*

Resumen

El sujeto en estado vegetativo persistente es un ser humano vivo, al que la enfermedad impide desempeñar las funciones de conciencia típicamente personales, y por tanto debe ser tratado como persona, procurándole los cuidados que sean proporcionales a su condición patológica. Para defender esta tesis, el autor parte de una concepción de la persona que subraya la unidad entre cuerpo y conciencia: la vida del hombre se desenvuelve con continuidad desde el nacimiento hasta la muerte porque es el mismo organismo el que desarrolla progresivamente sus capacidades superiores y el que es afectado por la enfermedad.

Se critica la tesis de la muerte cortical que, para ser coherente, debería calificar al que se encuentra en coma irreversible no sólo como no-persona, sino también como no-hombre. Se defiende, en cambio, a la luz de los datos científicos actuales, la noción de muerte encefálica o muerte cerebral total.

El autor examina otros puntos debatidos frecuentemente en bioética sobre la noción de muerte: la vicariabilidad de las funciones cerebrales, la hipótesis de substituir parte del encéfalo, y la identidad del hombre enteramente constituido por prótesis.

* Departamento de Medicina y Ciencias Humanas, Instituto Científico H. S. Rafael, Milán; Profesor Agregado de Bioética, Università degli Studi de Pavia, Facultad Médica de Varese; miembro del Comité Nacional para la Bioética.

Preámbulo

En otros escritos he desarrollado teóricamente y documentado en el plano científico mi punto de vista sobre el estatuto del sujeto en estado vegetativo persistente (*persistent vegetative state* o PVS).¹ Aquí pretendo elaborar una lista de los pasos de argumentación que a mi parecer se deberían dar para apoyar mis convicciones, presentando muy sintéticamente algunas proposiciones y desarrollando otras, a la luz de las objeciones frecuentemente suscitadas en el debate bioético.

Las proposiciones

1. Persona, *en sentido teórico*, es el hombre en cuanto máscara o palabra del Ser, es decir, que percibe un llamado moral incondicional; es capaz de pensar lo infinito, y está dotado de una mirada libre y capaz de reconocimiento.

Persona es cifra filosófica, que habla de manera unitaria de la identidad peculiar del hombre entendido como conciencia en una situación corpórea y que busca nombrar el principio de las manifestaciones humanas superiores, manifestaciones que son oscilantes y que no siempre están presentes. Un principio que puede ser intuitivo, pero no descrito a nivel empírico, al que se encuentra como interlocutor práctico, pero que no puede ser reducido a objeto de investigación científica. La idea de hombre —para decirlo con Kant— es pensable pero no cognoscible.

Persona, *en sentido práctico*, es el hombre en cuanto merecedor de cuidado especial respecto de los otros entes, esto es, merecedor de una dedicación máxima que corresponda a la dignidad sin igual del ser que es la persona.

2. La razón del cuidado de la persona estriba —acabamos de decir— en lo que la persona es y en lo que la cifra de persona dice. Ahora bien, puesto que la emergencia de cualidades personales es predicable no sólo de mí, yo atribuyo al otro hombre un valor igual al mío y por tanto reconozco estar vinculado a un deber para con él.

“Prometo mi solicitud para contigo” (versión activa) o “prometo respetarte, en el sentido de no tratarte nunca sólo como medio” (versión

negativa), son las formas normativas en las que se expresa y traduce el sentimiento de deber que constituye el primer núcleo de la conciencia moral.

3. Cualquiera que sea el enfoque personalista (ya sea que parta de un sentido originario del deber que induce al reconocimiento de la realidad personal; o bien que surja de un reconocimiento teórico que justifique ontológicamente la dignidad del hombre y, por tanto, su respetabilidad), la promesa a la que se ha aludido impone una dedicación especial e igual a todo hombre, una dedicación que comporta: *a)* la espera y la ayuda para la plena realización de lo que ya es, pero no está manifiesto todavía; *b)* la representación y la “vicariación” de lo que es todavía, pero que ya no se manifiesta.

Es una dedicación, en una palabra, que protege al hombre incluso cuando su calidad personal no es manifiesta y, por tanto, lo protege desde el principio hasta el fin de su existencia.

4. ¿Dónde situar el inicio y el final de quien es merecedor de protección?

El inicio y el final son nebulosos por las razones expuestas anteriormente: el carácter empíricamente inaccesible de la esencia-persona nos obliga a confiarnos en un saber por indicios para reconocer la persistencia o la ausencia de la dignidad personal en un ente. Al no disponer de pruebas experimentales que documenten de manera inobjetable y repetible que la persona existe, debemos dar crédito a los signos de su presencia. Por el contrario, sólo dando crédito a las evidencias simbólicas de una (kantianamente) incognoscible realidad personal, percibimos y reconocemos las específicas manifestaciones de su libertad.

Se podría decir, reformulando una expresión de Paul Ricoeur, que no veo sino aquello a lo que sirvo y sirvo incluso a aquello que transitoriamente no veo. Por ejemplo, se tiene experiencia de la propia libertad, pero no se puede demostrar que el acto llevado a cabo por otro hombre sea libre o esté, en cambio, determinado;² y sin embargo, sólo creyendo en la libre dignidad del otro se la suscita y aprecia.

La nebulosidad de los confines se puede describir también bajo el perfil de la exigencia y de la dificultad de un trabajo interdisciplinario. Preguntar “desde qué estadio embrional inicia la persona” o bien “desde

qué evento neuropatológico la persona no existe ya” equivale a poner en tensión y hacer interactuar lenguajes y saberes diferentes. Las ciencias, en efecto, no conocen la noción de persona, mientras la filosofía no incluye en sí la embriología o la neurofisiología. Repito, por tanto, que debemos recurrir a indicios, a signos exteriores —al no disponer de un saber incontrovertible— que documente la presencia de la persona. La pregunta: “¿cuándo comienza o acaba la persona?” se convierte en “¿desde cuándo y hasta cuándo debo tratar a un ente como persona?”. Pero la respuesta a esta segunda formulación de la pregunta no es arbitraria; en cambio, debe tener en cuenta, lo más posible, los datos científicos y expresar una propensión del tipo... “no sé exactamente cuándo termina, pero seguramente advierto que no más que desde este momento en adelante, y por tanto tiendo a pensar que se desvanecerá en proximidad de éste o aquel otro evento”.

5. Hemos defendido una concepción de la persona que subraya la unidad, en la vida del hombre, entre cuerpo y subjetividad. Cuerpo y conciencia no son partes —entendidas en sentido dualista como dos cosas yuxtapuestas que, sumadas, dan la persona— sino prospectivas, aspectos del mismo todo personal. La conciencia está en situación corpórea y el cuerpo está atravesado por la conciencia. En términos escolásticos se podría decir que el alma, esa misma alma que es capaz de conocer por medio de los *universales* y de la autoconciencia, es la forma substancial del cuerpo, es el principio por el que el cuerpo es lo que es, y es el único principio por el que el hombre es inteligente, siente y vive.

Con estas advertencias buscamos en el cuerpo un camino y unos signos capaces de indicar los confines de la vida personal, los tiempos de su nacimiento y de su muerte. La ventaja de escoger al cuerpo como terreno de indicios estriba en que el cuerpo es, por sus aspectos exteriores, constantemente accesible a la percepción y susceptible de mediciones. Lo que ocurre al cuerpo indicará, en cierto sentido y dentro de ciertos límites, lo que ocurre a la persona.

Ahora bien, ¿qué evento buscamos en el cuerpo? ¿Qué modificación del cuerpo puede revelar de forma sintética la desaparición del todo personal? ¿Y en qué parte del cuerpo vamos a buscar esta modificación? Puesto que, según nuestra orientación antropológica, es el mismo principio el que hace que el cuerpo sea unitario y capaz de conciencia,

buscaremos una modificación patológica unitaria en lo posible. Es decir, para declarar el acaecimiento de la muerte de la persona buscamos esa modificación patológica, a partir de la cual se puede advertir que se han desvanecido tanto la unidad integrada de la vida corporal, cuanto la capacidad de ejercer las propiedades específicas del hombre, las de la conciencia. En términos escolásticos diríamos: buscamos el evento patológico a partir del cual resulta desvanecida para siempre la forma substancial del cuerpo.

¿Dónde buscamos estas modificaciones corporales? En el órgano que reproduce más fielmente la complejidad de la vida personal: el encéfalo, que desempeña funciones correspondientes a los rasgos del ser personal; es sistema crítico de la homeostasis y es substrato material de la conciencia. Ahora bien, la destrucción del cerebro entero (más exactamente, del cerebro como un todo, dada la insignificancia de células residuales o funciones aisladas persistentes) es el evento que buscamos, puesto que sólo a partir de éste puedo declarar irreversiblemente pérdida tanto la unitariedad de la vida corporal, como la capacidad de conciencia.

Se sigue de ello que, mientras no desaparezcan ambas funciones mediadas por el encéfalo (integración orgánsmica y capacidad de conciencia), el individuo humano merece ser cuidado como persona.

Esta posición nuestra puede ser ulteriormente aclarada a la luz de un episodio significativo del debate reciente en materia de muerte cerebral. En un convincente artículo (*Is brain death actually death?*, incluido en las Actas del grupo de trabajo de la Pontificia Academia de las Ciencias sobre *The determination of brain death and its relationship to human death*), J. Seifert declara su propensión metafísica, en la que la muerte es la separación de cuerpo y alma.³ Agrega que, no siendo perceptible ni el alma ni su disociación del cuerpo, la medicina debe basarse en fenómenos empíricamente accesibles para declarar que ha sobrevenido esa separación.⁴ Ahora bien, la unidad entre alma y cuerpo en el hombre, y por tanto la estrecha unión entre la vida humana personal y la vida biológica del organismo entero (vivo precisamente como un todo), nos lleva a utilizar como criterio intermedio, suficiente para inferir la presencia de la persona, la persistencia de la vida biológica integrada del organismo humano.

Lo que diferencia nuestra posición de la de Seifert (que defiende la posición tradicional en la que está sólo el organismo en que se ha pro-

ducido la completa e irreversible cesación de todos los signos vitales centrales, incluidas la detención de la actividad cardiorrespiratoria y la destrucción cerebral total está muerto como un todo), es el hecho que Seifert considera que no basta la muerte encefálica para desintegrar al organismo,⁵ esto es, un cuerpo en el que se mantienen activas todavía por un cierto tiempo las características esenciales del ser vivo (nutrición, regeneración, función circulatoria, etcétera) no podría decirse propiamente un cadáver en el que quedarán algunos signos vitales.⁶

En respuesta a la posición “tradicional” de Seifert, D.A. Shewmon escribe en el mismo volumen que: “en un cuerpo en el que el cerebro se ha destruido y que no obstante es mantenido tecnológicamente, existe un cierto grado de interacción fisiológica entre los diversos órganos no neurales. Sin embargo, esto no es esencialmente diferente de las mutuas interacciones que se verificarían presumiblemente entre los mismos órganos si estos fueran extraídos y conectados con tubos de plástico (en forma hipotética). Para constituir una unidad de nivel superior, un conjunto de órganos debe poseer propiedades *gestálticas* que no pueden reducirse a la mera suma de los componentes. Esto, en un cuerpo post-embriónal, requiere del cerebro”.⁷

En resumen, la necesidad de recurrir de manera imponente y constante a ayudas técnicas múltiples y sofisticadas, para conservar en vida a los órganos, demuestra que el organismo ha perdido la propiedad de actuar por sí mismo como un todo. Un todo que está vivo, y en cuanto está vivo, es más que la suma de sus partes. Considérese a este propósito la respuesta que C.A. Defanti⁸ da a F. Baldissera,⁹ el cual sostenía que el organismo privado de sus funciones cerebrales y mantenido por auxilios técnicos conserva su individualidad y desempeña funciones vitales (circulación, reflejos vitales, posibilidad de generar) al igual que cualquier otro ser vivo. Pues bien, Defanti escribe que este argumento es una falacia: “la persistencia de la circulación no es una prueba en sí de que el organismo esté vivo (recuerdo que la circulación puede ser mantenida por vía artificial, por ejemplo, mediante un corazón artificial o una máquina corazón-pulmón), de la misma manera que lo es la capacidad de procrear (por ejemplo, el esperma congelado de una persona, conservado en un banco de semen incluso después de su muerte, puede fecundar a una mujer). Por esta razón, creo que los argumentos no demuestran que el organismo privado de todas las funciones cerebrales está aún vivo,

sino más bien que, una vez detenidas las funciones cerebrales, persisten actividades biológicas a nivel de órganos, tejidos y células; pero este es un dato obvio y no discutido. Por lo demás, esto vale, como bien sabemos... incluso para la muerte cardíaca, aunque sea por un período de tiempo más breve”.¹⁰

Por consiguiente, en espera de nuevos datos o de interpretaciones fisiológicas más perspicaces de los datos ya conocidos, nos parecen aún convincentes las afirmaciones de D. Lamb acerca del papel jugado por el cerebro como regulador y coordinador supremo y acerca de la equivalencia entre muerte cerebral, decapitación fisiológica y muerte sistémica del individuo: sólo con “un tronco cerebral intacto... se puede advertir una capacidad conservada de respirar, mantener la temperatura y presión sanguínea, sollozar, bostezar, deglutir...”.¹¹

6. Para inferir la muerte de la persona, repito, buscamos signos de que la unidad corpórea ha desaparecido y no sólo que la conciencia se ha interrumpido. O sea, en sentido contrario, no inferimos que la persona está viva todavía, basándonos exclusivamente en pruebas de que existe conciencia (ahora o en el futuro), como hace en cambio quien afirma: “el hombre que volverá a tener conciencia es persona; quien no volverá a tenerla no lo es”.

No optamos por la conciencia como criterio de persistencia de la persona ya que:

a) la conciencia es multiforme, es decir, tiene una fenomenología variada (deseos, sensaciones, ideas), por lo que es insegura y acaba por ser de algún modo arbitraria la delimitación del estándar satisfactorio de conciencia;

b) la conciencia no es una cosa, sino la apertura intencional a las cosas, el estar presente de las cosas en mí, el puro manifestárseme de las cosas. En su aspecto intencional, el conocimiento no es un modo de ser mío, sino el revelárseme de la realidad; es el *fieri aliud in quantum aliud* (el hacerse otra cosa en cuanto otra cosa).

Ciertamente el conocimiento, además de este aspecto intencional, tiene también un aspecto “físico” o “real” en sentido escolástico, esto es, en el sentido de algo perteneciente a la naturaleza del sujeto. Bajo este aspecto, el acto de conocer es característica del sujeto, es *noesis* y no sólo *noema*. Precisamente el hecho de que el hombre sea el único ente capaz

de actos de conocimiento tan altos nos hace inclinarnos a reconocerle una particular dignidad propia.

Sin embargo, no tenemos una experiencia inmediata del conocimiento: vemos entes visibles, pero no vemos el ver; oímos sonidos, pero no el oír. Formamos, en efecto, el concepto del conocer al reflexionar sobre nosotros mismos, o sea, partimos de la evidencia de que “algo es para nosotros” y concluimos que nosotros somos el sujeto cognoscente al que consta ese algo, esto es, concluimos que, si nosotros no estuviéramos intencionalmente abiertos a las cosas (si no fuéramos conscientes), no podríamos tener experiencia de estas cosas.

De la misma manera y con mayor razón, la conciencia de otros —la conciencia como propiedad de sujetos ajenos a mí— no puede ser objeto de demostración incontrovertible.

El tema de la entropatía ha sido abordado con gran profundidad por la fenomenología contemporánea.

Hay quien ha afirmado que el conocimiento de otros se obtiene atribuyendo analógicamente al cuerpo ajeno la vida consciente que experimento como mía. Por tanto, no tendría noticia directa de la subjetividad ajena, sino que atribuiría probabilísticamente, conjeturalmente, a ciertos factores exteriores (gestos, movimientos de otros entes) la cualidad de signos reveladores de una personalidad.

Otros en cambio han sostenido que, en la experiencia intersubjetiva, se capta inmediatamente la alteridad: el rostro del otro no lleva sólo signos indicadores de su enojo o de su alegría, sino que es su enojo y su alegría, es decir, es su subjetividad determinada en una evidencia originaria.

En ambas posiciones se reconoce, de todos modos, que la subjetividad no es accesible a una aprehensión desde el exterior con la misma adecuación con que es captada, en cambio, por una experiencia de vida (*Erlebnis*) interior. La identidad concienical del otro se manifiesta y luego se oculta, se expresa en el gesto corporal, pero siempre está expuesta a malentendidos. En último término, permanece incomunicable y la misma persistencia de la conciencia ajena se hace accesible sólo por indicios y conjeturas.

Esta discrasia entre cuerpo ajeno y conciencia ajena no puede, por lo demás, solucionarse utilizando el saber científico, el cual obtiene sus datos precisamente abstrayendo de la corporeidad vivida que es el hom-

bre. No disponemos, por tanto, de instrumentos técnicos para probar y medir que la subjetividad ajena existe. Lo que advertimos con el electroencefalograma no es la conciencia, sino una actividad eléctrica neuronal. Esta es la dificultad principal que origina la controvertida cuestión de si el PVS tiene o puede volver a tener percepciones.

Sólo quien sostiene la teoría de la identidad entre mente y cerebro (teoría según la cual la mente es el cerebro, en el sentido de que todo fenómeno mental se podría reducir a un evento neurofisiológico) podría atribuir un significado decisivo a los simples datos neurológicos. Pero como se sabe, el "identidismo" ha sido objeto de severas críticas, así como, por el contrario, se ha demostrado que el "mentalismo" presenta numerosas lagunas, al afirmar la existencia de una dimensión mental en sí, independiente de la corporeidad. Nuevas tendencias de pensamiento proponen, en cambio, el paso desde una filosofía de la mente (en el sentido de centrada en la mente) a una filosofía del hombre: los fenómenos mentales (como objetos de investigación psicológica) no serían los hechos en sí, sino más bien modos de ser de los sujetos, de los individuos que experimentan.¹²

Estas consideraciones podrían ligarse al tercer y siguiente orden de perplejidades.

c) La conciencia es manifestación oscilante de un sujeto, que captamos a través y más allá de lo que es advertir empíricamente, y que definimos como centro de sus expresiones subjetivas. La persona actúa y se revela en sus operaciones personales, pero no se identifica ni se agota en tales operaciones. Hay un desnivel tal entre realidad personal y desempeño de sus funciones, como para poder hablar de una valencia simbólica de las cualidades humanas superiores. Lo que merece dedicación es el sujeto real existente, es la persona y no su propiedad de ser consciente. Esto es, no es esa propiedad en sí la que merece dedicación, sino esa propiedad en cuanto que simboliza a la persona. Por tanto, lo que merece protección es la persona, aunque no desempeñe sus funciones superiores.

Por este motivo, aunque fuera posible demostrar que se ha perdido irremediamente la conciencia (y que el tronco encefálico no es capaz ya de sentir algo) esto no basta para decir que la persona está muerta. En realidad, los rasgos personales (cuerpo y conciencia) no son partes, sino expresiones del mismo todo, manifestaciones de un principio que preside la unidad del organismo y la apertura concienical, tanto a nivel

sincrónico (la conciencia es conciencia en situación corpórea y el cuerpo es uno con su conciencia), cuanto a nivel diacrónico (tal principio liga las diversas fases evolutivas del hombre, aunque anteriormente al darse de la conciencia y de las estructuras nerviosas diferenciadas).

Ahora bien, si este principio es el que preside el devenir y la manifestación de los diversos rasgos del ser personal, no podremos decir que tal principio haya desaparecido si no se han desvanecido para siempre esos rasgos, que normalmente expresan su presencia.

Usando términos aristotélicos, podremos hablar de persistencia de la naturaleza humana incluso en el sujeto incapaz ya de conciencia, del mismo modo que, por una detención evolutiva patológica (que lo prive del desarrollo de los órganos corporales necesarios), el feto podría no ver pasar la facultad intelectual de la potencia al acto, aun poseyendo en acto el alma intelectual propia de la especie humana.¹³

A nuestro enfoque se le pueden hacer diversas objeciones. Veamos tres de ellas.

7. *Primera objeción:* en el PVS la enfermedad ha transformado al cuerpo degradándolo, tanto así que lo ha disociado de la conciencia.

Por ello, el ser de antes ya no está, existe otro que tiene dignidad inferior. La dignidad del hombre no sería igual desde el inicio hasta el final de su individualidad biológica, en cuanto que hay un estadio infrapersonal que el hombre puede vivir al final (de la misma manera como para algunos se da un progreso en la dignidad de los seres vivos en la fase inicial, proporcional a la estructuración de sus órganos corporales).

En otras palabras, la capacidad de tener conciencia es la propiedad esencial de la persona: si esta propiedad se pierde, no estamos ya ante una persona.

La respuesta a la primera objeción podría darse en tres líneas: precisar el tipo de concepción de persona utilizada por nosotros; aclarar el significado de la noción de patológico; evidenciar (mediante su destrucción) las dificultades del corticalista para definir quién o qué cosa es el cuerpo viviente decorticado.¹⁴ Me detendré en las dos primeras.

Concepción ontológica de la persona. El ser persona no está ligado tanto a la capacidad actual de ejercer disposiciones personales, cuanto más bien a la estructura ontológica de un determinado individuo.

La dignidad personal de éste no se mide por el ejercicio en acto de ciertas facultades, y menos aún por la capacidad de ejercer en el futuro determinadas funciones, porque la capacidad de adquirir o volver a ejercer ciertas funciones puede estar limitada por causas empíricas, por impedimentos como la enfermedad.

Para inferir probabilísticamente la persistencia de una realidad personal, bastan los signos de que aún vive el principio que ha sostenido y ligado el devenir del ente (esto es, que ha hecho de tal manera que las diversas fases evolutivas pudieran decirse fases evolutivas del mismo ente) y continúa coordinando sus funciones constantemente visibles (es decir, hace que las actividades residuales de ese ente sean las actividades de un todo coordinado).

Ese principio, en realidad, es inaccesible a una evidencia directa total, pero no se puede negar su persistencia, mientras se mantengan algunos signos exteriores: los signos de que la misma individualidad biológica sigue subsistiendo. El concepto de individualidad biológica es el “concepto intermedio” que permite hacer interactuar la noción filosófica de persona con las nociones propias del saber científico, que verifica y mide la vitalidad de los órganos y de las funciones corporales.

Dicho con otras palabras, el ser viviente que tendrá conciencia de sí, pero que por ahora está inconsciente (el individuo embrional), tiene la misma naturaleza y el mismo valor que tendrá cuando se vuelva consciente (el hombre adulto sano) y que continuará teniendo cuando se vuelva patológicamente incapaz de conciencia (el PVS), si y puesto que estas fases son las del mismo organismo.

El pasar de la vida a la vida consciente y de ésta a la vida no consciente no altera la naturaleza del ser vivo, en tanto no desintegran el principio que ha presidido su devenir. Tal principio, en efecto, o existe o no existe; y para inferir que existe no se necesita que realice todas sus capacidades, basta que dé señales de su persistencia. La individualidad biológica, el operar como el mismo organismo viviente, es a nuestro juicio señal suficiente para inferir tal persistencia. Como no es necesario recurrir, según yo, a la idea de una transformación substancial para el inicio de la vida (el mismo principio plasma el cuerpo para hacerlo apto para prestaciones superiores), así no es necesario imaginar un cambio de naturaleza en el PVS. Es también el mismo ente, pero que se ha vuelto incapaz de volver a plasmar el cuerpo de manera que pueda recuperar las

funciones perdidas, incapaz de superar el impedimento creado por la enfermedad.

Esta es nuestra interpretación de los datos científicos que conocemos, elaborada a la luz de una determinada concepción de la persona. Nos damos cuenta de que los mismos datos pueden ser leídos diversamente desde perspectivas no substancialistas o desde perspectivas substancialistas que deducen una modificación de la substancia en las fases evolutivas iniciales y finales (marcadas por una grave neuropatología) del hombre.

Cada una de estas lecturas presenta, por así decir, puntos débiles: quien propugna un cambio de naturaleza tiene dificultad en explicar los signos de continuidad de esa vida; quien —como nosotros— defiende la persistencia de la estructura ontológica tiene dificultad en explicar la amputación de las propiedades del ente, el empobrecimiento de su corporeidad. Nuestra propensión interpretativa no tiene, pues, la seguridad de una deducción geométrica y tampoco tiene carácter de definitiva; es una propensión por la tesis que, en el estado actual de los conocimientos, nos parece la más plausible.

Noción de enfermedad. Nosotros concebimos la concepción de enfermedad como la reducida normatividad de un ente, o sea, como la disminución de la capacidad de un ente para elaborar nuevas normas en relación con el ambiente, pero no como transformación de la naturaleza de ese ente.

Los fines más altos a los que el individuo humano normalmente tiende, esto es, los fines hacia los que se mueve por sí mismo, por su naturaleza, no siempre se alcanzan. Pueden no alcanzarse por la presencia de un obstáculo: la enfermedad puede hacer que falte su blanco a un ser viviente. Cuanto más grave es la enfermedad, tanto más depaupera los recursos de adaptación, la flexibilidad de respuesta al ambiente por parte del individuo. Para usar una comparación, la caña que se doblaba al viento puede volverse patológicamente rígida hasta que otro embate la quiebre, pero la caña es aún una, a medida que se va volviendo rígida y es la misma, no son dos; se hacen dos sólo después del golpe final. La enfermedad obliga siempre al individuo viviente a alcanzar un nuevo equilibrio, pero es el nuevo equilibrio del mismo individuo. La muerte en cambio es el evento de disgregación (no el proceso), causado por un nuevo embate no absorbido, esto es, por un asalto que encuentra al

individuo viviente incapaz de responder a él, produciendo un nuevo equilibrio que permita la coordinación de las partes y una táctica válida de adaptación al ambiente.

Estas dos afirmaciones teóricas presiden esa resistente intuición moral, según la cual quien merece dedicación es el ser humano en cuanto ser humano y no en cuanto está actualmente consciente.

La conciencia forma parte de la definición de hombre, como es expresada por la noción de persona (apertura consciencial en situación corpórea), en cuanto connota específicamente la identidad plenamente manifiesta del hombre, esa identidad a la que el hombre tiende desde el inicio de su existir y que normalmente alcanza por sí mismo, salvo impedimentos u obstáculos. Conciencia es, en la definición de persona, propiedad “esencial”, en cuanto que no es una función entre otras, sino más bien la característica trascendental, que atraviesa las muchas propiedades y funciones que pueden desaparecer: la vista, el oído pueden existir o no existir, pero si existen, son personales en cuanto atravesadas por una intencionalidad infinita, por una apertura a lo absoluto que tiene el nombre de conciencia.

Y sin embargo, tendemos a considerar persona también al individuo humano que no ha alcanzado aún o que ha perdido la capacidad de ejercer conciencia, en virtud del enfoque ontológico de nuestro personalismo: mientras no se han desvanecido todos los signos de persistencia del principio que ha ligado y liga el devenir de ese ser que ahora está enfermo, no es plausible decir que éste ha perdido su naturaleza.

Por lo demás, si la posesión de la conciencia, actual o futura, fuera una propiedad necesaria para atribuirle a un sujeto la naturaleza humana, la privación de la conciencia haría a ese individuo no solamente no-persona, sino también no-hombre, tesis que sería bastante difícil de sostener. Si en cambio se quisiera distinguir un género-hombre, de una especie de ese género, la especie-persona, y si se quisiera adscribir a esta última únicamente a los individuos humanos conscientes, se debería admitir que el hombre por sí mismo no tiene conciencia, aun cuando accidentalmente pueda tenerla o decirse entonces persona. En cambio, el hombre no consciente es tropiezo precisamente en cuanto que no logra llegar a la expresión de sus cualidades naturales.¹⁵ No lamentamos de un mono la incapacidad para tocar el piano, ni de un vegetal la incapacidad de sentir dolor, pero si lamentamos que un hombre en estado vegetativo

persistente no pueda volver a hacer lo que por su naturaleza debería hacer.

8. *Segunda objeción*: esperar la destrucción del cerebro entero para declarar muerta a la persona es señal de una visión tosca de las funciones cerebrales: su diferenciación permite una individuación más circunscrita del “*locus mortis*”.

Antes de responder a la segunda objeción, pongamos algunas premisas. En general, en la bioética referente al concepto de muerte se atribuyen las funciones de integración orgánica y de actividad concienal respectivamente a las dos partes, inferior y superior, del encéfalo. Más exactamente, sin embargo, se debe decir que se da una interacción, una influencia entre estas funciones y partes.

La corteza concurre a funciones de adaptación cuando, por ejemplo, indicando una visible amenaza de peligro, desencadena una particular alerta de los sistemas homeostáticos de defensa, implicando a todo el sistema nervioso central. Sin embargo, no existen pruebas de que pueda desempeñar por sí misma, substituyéndolas, las funciones homeostáticas que normalmente desempeña el tronco.

El tronco, a través de la formación reticular, contribuye a la función concienal de vigilancia y, por lo menos según algunos neurólogos aunque sean una minoría, existen datos que, oportunamente considerados, hacen pensar que en algunos períodos de la vida y en ciertas condiciones las estructuras subcorticales podrían mediar una consciente interacción con el ambiente.

La compleja interacción entre sensaciones cerebrales, aunque diferenciadas entre sí, ha inducido a la comunidad científica a esperar la destrucción del cerebro entero para declarar muerta a la persona. La excepción la representan, como sabemos, los defensores (como Pallis y Lamb) de la muerte del tronco como criterio necesario y suficiente. ¿Se puede, pues, especificar ulteriormente (respecto de la muerte cerebral total) qué subsección del encéfalo resulta ser el lugar de la muerte?

Respondemos que, por motivos de prudencia, nos parece oportuno esperar a que de la neurología proporcione datos más seguros y precisos al respecto, antes de declarar pleonástica una definición más exigente en cuanto que sería más “amplia”.

Nos induce a una actitud de prudencia de este tipo, entre otras cosas, la superación de ciertas dicotomías anatómo-fisiológicas tradicionales,

una superación invocada por el ya citado Shewmon, “pediatra-bioeticista” de enfoque neotomista, para invalidar su precedente militancia a favor de la noción de muerte cortical. Sus argumentos apuntan, en primer lugar, a las condiciones materiales de la conciencia, pero se extienden luego a las condiciones de la homeostasis, como veremos a continuación.¹⁶

Después de afirmar que “es intrínsecamente imposible determinar de manera empírica si la destrucción selectiva de la corteza elimina toda consciencia o sólo los modos de manifestar exteriormente alguna limitada forma de consciencia”¹⁷ y que “las estructuras subcorticales tienen la capacidad de mediar algunas formas de consciencia”,¹⁸ concluye: “por lo que concierne a la fisiología de la conciencia, la tradicional dicotomía entre cerebro superior e inferior es exagerada. El sistema nervioso goza de suficiente redundancia funcional como para que la destrucción o de la sola corteza o del solo tronco cerebral sea insuficiente para eliminar toda potencialidad intrínseca de conciencia o para determinar la muerte. No parece existir un compartimiento anatómico aislado del cerebro que sea necesario y suficiente para la conciencia. No obstante esto, se da una subdivisión funcional que tiene tales cualidades y que podría llamarse la unidad “formación-reticular/corteza” (*reticular-formation/cortical unit*). Este núcleo fisiológico de la conciencia podría restringirse ulteriormente al núcleo reticular cerebral, que incluye tanto el tronco encefálico como el diencefalo (al que Penfield llamaba sistema centroencefálico). Además, esta unidad funcional es el integrador central del cuerpo. Para ambos aspectos típicos del organismo humano (homeostasis integrativa y propiedades esenciales) esa unidad funcional parece ser la condición *sine qua non* de la vida humana postembrional. A causa de la redundancia y plasticidad funcionales del cerebro, no se puede estar seguro de que tal unidad funcional se destruya a menos que se destruyan tanto sus componentes troncoencefálicos como los cerebrales.”¹⁹

9. *Tercera objeción*: todo es sustituible, excepto la corteza cerebral, por tanto, sólo la corteza es el substrato esencial para la vida de un ser humano.

La respuesta es múltiple con base en las diversas formulaciones que esta objeción puede adoptar.

En primer lugar, están las previsiones de Defanti de que “en un futuro próximo será posible la substitución de las funciones homeostáticas (ve-

getativas) del encéfalo”.²⁰ Esto contrasta con las afirmaciones de los que reiteran que “las neuronas necróticas no pueden regenerarse y un tronco encefálico destruido no puede ser remplazado, ni ser restauradas sus funciones”.²¹ La simple posibilidad lógica, si es plausible a la luz de los conocimientos científicos actuales, es insignificante —escribe Lamb— para justificar moralmente una acción.

En segundo lugar, la objeción podría equiparar —a nuestro parecer injustificadamente— las nociones de esencial y de insustituible, al concluir que el verdadero *locus* de la muerte hay que buscarlo ahí donde el órgano o la función ya no es reemplazable.

¿Son lo mismo esencial e insustituible? Si la función renal no fuera reemplazable, esto es, si no hubiera diálisis y tampoco trasplante, ¿declararía yo muerto a un individuo cuando sus riñones no le funcionan? No, aunque sólo pasaran unos pocos segundos antes de su muerte inevitable, debería definirlo como vivo y/o, a lo más, como irreversiblemente moribundo y debería esperar, para juzgarlo muerto, la señal de que él ha desaparecido como un todo y/o que definitivamente ha perdido las funciones de conciencia (según la propia concepción acerca de la noción de persona y de muerte personal). Por tanto, la centralidad que se asigna al cerebro no depende de su carácter de insustituible, sino de sus cualidades.²²

Por lo demás, ¿qué saca en conclusión la teoría de la posibilidad de ser substituido (no es esencial lo que es substituable), aplicada a las funciones del tronco (como en la famosa hipótesis de Green y Wikler que entienden la unidad de reanimación como una especie de encéfalo inferior artificial)?²³ ¿Qué substituyo, cuando substituyo un órgano con auxilio técnico?

Substituyo las funciones que son substituibles por medio de técnicas químicas o mecánicas, pero substituir las funciones no significa reemplazar la vida; la extensión del experimento mental de la substitución me da un autómatas conectado a órganos humanos, no me da al mismo hombre. El hombre hiperprotésico, el hombre en el que las funciones del tronco encefálico destruido fueran progresivamente reemplazadas por máquinas, no sería ya un organismo integrado, sino un grupo de substitutos artificiales.

El motivo de esto es, precisamente, la especificidad de lo biológico respecto de lo mecánico-artificial, un carácter específico del que a veces

no nos damos cuenta cuando la prótesis substituye a un órgano enfermo en alguna de sus funciones (por ejemplo, la función de bomba del corazón substituida por una máquina hidráulica). En estos casos, la substitución funciona no porque el órgano perdido sea igual a la prótesis de remplazo, sino porque la diferencia es poco relevante, o bien, porque el organismo en el que la prótesis es remplazada tiene recursos para substituir lo que la prótesis no remplaza.

Es evidente que la cosa no es tan simple cuando se imaginan prótesis que remplacen no esta o aquella función, sino el núcleo crucial de la integración orgánica. En este caso, para hablar de un organismo viviente, no debemos sólo tener pruebas de que determinados órganos son, tomados cada uno a la vez, perfundidos, oxigenados, calientes y activos, sino que son partes de un todo que se regula por sí mismo. Según D. Lamb (comunicación personal) no es una casualidad que los criterios y las pruebas para la muerte del tronco encefálico difieran de los de que se tienen para otros órganos vitales (como el corazón), en cuanto que buscan pruebas de la irreversible pérdida de la integración funcional y no de funciones específicas.

Una consideración más profunda de las reflexiones de Canguilhem sobre la especificidad de la vida podría ayudar a relativizar las hipótesis cartesianas que ven al cuerpo humano como una máquina.²⁴ La vida no es la suma de los engranajes mecánicos con que substituyo ciertas funciones vitales (esto es mecanicismo). Los seres vivientes se diferencian de los conjuntos mecánicos de engranajes porque *se mueven*, es decir, son capaces de pasar ellos mismos de la potencia al acto, de ejercer una acción que enriquece y perfecciona al mismo sujeto agente. Dentro de ciertos límites y salvo impedimentos demasiado fuertes, son capaces de autoconstrucción, autoconservación, autorregulación, autorreparación, en cuanto que son sustancias capaces de acción inmanente. En consecuencia, sus órganos tienen una polivalencia (más allá de la función principal que el hombre generalmente substituye: el corazón como bomba, el riñón como filtro, etcétera) que dentro de ciertos límites permite su readaptación anatómica y funcional con tal de garantizar la supervivencia.

Por el contrario, en el caso de la máquina, el proceso de construcción es totalmente ajeno y supone la ingeniosidad del mecánico, así como la conservación, la regulación y la reparación periódica exigen la supervisión

y la vigilancia constante por parte del maquinista.²⁵ La máquina, al tener una rigidez funcional, implementa rígidamente “las reglas de una contabilidad racional. El todo es rigurosamente la suma de las partes”. Escribía un filósofo de la escuela neotomista que “los seres vivos tienen en sí, inmanente, el principio de su actividad”, no son máquinas reguladas desde fuera, sino substancias con una cierta autonomía que pagan “tal autonomía con la capacidad de errar”.²⁶

El hombre hiperprotésico podría ya no ser hombre, sino sólo una serie de órganos humanos, conectados y regulados perfunctoriamente por un homeostato central artificial. Lo que cuenta para hablar de un hombre vivo es que se dé una unidad integradora espontánea del organismo, una unidad que se manifiesta por el hecho de que no necesita una constante, múltiple y altamente sofisticada batería de prótesis para mantener en vida a los órganos.²⁷

En cambio, si se lograra producir el equivalente artificial de la neurona (un sustituto que fuera absolutamente fiel al modelo natural), entonces no se ve por qué no debería ser posible producir también una nueva corteza, además de un nuevo tronco encefálico.

De igual manera es criticable la conjetura del trasplante de partes de encéfalo complejas, como el tronco encefálico. P. Medawar y D. Lamb han confirmado en años recientes que la hipótesis del trasplante cerebral es una posibilidad de ciencia ficción.

Por otro lado, quien considera la cosa sólo como futurible, debe reconocer que, si se admite como posible el trasplante de tronco encefálico, no se ve por qué declarar imposible —sólo en principio— el trasplante de la corteza. Por lo demás, Defanti²⁸ escribe que en abstracto no es totalmente impensable substituir los hemisferios cerebrales, substitución que a un tiempo mantenga las memorias y disposiciones propias de la persona. Sería interesante que Defanti desarrollara esta conjetura.

Puesto que de todos modos hay quien recurre a la idea de trasplante del tronco para sostener la prioridad de la corteza (en cuanto que no es trasplantable pero es capaz de mantener su continuidad funcional si se la alimenta con un nuevo tronco encefálico), he dedicado al tema algunas consideraciones sintéticas en *Sotto scacco*. He sostenido que “puesto que no creemos que sólo la corteza es la sede de la conciencia... la preocupación de no introducir otra personalidad en el trasplantado deberá referirse tanto a la hipótesis de trasplante de corteza, cuanto a la

de trasplantes de extensas regiones del sistema nervioso, y quizás también a la de amplias secciones del organismo”,²⁹ añadiendo que la conciencia es propiedad del todo corpóreo.

¿Qué he querido decir con todo esto?

Quería ante todo insinuar la duda en quien enfatiza el valor de la corteza cerebral como sede de la conciencia. En efecto, en la “sacralización” de la corteza se sobreentiende una imagen mítica: el mito de la corteza aislada y profundida como última y esencial forma de continuidad de la vida personal. El dualismo de esta concepción monoorgánica es evidente: la personalidad (y su capacidad de conciencia) se identificaría con la corteza y todo lo demás sería instrumento de subsistencia de la corteza-persona.³⁰

Cuando pido considerar al órgano encéfalo (en mi concepción monoorgánica), lo hago porque veo en él también la función de sistema crítico, es decir, de sistema que preside la coordinación del organismo como un todo. Es este todo corpóreo lo que cuenta: el vivir integrado de un organismo, su vivir como un todo y no obviamente la falta de este o aquel miembro, la falta de este o aquel órgano, remplaceable quizás con prótesis.

Por tanto, la interacción entre los órganos tiene valor incluso en mi concepción y no sólo en la tradicionalmente cardiaca. En realidad, el motivo por el que escojo al encéfalo como órgano crucial es porque este es el verdadero núcleo de la integración homeostática, es su sistema crítico. Elijo un enfoque monoorgánico sin contradecir el valor que asigno a la interacción y por tanto atribuyo identidad personal al PVS, puesto que en este hay muchos órganos pertenecientes a un organismo, que se organiza en torno al cerebro y a sus funciones integradoras.

En la concisa afirmación sacada de *Sotto scacco* y referida más arriba, abordé la cuestión de la identidad del hombre de ciencia ficción que resultaría de un trasplante múltiple. El experimento mental continúa siendo pura imaginación y bastante estéril, pero puede servir para mostrar la importancia que atribuyo al *network*, al conjunto de las conexiones entre órganos, aun privilegiando al cerebro como sistema crítico. Preguntémonos, pues: ¿qué hombre sería el hombre hecho con los órganos

y con las partes de cerebro de muchos hombres? El caso imaginario que tenía en mente era el siguiente. Aun admitiendo que yo lograra producir un ser humano trasplantando en un tronco encefálico órganos vitales y vastas secciones corporales provenientes de muchos individuos, ¿qué ser resultaría de ese conjunto de órganos? A esta pregunta debo responder: “es un hombre” si, como he sostenido, el sujeto en estado vegetativo persistente es un hombre. ¿Pero quién es este hombre? Ahora bien, si considerara que —para usar una antigua y en este caso inapropiada terminología— el alma tiene su sede en el tronco encefálico, debería responder que él es la misma persona de la que he obtenido el tronco encefálico. Pero yo no lo pienso así.

Como se ve, si se me quiere atribuir la calificación de defensor de una concepción monoorgánica, habría que precisar que soy un monoorganista débil, o bien un interaccionista de orientación cerebral, o un cerebralista interaccional. Yo no sostengo en plan reduccionista que la persona es su cerebro y que no es nada más. Decir que una persona no puede existir sin el cerebro (esto es, decir que el cerebro ofrece la integración homeostática sin la cual no se puede hablar de un organismo viviente) no coincide con la afirmación de que la persona es su cerebro. Por lo demás, los criterios tradicionales de muerte no han reducido nunca a la persona a la suma de tres órganos (corazón, pulmones y cerebro). La persona es pensada por la filosofía, el cerebro (como los otros órganos) es estudiado por la ciencia. Los dos razonamientos se conectan y se influyen, pero no se confunden en una simplificación reduccionista. Lo que se puede decir, sin caer en el reduccionismo, es que la falta de ciertos órganos, en ciertas condiciones, sirve para indicar que ese cuerpo no funciona ya como un todo autorregulado.

En cambio, es fuerte el corticalismo de quien sostiene que la corteza es la condición necesaria y suficiente (aunque fuera aislada, oxigenada-perfundida y mantenida en vida por un sistema de futuribles prótesis capaces de substituir todas las funciones integrativas ejercidas por el tronco encefálico) de la vida consciencial, esto es, que es la persona en su substancia, siendo el resto accidental. Podría darse incluso, por analogía, un troncalismo y un cerebralismo fuerte. En este último caso se debería llamar persona al órgano cerebro en sí, globalmente entendido.

Hay que decir que la orientación de mi explicación se resiente indudablemente del hecho que las situaciones clínicas que he estudiado

mayormente se caracterizan por una destrucción patológica del sistema nervioso central (SNC) “alta” o “central”, como la que lleva al estado vegetativo persistente. En la demolición del cuerpo “desde el centro”, tal como es la inducida por patologías que afectan ante todo a los hemisferios cerebrales, puedo decir que la demolición de la unidad de ese cuerpo es completa sólo cuando todo el encéfalo es destruido.

¿Qué ocurre, en cambio, cuando imagino una demolición del cerebro “desde la periferia”, o sea, una amputación progresiva de todos los órganos y las partes somáticas? ¿Y qué decir del caso en que primero se destruye el tronco encefálico totalmente, aislando de hecho a la corteza? Pues bien, sólo ese monoorganicista fuerte, que cree que el alma-conciencia reside en un órgano, podría concluir con seguridad que nada cambia mientras ese órgano (por ejemplo, la corteza) se mantenga profundo, aunque esté aislado.

A decir verdad, un caso de este tipo parece el difundido por Shewmon y referido originalmente por R. Hassler en 1977,³¹ un caso en el que parece posible, mediante la estimulación eléctrica del sistema reticular de activación situado rostralmente al tronco encefálico lesionado, reportar cierta forma de conciencia en un cuerpo somáticamente desunificado y con un tronco encefálico destruido. La hipótesis de interpretación de este caso ofrecida por Shewmon³² (para no abandonar la concepción hilemórfica que tanto estimaba y para no volver al estándar de muerte tradicional) es que la destrucción aislada del tronco reduce el cuerpo del hombre a sus hemisferios cerebrales y transforma los órganos desintegrados en una máquina de oxigenación-perfusión. En una palabra, el organismo no existe ya, existe un órgano, pero puesto que en él la conciencia puede ser restaurada, Shewmon rechaza equiparar la muerte del sólo tronco encefálico a la muerte del hombre. Otro caso límite que Shewmon asocia al de Hassler es la situación de la dicefalia (dos cabezas, un cuerpo), sobre el cual entretejió Koren sus reflexiones.³³

Hay que decir que en el caso de Hassler el tronco encefálico no estaba verosíblemente destruido en su totalidad, por tanto, de ese caso sólo se podría deducir que el coma debido a una lesión del sistema troncal de activación reticular es en ciertas condiciones reversible, lo cual plantea a la escuela de Pallis (defensora de la equivalencia entre muerte del tronco y muerte del cerebro entero) problemas que no me parece que hayan sido aún abordados específicamente en una respuesta explícita a Shewmon.

Es evidente el alcance de las cuestiones que, la realización de nuevos estudios sobre casos-límite de este tipo, podría suscitar. Es en esta dirección en la que creo que debe concentrarse la atención conjunta de neurofisiólogos, biólogos, filósofos y moralistas interesados en verificar la preferencia de la teoría cerebralista o corticalista, o en cambio la tradicional.³⁴

10. ¿Qué tipo de tratamiento merece el PVS?

El cuidado especial debido a todo hombre (en el caso concreto, a todo enfermo) se traduce en los tratamientos proporcionales a él.

Decir que “la prolongación de esta vida no merece el mismo empeño que la prolongación de esa otra”, no es igual que decir: “este ser humano no merece el mismo cuidado que aquel, es decir, no merece ya ser tratado como fin”.

Tratar al PVS como fin, y no sólo como medio, no significa obligarlo a subsistir de manera indefinida, como ocurre con cualquier enfermo incurable, pero al que se puede substraer a la muerte aplicando auxilios vitales.

Ninguna terapia (como por lo demás ningún gesto humano materialísticamente descrito, esto es, definido prescindiendo del contexto y de las disposiciones intencionales que presiden su actuación) es siempre obligatoria en el plano moral: toda terapia debe ser considerada en su significado humano (un significado que se puede manifestar históricamente en formas diferentes y que en cualquier caso merece siempre un discernimiento crítico) y sometida a un juicio de proporcionalidad. En el juicio de proporcionalidad de una terapia entran criterios médicos, socio-económicos y personales.

Con base en estos criterios he sostenido que deberán ser generalmente proporcionales y por esto que se habrán de ofrecer la hidratación y la nutrición artificiales.³⁵

Corolarios

Las que acabamos de exponer son algunas de las tesis derivadas de una concepción personalista más general, como es la que nos parece más convincente y defendible. La nuestra no es obviamente la única forma

de personalismo, y de hecho ocurre que otros personalistas llegan a consecuencias diferentes.

Sin embargo, también sucede que tanto los personalistas de enfoque ontológico (que fundamentan la dignidad personal en la realidad substancial de la persona), como los personalistas de enfoque ético (que parten de la norma moral para reconocer la realidad personal),³⁶ consideran al embrión y al PVS personas, en cuanto tienden a reconocer a la persona coextensiva al organismo viviente que sostiene y expresa a la persona y prefieren el criterio de la individualidad organísmica para individualizar el inicio y el final del individuo humano.

Sea como fuere que lleguen a ello (al principio o al final del decurso de la argumentación), estas orientaciones personalistas se basan en una concepción ontológica de la persona, en virtud de la cual “el ser persona no está ligado tanto a la capacidad actual de usar las disposiciones personales, cuanto más bien en la estructura ontológica de un determinado individuo”.³⁷ Una estructura que es constante desde el inicio hasta el final de la vida, cualquiera que sean los cambios y las deficiencias funcionales que experimenta el individuo.

Una concepción empirista de la persona, en cambio, para atribuir la calificación de persona “requiere que se pueda comprobar empíricamente que un individuo posee de hecho las características relevantes para definirlo como persona”.³⁸ Tales propiedades son: racionalidad, sentido moral, autoconciencia. Si no se dan actualmente tales propiedades se puede atribuir dignidad personal por lo menos (según algunos pensadores de esta corriente) a los hombres que conservan la capacidad de llegar a poseerlas en el futuro.

La concepción ontológica infiere detrás de los actos una substancia (que es la persona), la cual es la raíz del valor de atribución al sujeto, incluso cuando los actos típicamente personales no puedan darse ya; la concepción empirista, en cambio, entiende a la persona “como ente empírico-psicológico”, en el que la personalidad compete esencialmente a los actos a través de los cuales se expresan las disposiciones personales, como por ejemplo la racionalidad y la autoconciencia. El valor, y por tanto el respeto, compete a la persona principalmente en la medida en que ésta es capaz de llevar a cabo una atribución de valor respecto de la propia vida y de las alternativas de acción ante las que se encuentra”.³⁹

Ahora bien, como es frecuente que la concepción empirista se asocie con una ética subjetivista y la ontológica con otra de tipo objetivista (el valor moral es reconocido por un sujeto y no planteado por él),⁴⁰ así ocurre a menudo que la primera tenga un resultado corticalista y la segunda otro globalmente cerebralista.

Para la primera basta con comprobar que no hay posibilidad de recuperación de la conciencia para concluir que lo que es propiamente merecedor de apreciación y protección se ha desvanecido. Para la segunda en cambio, se requiere la ausencia de todo signo de persistencia de la estructura ontológica, y puesto que tal estructura presidía tanto la vida concienical como la integración orgánismica, mientras esta última no haya desaparecido, se tiende a concluir que el ser de antes existe aún y merece el mismo cuidado.

Para concluir

El razonamiento bioético sobre la muerte está, como se ve, en plena efervescencia de desarrollo. A él puede contribuir un estilo de reflexión que presente datos científicos relevantes y los nuevos resultados de las intervenciones tecnológicas; que declare las cifras interpretativas con que estos datos son sintéticamente retomados en el ámbito filosófico, y que se comprometa (en parte realísticamente, en parte incluso imaginariamente) en la labor de acreditar o desmentir tales cifras y encuentre luego otras nuevas, más adecuadas y fecundas.

Es clara la importancia de la aportación que puede dar en este ámbito no sólo el diálogo entre diversas perspectivas disciplinarias (la verdadera interdisciplinarietà), sino la confrontación entre diferentes concepciones y tradiciones filosóficas, cada una de las cuales está naturalmente marcada por la propensión a una cierta lectura de la naturaleza personal, del evento patológico y del evento de la muerte.

Quien se ocupa de estos problemas tiene por tarea el mostrar, con la máxima consecuencialidad posible, los razonamientos y los datos utilizados, exhibir los resultados explicativos alcanzados, así como las zonas grises que quedan por explicar (y que tal vez otras líneas de lectura iluminarán con mayor eficacia), y situarse finalmente desde el punto de vista de la línea de pensamiento rival, ayudándola a mostrar su propia riqueza y a reconocer sus propias lagunas.⁴¹

Referencias bibliográficas

¹ CATTORINI, P., *Sotto scacco. Bioetica di fine vita*, Nápoles: Idelson-Liviana, 1993: 97-168. En adelante indico con PVS al sujeto en estado vegetativo persistente. Otra precisión terminológica: por cerebro se entienden, en sentido técnico, los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo (véase NETTER, F.H., *Sistema nervoso*, v. 7, I, Milán: Ciba, 1985: 23), mientras el encéfalo incluye el conjunto de las estructuras contenidas en la caja craneana (entre las cuales están justamente el cerebro, el cerebelo y el tronco encefálico). Encéfalo es, pues, la parte superior del neuroeje, parte que continúa por abajo con la médula espinal. Véase PENSA, A., FAVARO, G., CATTANEO, L., *Trattato di anatomia umana*, Turín: UTET, 1976, vol. II: 267-269. En la literatura bioética italiana, sin embargo, a veces se han usado como sinónimos (incluso por mi parte) los términos encéfalo, cerebro y cerebro entero, tanto como substantivos cuanto como adjetivos referidos a la muerte. No creo que la cosa haya originado equívocos, pero me parece correcto señalarlo incluso porque el lector podrá encontrar en este mismo artículo algún desliz, sobre todo al referir mis afirmaciones precedentes, pensamientos de otros, expresiones ya en uso o traducciones del inglés *brain*.

² VANNI ROVIGHI, S., *Istituzioni di filosofia*, Brescia: La Scuola, 1982: 126. Nos referiremos a este texto también por lo que diremos sobre la autoconciencia.

³ PONTIFICIA ACADEMIA DE LAS CIENCIAS, *The determination of brain death and its relationship to human death*, Ciudad del Vaticano: Pontificia Academia de las Ciencias, 1992: 95-143.

⁴ *Ibid.*, p. 110.

⁵ *Ibid.*, p. 134.

⁶ *Ibid.*, p. 138.

⁷ SHEWMON, D.A., *Brain death: a valid theme with invalid variations*, en PONTIFICIA ACADEMIA DE LAS CIENCIAS, *The Determination...*, pp. 23-51; cfr. p. 33.

⁸ DEFANTI, C.A., *È opportuno ridefinire la morte?*, *Bioetica* 1993, 2: 211-225.

⁹ BALDISSERA, F., *Si muore sempre due volte*, *Tempo Medico*, 9.12.1992. Cfr. también ID., *Morte dell'uomo o morte della persona?*, *Bioetica* 1993, 2: 236-246.

¹⁰ DEFANTI, *È opportuno...*, p. 220.

¹¹ LAMB, D., *Il confine della vita*, Bologna: Il Mulino, 1987: 75. Sobre la decapitación fisiológica un parecer diferente expresa SEIFERT, *Is brain death actually death?*, *The Monist* 1933, 76 (2): 185.

¹² MORAVIA, S., *Il problema del mentale in filosofia*, Kos 1991, 69: 16-23.

¹³ BERTI, E., *Quando esiste l'uomo in potenza?*, *Per la filosofia* 1992, mayo-agosto: 60. Me parece que debo estar de acuerdo con Berti (p. 63), cuando afirma que la concepción aristotélica del hombre es más unitaria que la que se encuentra en los textos de Sto. Tomás (aparte la excepción constituida por el intelecto activo). Este defiende una teoría de la animación retrasada con base en la variable explicativa ligada al concepto de creación. Por analogía, alguien podría decir, remitiéndose a Sto. Tomás, que el PVS no tiene ya alma intelectiva, sino sólo la sensitiva o vegetativa y que, por tanto, como en el inicio de la vida existe una progresión de almas, al final hay una regresión.

En cambio, utilizando el lenguaje aristotélico, se debería decir probablemente que en la muerte del PVS desaparece el alma intelectiva como forma substancial del cuerpo, puesto que se excluiría el que pueda substituir a la intelectiva la sensitiva y luego la vegetativa. La cosa es especular de lo que ocurre al inicio de la vida, en el que el alma intelectiva está ya contenida en el embrión aun cuando en acto sólo posea la facultad nutritiva y tenga en potencia la sensitiva e intelectiva. Somos perfectamente conscientes de todos modos del hecho de que la hipótesis

tomista probaría “que en modo alguno es filosóficamente absurdo afirmar una concepción substancialista de la persona y juntamente negar la coextensividad entre persona y cuerpo viviente” (ZECCHINATO, P., en VIAFORA, C. (a cargo de), AA.VV., *La bioetica alla ricerca della persona negli stati di confine*, Padua: Fondazione Lanza-Libreria Gregoriana, 1994: 126).

¹⁴ Para estas últimas remitimos a CATTORINI, *Sotto scacco...*, pp. 123-126.

¹⁵ Véase AGAZZI, E., *L'essere umano come persona*, Per la filosofia, 1992, mayo-agosto: 28-39, para una crítica a los intentos de separar las nociones de hombre y de persona.

¹⁶ Se encuentran en SHEWMON, *Brain death...*, pp. 40-43. El mismo autor sostiene que por honestidad intelectual se debería admitir que es “intrínsecamente imposible probar empíricamente si un PVS está totalmente privado de conciencia o más bien que tiene una cierta forma primitiva de conciencia, pero es simplemente incapaz de manifestarla exteriormente” (*Ibid.*, p. 42).

Que un hombre vivo a nivel integrativo mantenido por el tronco encefálico pudiera estar aún ligado a primitivas prestaciones psíquicas ha sido una conjetura sostenida por KAEUFER, C., PENIN, H., BUCHELER, E., *Richtlinien zur Feststellung Des Hirntodes mit EEG und angiographie* (Acta Tweede Wereld Kongres voor Medisch Recht, Ed. R. Dierkens, Washington D.C. 18-21.8.1970), *Ius Medicum* 1973: 183-187 (Centrum voor Medisch Recht, Rijksuniversiteit Gent). Y es una conjetura a la que se han referido diversos escritos posteriores: VAN TILL, H.A.H., *Diagnosis of death in comatose patients under resuscitation treatment. A critical review of the Harvard Report*, *Am. J. Law and Med.* 1976, 2 (1): 1-40, que cita el trabajo de Kaeufer et al. juntamente con el de KETZ, E., *Bewusstseinstoerungen in Neurologie*, *Praxis* 1970, 30: 1081-9. A su vez Van Till es citado por HORAN, D.J., *Euthanasia and brain death. ethical and legal considerations*, *Ann. New York Academy of Sciences* 1978, 315: 363-373. Hemos sabido del escrito de Horan a través de su cita por parte de LAMB, D., *Il confine della vita*, Bolonia: Il Mulino, 1987: 180, nota 5.

La citada conjetura parece ser hoy tesis claramente minoritaria en el ámbito neurológico, aun cuando el escepticismo de SHEWMON, *Brain death...*, p. 42, respecto de la *American Accademy of Neurology* (cuya *Position* sobre el PVS data de 1989) no es aislado. Baste confrontar los desacuerdos con el Documento sobre el estado vegetativo persistente redactado por el grupo de estudio “Bioética y Neurología” de la Sociedad Italiana de Neurología, en *Bioetica* 1993, 2: 385-391.

MCQUILLEN, M., *Can people who are unconscious or in the “vegetative state” perceive pain?*, *Issues in Law and Medicine*, 1991, 6 (4): 373-383, critica las conclusiones demasiado apresuradas basadas en el uso de la PET; distingue la percepción del dolor (en la que la mediación talámica desempeña el rol central) de la experiencia vivencial de sufrimiento y recuerda que el dolor de otro hombre es inferido por los signos de sufrimiento, de tal manera que, si estos signos no pueden ser registrados, es difícil probar la ausencia de la percepción de dolor.

El famoso neurocirujano B. Jennett, que con F. Plum acuñó el término PVS, volviendo sobre el tema en *The case for letting vegetative patients die*, *Ethics and Med.* 1993, 9 (3): 40-43, reitera en cambio que “*the patients are not capable of experiencing distress or pain*”.

¹⁷ SHEWMON, *Brain death...*, pp. 39-40.

¹⁸ *Ibid.*, p. 40.

¹⁹ *Ibid.*, p. 43.

²⁰ DEFANTI, C.A., *É opportuno...*, p. 224.

²¹ LAMB, D., *Reversibility and death. A replay to D.J. Cole*, *J. Med. Ethics* 1992, 18: 31-33.

²² Cfr. ID., *Il confine...*, p. 72.

²³ Hipótesis criticada por ID., *Ibid.*, p. 73ss.

²⁴ CANGUILHEM, G., *La conoscenza della vita*, Bolonia: Il Mulino, 1976.

²⁵ *Ibid.*, p. 169.

²⁶ VANNIROVIGHI, S., *Elementi di filosofia*, Brescia: La Scuola, 1976, vol. III: 87. Por lo que decimos del ser vivo como “se movente”, cfr. *Ibid.*, p. 76.

²⁷ Véase la ya citada afirmación de SHEWMON, *Brain death...*, p. 33.

²⁸ DEFANTI, *È opportuno...*, p. 224.

²⁹ CATTORINI, *Sotto scacco...*, p. 132.

³⁰ Si se sostiene que la mente coincide con (en el sentido de que no es otra cosa o que depende ontológicamente de) la parte superior del encéfalo (afirmación de tipo materialista), se llega en general a defender que la vida biológica del hombre (la vida del cuerpo humano extracortical) está separada de su vida más propiamente personal, la concienical (dualismo), de tal manera que podrían existir hombres —se agrega— que no son personas, sino vegetales humanos o animales antropoides.

En cambio quien como nosotros parte del reconocimiento de una unidad entre el principio de la vida biológica y el de la vida concienical, puede evitar caer en posiciones materialistas y dualistas aunque se asigne a un cierto órgano una importancia crucial. Si, en efecto, después de que a este órgano se le declara destruido, no se puede hablar de vida integrada del organismo, no existe ya ni hombre ni persona. Pero esto no significa que la persona no sea nada más que este órgano. En palabras del escolasticismo, podríamos decir: el alma no es una cosa y por esto no tiene una sede, pero no consta que el alma exista ya, si se destruye irreversiblemente una determinada parte del cuerpo.

El uso de nociones como la de alma, así como la definición del ser persona como condición ontológica radical no siempre evidente, permite hacer frente a la objeción de sacralizar el encéfalo o el tronco encefálico.

³¹ HASSLER, R., *Basal ganglia systems regulating mental activity*, Int. J. Neurol. 1977, 12: 53-72.

³² SHEWMON, *Brain Death...*, p. 39.

³³ KOREN, H.J., *An introduction to the philosophy of animate nature*, St. Louis: Herder, 1955: 44-45: en los gemelos siameses “las partes comunes parecerían informadas por el alma de uno de los gemelos, aun cuando pueda no ser posible determinar cuál” (p. 44). El volumen de Koren apasionará a los neotomistas deseosos de aplicar el hilemorfismo a los nuevos problemas biológicos. Véase por ejemplo la interpretación del evento de la muerte: “el cuerpo muerto es un agregado de muchas substancias, compuestas por la materia del cuerpo antes vivo y por un cierto número de formas substanciales” (p. 44). Todo organismo tiene en acto sólo un alma, pero tiene en potencia muchas, tantas cuantas son las partes que pueden continuar viviendo después de haberlas separado del cuerpo. El alma no puede dividirse, pero, en la parte amputada, un alma puede pasar de la potencia al acto y puede ser un alma de tipo diferente: “si la organización de la parte separada no es suficiente para la vida animal, pero es adecuada para la vida vegetativa, un principio vital vegetativo se convertirá en alma de esa parte”. Si se entendiera el PVS como una reliquia del cuerpo precedente, al modo de una parte de este (la otra parte sería la corteza), se podrían utilizar estas afirmaciones de Koren para concluir que el PVS tiene un alma diversa de la intelectual, que coordinaba anteriormente la vida del cuerpo sano.

³⁴ Por ejemplo la admisión hecha por SHEWMON, *Brain Death...*, de que persista un cierto grado de interacción en el “cuerpo” cerebralmente muerto da qué pensar y merecerá en los próximos años consideraciones fisiológicas más puntuales en cuanto a las capacidades integrativas residuales de un cadáver que puede ser “mantenido en vida” durante semanas o meses, como en el caso de embarazadas fallecidas y mantenidas en unidades de terapia intensiva para salvar al feto. Shewmon mismo (comunicación personal) nos ha referido casos pediátricos que lo están llevando a considerar que la unidad somática no requiere necesariamente de una mediación encefálica. Parecería, pues, que este neurólogo pediátrico ha pasado de la defensa de la noción

de muerte cortical, a la noción de muerte cerebral total, y finalmente a la noción tradicional de muerte.

³⁵ CATTORINI, *Sotto scacco...*, p. 139ss.

³⁶ Véase VIAFORA (a cargo de), *La bioética alla ricerca...*, pp. 12-13 donde P. Zecchinato introduce la distinción entre ambos enfoques. Naturalmente esto no excluye que existan personalismos ontológicos no fundados en una metafísica de la substancia. Y tampoco que otros pensadores de orientación personalista nieguen el estatuto personal a ciertos individuos vivos de la especie humana.

³⁷ CORRADINI, A., *Fondamenti della bioetica e concezioni della persona*, Per la filosofia 1992, mayo-agosto: 53.

³⁸ *Ibid.*, p. 48. Possenti llama posición funcionalista-actualista, a la que “busca definir a la persona a partir de sus operaciones consideradas particularmente cualificantes. Esta posición se podría denominar también empirista en sentido amplio, porque considera de varias maneras empíricamente comprobable el ser persona y su devenir persona, mediante la evidencia de ciertos caracteres, que han sido asumidos como relevantes para definir a la persona”. Véase POSSENTI, V., *Bioetica e persona in prospettiva filosofica*, en VIAFORA (a cargo de), *La bioetica alla ricerca...*, p. 84. La línea defendida por Possenti es la del personalismo ontológico.

³⁹ CORRADINI, *Fondamenti della bioetica...*, p. 55.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ El n. 1, 1994 de la revista *Bioetica* me honra con una doble atención. Defanti hace una reseña bastante obsequiosa del libro, que encuentra digno e interesante (se lo agradezco) aunque marcado por dificultades, y sobre el tema del PVS resume correctamente mi pensamiento, pero señala que neotomistas como A. Shewmon están a favor de la muerte cortical (ya he referido en el artículo que sin embargo Shewmon ha cambiado de opinión). M. Mori dedica su intervención (p. 151ss.) a demostrar que yo haría demasiado uso del fundamento metafísico, puesto que creería que del personalismo desciende directamente la definición de muerte cerebral global. Mori ha leído mal (y quizás el hecho de que el libro sea una recopilación de artículos diversos no lo ha ayudado): el mío es “un” personalismo y sé que otros personalistas (que no obstante comparten mis premisas) sacan otras consecuencias. El motivo es simple: estas consecuencias no son en modo alguno geoméricamente deducidas, como he reconocido en mi libro, precisamente hablando de cifras interpretativas, declarando los puntos en los que la filosofía espera de la investigación científica datos importantes para llegar a más convincentes conclusiones morales, y confesando que mis conclusiones morales a propósito del PVS son propensiones y no tienen características de definitivas: “hay algunos aspectos del problema que no logro ver con claridad, probablemente porque las vías de interpretación intentadas y los criterios de discernimiento empleados no son adecuados o bien no son aplicados por mí correctamente” (p. 141). He expuesto así una línea de argumentación personalista que llega a conclusiones de coextensividad entre persona y organismo viviente, conclusiones a las que llegan otros estudiosos, aunque tengan enfoques personalistas diferentes entre sí.

Nadie es tan poco precavido como para desafiar la bondad de una rica tradición filosófica ligándola a una tesis altamente sectorial y problemática de ética aplicada, aunque indudablemente muchas convergencias de personalistas “libres” hacen reflexionar.

Espero de todos modos haber respondido en este artículo a las críticas substanciales que Mori me hace, al que agradezco la meticulosidad con que las enumera y que espero me ayudarán a aclarar e integrar mi posición y a cambiarla, cuando no me parezca válida, como pensadores más autorizados que yo han hecho en el curso de su vida con ciertas tesis defendidas por ellos.

No deseo —como desafortunadamente piensa Mori, diagnosticándome el “síndrome de investigación del fundamento último”— hacer inexpugnables mis posiciones. Quiero en cambio

(como él por lo menos en parte me reconoce en la pág. 152) “dar argumentos” lo más amplios y lógicos posibles, de tal manera que se vea si me equivoco y dónde me equivoco: sólo haciéndome atacable sé que hago un servicio a la verdad. En cambio en dos puntos Mori abandona el terreno científico y hace en la nota 6 una insinuación y en las conclusiones una observación retrológica. No pretendo hacer a mi vez consideraciones retrológicas o insinuaciones, para explicar de qué modo Mori me atribuye un acrítico empecinamiento en un fundamento último, del que haría depender directamente la solución concreta. Espero sólo convencerle antes o después de que no me empecino para nada.

Por lo que concierne a la nota 6, un cierto ensañamiento crítico lo lleva a decir que no nuestro todos los datos y que oculto los que me son contrarios. He buscado en *Sotto scacco* (y muchos me lo han reconocido, aun defendiendo tesis diferentes) hilvanar una reflexión profundamente atravesada por la consideración de los datos técnico-científicos, habiendo en varias ocasiones criticado un enfoque bioético hecho de historia del pensamiento, de metabioética y de estéril contraposición sobre los principios e incapaz de un trabajo interdisciplinario. Vengamos al punto. Mori habla de que yo debería decir por lo menos que una tesis por mí expuesta (en esencia que el individuo privado de corteza pueda tener formas elementales de conciencia) es “controvertida”. ¿Pero ha leído la nota de referencia? En ella uso precisamente la expresión “tema controvertido” en relación con el sufrimiento del PVS y cito dos textos, entre ellos el de la *American Medical Association* (AMA), que excluye la *sentence* (“*Pain cannot be experienced by brains that no longer retain the neural apparatus for suffering*” escribe el famoso *Council* de la AMA, JAMA 1990, 263 (3): 428). Esta misma tesis, autorizadamente expresada, el lector habrá podido encontrarla por otra parte pocas líneas más arriba, en la nota 1 de la pág. 134. Me disculpo de todos modos si el lector en esta página no logra captar bien el carácter controvertido que asigno al punto en cuestión: en ese caso habría sido mejor desplazar a las notas todos los textos citados. Debo añadir que (a diferencia de lo que Mori parece atribuirme) yo no justifico en modo alguno mi propensión por la noción de muerte cerebral total con base en el hecho de que el PVS sería aún capaz de conciencia. Por lo que concierne al presunto cambio de posición de la Comisión de Bioética de la Sociedad Italiana de Neurología (SIN), recuerdo que su documento sobre el PVS fue aprobado en noviembre de 1992, cuando yo ya no formaba parte de él y en cualquier caso no he encontrado en él (leyendo el documento en el número 2 de 1993 de *Bioetica*) una explícita abjuración de la anterior toma de posición sobre los anencéfalos. Reitero finalmente que más recientemente SHEWMON (*Brain death...*) ha confirmado la “vieja” tesis de la SIN sobre la anencefalia y la ha tomado como una evidencia indirecta de los recursos que estructuras subcorticales, aun desprovistos de corteza, tienen al mediar la conciencia.



Embrión humano en la 10a. semana de desarrollo

La llamada “reducción embrional” desde el punto de vista asistencial y ético

A. Bompiani*, P. Rossati*

Resumen

Los autores analizan la problemática de la llamada “reducción” embrional, esto es, la supresión de embriones de embarazos plurigemelares logrados como consecuencia de los tratamientos contra la esterilidad, entre los que se encuentran la inducción farmacológica de la ovulación y las técnicas de procreación artificial. La finalidad de la reducción embrional es obtener mayores posibilidades de que los fetos restantes sobrevivan hasta el parto.

Después de explicar la reducción embrional desde el punto de vista médico, refiriéndose en particular a los problemas clínicos, a las técnicas utilizadas y a las complicaciones según la literatura científica más reciente, se analizan los problemas éticos, legales y deontológicos implicados en la reducción embrional.

Desde la perspectiva ética se pueden clasificar varias posiciones: 1) la santidad e intangibilidad de la vida, que coincide con la enseñanza del Magisterio católico, aunque es compartida también fuera del mundo eclesial. Esta es la posición sostenida igualmente por los autores del artículo; 2) la posición según la cual se admite la reducción embrional sólo para prevenir que se presente un peligro grave para la salud materna; 3) la visión

* Instituto de Clínica Obstétrica y Ginecológica, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

utilitarista que reconoce en la materia deberes prima facie y no deberes absolutos, por lo que la reducción embrional podría llevarse a cabo incluso al margen de una indicación materna comprobada; 4) la libertad de elección de la mujer como principio primordial.

Después de revisar sintéticamente los problemas médico-legales y deontológicos vinculados con la reducción embrional, se examinan las posibilidades de prevención de la misma. La reducción embrional, en efecto, no se debe considerar una actitud terapéutica en cuanto que es contraria al principio de la intangibilidad de la vida.

Preámbulo

Como se sabe, la eventualidad de embarazos plurigemelares (además de bigéminos) es un acontecimiento espontáneo relativamente raro, pero que se ha vuelto más frecuente con el uso de estimuladores de la ovulación, o bien, con la transferencia en el útero de muchos embriones obtenidos por fecundación *in vitro*.

El pronóstico de estos embarazos sigue siendo reservado, tanto para la salud materna como para la de los fetos, a partir por lo menos de la cuarta semana en adelante. Aun cuando en la última década numerosos estudios han puesto en evidencia la disminución de la mortalidad y de la morbilidad tanto materna como fetal, el embarazo plurigemelar sigue constituyendo una condición intrínseca de riesgo para la madre y para el feto.

Por lo que al feto se refiere, la elevada prematuridad y altos grados de hipertrofia determinan tasas de mortalidad neonatal y perinatal proporcionales al número de fetos, como indica la tabla 1. La etapa gestacional al nacimiento es importante al determinar el riesgo que, por lo demás, se vincula también con una mayor incidencia de hipoxia antes y en el parto. En cualquier caso, según las estadísticas modernas puede comprobarse que el 90 por ciento de los tripletos sobreviven más de un

año, pero en los supervivientes se observaría una consistente tasa de retraso mental y motor.¹

En cuanto a la gestante, el riesgo está vinculado con una mayor frecuencia de rotura uterina, metrorragias cataclísmicas o complicaciones cardiovasculares. En la casuística se subraya, además, la dificultad con que se encuentra la familia para criar varios hijos al mismo tiempo.

Tabla 1

Mortalidad neonatal/perinatal en relación
con el número de fetos por embarazo

embarazo monofetal	9.4%
embarazo gemelar	42.8%
embarazo trigemelar y más ²	126.9%

Debido a la combinación de estos factores, tanto clínicos como sociales, y ante la presencia de un embarazo plural, en los últimos años se ha discutido repetidamente la utilidad de la llamada *Multi-Fetal Pregnancy Reduction* (MFPR), cuando algunos grupos de obstetras la están poniendo sistemáticamente en práctica. Esta intervención—que puede practicarse en la fase embrional de la gestación o, más raramente, en la fetal—consiste en la reducción del número de embriones en desarrollo mediante métodos que aspiran selectivamente el contenido de las cámaras ovulares consideradas en exceso, o bien, inyectan en el tórax del feto sustancias cardioplégicas (como, por ejemplo, el cloruro de potasio o KCl), dando por resultado el provocar su muerte y la lenta reabsorción. Tales procedimientos son aplicados, preferentemente, cuando existen más de tres cámaras ovulares, advertidas por ecografía en las primeras semanas de gestación.³

Estas son, en rápida sucesión, las principales características del tema que intentamos analizar bajo los diversos puntos de vista clínicos, para llegar finalmente a una valoración ética de esta técnica obstétrica, que representa—a primera vista—el dar muerte directamente a uno o más embriones.

Definición

Se ha utilizado una serie de términos para definir la intervención obstétrica para reducir el número de embriones o fetos en embarazos múltiples, en etapas gestacionales y con modalidades y técnicas operatorias diversas, utilizando incluso apoyos tecnológicos novedosos.

Reducción selectiva e interrupción selectiva —los términos más usados— no expresan plenamente el verdadero concepto y la finalidad de la operación, que responde a un verdadero embrionicidio o feticidio selectivo.

Estas dos palabras tienen el sufijo *cidio* (del latín *caedo*, matar), que implica una ilegalidad semejante al homicidio; aunque muchos de los que practican esta técnica no están de acuerdo.

Aborto selectivo es un término que se reserva para designar la interrupción del embarazo único por indicaciones genéticas. De todos modos, el término “aborto” no es apropiado para designar una situación como el embarazo múltiple, en la que al útero se le extrae sólo una parte de lo que contiene.⁴

El término de *reducción de embarazo multifetal* (múltiple) introducido por Berkowitz⁵ describe más bien la naturaleza del procedimiento, eliminando de la definición el concepto de la interrupción selectiva de la vida en los embriones o fetos blanco/objeto de la intervención,⁶ y escamoteando así su verdadero significado.

Dimensión del problema

La aplicación de potentes fármacos para inducir la ovulación, y de biotecnologías de punta para la terapia de la infertilidad, han hecho que se incremente el número de parejas que logran concebir frecuentemente después de largos años de espera. Sin embargo, han provocado un aumento, en términos absolutos, de embarazos múltiples, con un elevado número de embriones (superior a 3-4).⁷

A pesar del perfeccionamiento metodológico y tecnológico (monitoreo ecográfico folicular y hormonal) con que se aborda el problema de la terapia ovario-estimulante de la infertilidad, el porcentaje de aparición de tal complicación es aún elevado: del 5 al 10 por ciento de los emba-

razos inducidos por estimulación,⁸ aunque en clara disminución respecto de los datos (del 16 al 39 por ciento) reportados en 1981 por Schenker.⁹ Más adelante discutiremos las posibilidades con que se cuenta actualmente para prevenir tal eventualidad.

En cualquier caso, la frecuencia señalada es más elevada que la incidencia natural de los embarazos múltiples (1:6,400 para el triple, 1:6,000-1:600,000 para el cuádruple, etcétera) de tal manera que Petrikovsky,¹⁰ en la introducción a su *Revisión* de la literatura sobre el tema, adelanta que la ecuación de Hellin se refiere sólo al cálculo de embarazos múltiples espontáneos y no a los que se inducen por medio de fármacos. La ecuación de Hellin está basada en la frecuencia conocida de los embarazos gemelares y permite calcular la incidencia de los trigéminos y cuádrigéminos en adelante, elevando a exponente el número de gemelos (3, 4, 5, etcétera) por embarazos gemelares presente en la población examinada (relacionado este último con los factores geográficos y genéticos). En 1989 la revisión de Petrikovsky recogía, desde 1960, 228 embarazos triples, 17 cuádruples, 8 quintuples, 2 séxtuples, 1 séptuple, 1 óctuple y 1 de nueve. Benschushan,¹¹ en una revisión de la literatura mundial desde 1985 hasta 1992 sobre la reducción fetal en los embarazos múltiples, cita 96 casos de triple, 108 de cuádruple, 40 de quintuple, 93 de séptuple y más.

La confrontación entre estas dos casuísticas da idea de la dimensión del problema, a pesar de haberse logrado una mayor afinación de los medios diagnósticos y terapéuticos para la atención de la infertilidad.

Problemas clínicos

Como decíamos anteriormente, el embarazo múltiple constituye en sí mismo un serio problema obstétrico-neonatólogo, desde el momento en que se está demostrando un creciente riesgo materno-fetal, como se puede ver en la tabla 2. Sin embargo, no se ha logrado establecer todavía con precisión absoluta la frecuencia de las diversas situaciones de riesgo.

Los avances de la asistencia prenatal y neonatal han reducido la mortalidad y morbilidad del prematuro, incluso poco prematuro, pero siguen siendo elevados los márgenes de riesgo (difícilmente cuanti-

Tabla 2
Riesgos maternos y fetales en los embarazos múltiples

Riesgos maternos	Porcentaje
Anemia	20-35
Metrorragia pre y postparto	13-35
Gestosis	20-46
Rotura prematura de membranas	15-20
Cesárea	casi constante
Fenómenos tromboembólicos	frecuencia difícil de precisar
Fetales/neonatales	
Muerte fetal	(véase Tabla 1)
Parto prematuro	66-97
Hemorragia intraventricular	4
" <i>Respiratory Distress Syndrome</i> "	43-45
Muerte neonatal	7-21

ficables) tanto respecto de los casos numéricamente limitados como de las variables vinculadas a cada paciente y a su capacidad de gestación, a los equipos médicos implicados y a las estructuras sanitarias disponibles.¹²

En los embarazos cuádruples y hasta quintuples, la supervivencia de algunos o incluso de todos los nacidos es una eventualidad posible, pero existe un riesgo significativo de morbilidad a largo plazo; con seis o más fetos las posibilidades de supervivencia son sumamente bajas y en caso de embarazo óctuple las posibilidades se acercan a cero,¹³ aunque Serreyn¹⁴ cita un caso de parto óctuple con 2 fetos nacidos muertos, 1 feto papiráceo y 5 recién nacidos que, a los 2 años de nacidos, tenían un desarrollo normal.

Benshushan,¹⁵ del Departamento de Obstetricia y Ginecología de Jerusalén (Israel), en su artículo *Multifetal pregnancy reduction: Is it always justified?*, citando los datos que resumen el resultado de embarazos múltiples indicados en la literatura en los últimos años (Tabla 3), hace observar que, particularmente respecto de los embarazos cuádruples o

mayores, la asistencia obstétrica y neonatológica no permitiría aún lograr resultados satisfactorios en términos de supervivencia.

Tabla 3

Resultado de embarazos múltiples no sometidos a reducción fetal

<i>Embarazo</i>	<i>Edad gestacional media al nacer (semanas)</i>	<i>Peso medio al nacer (gramos)</i>	<i>Supervivencia %</i>
Triple	33	1,800	93
Cuádruple	28	1,100	83
Quíntuple	24	630	40

Tomado de Benschushan A., Lewin A., Schenker I.G., *Multifetal pregnancy reduction: is it always justified?*, Fetal Diagn. Ther. 1993, 8: 214-230.

El autor afirma, de todos modos, que la actual escasez de datos derivados de estudios comparativos sobre el resultado de embarazos múltiples hace difícil valorar realmente el beneficio de una intervención de reducción fetal. Esto repercute a su vez en la posibilidad de aconsejar a la paciente según los datos que avalan una u otra opción (la ablativa o la conservadora de todos los embriones), incluso porque el riesgo de interrupción completa del embarazo, como consecuencia de la opción intervencionista, es una eventualidad posible, que anularía los resultados alcanzados después de prolongados tratamientos de la infertilidad.

En definitiva, los autores vacilan en recomendar una u otra opción de reducción fetal, en un debate sobre el pronóstico fetal-neonatal que sólo ahora empieza a lograr un grado de información apreciable, aunque todavía insuficiente.

Finalmente, bajo el punto de vista clínico y biológico, es importante resaltar que en las primeras etapas de embarazo pueden darse pérdidas embrionales espontáneas —con reabsorción embrional— que en el estado actual resultan fáciles de monitorear mediante la introducción de la ecografía transvaginal. Este dato plantea la cuestión —incluso para

aquellos que consideran éticamente justificada la reducción embrional—de la etapa del embarazo en que se debe decidir sobre una eventual reducción.

Blumenfeld¹⁶ ha observado en 116 embarazos múltiples —logrados mediante inducción hormonal o depositando en el útero varios embriones obtenidos por fertilización *in vitro* o mediante *Gamete Intra Fallopian Transfer* (GIFT)— una reducción espontánea del 48 por ciento de los embriones, en la mayoría de los casos dentro de la 12ª semana. Según Kol,¹⁷ en cambio, las pérdidas embrio-fetales espontáneas en embarazos múltiples equivalen al 5 por ciento, porcentaje semejante al observado en caso de una única concepción.

Técnicas de reducción embrional en los embarazos múltiples

Llegados a este punto nos parece oportuno describir las técnicas y analizar la casuística relativa a cada uno de los métodos utilizados.

A. *Dilatación cervical y aspiración transcervical*. A las 8-11 semanas de gestación se practica la dilatación del cuello uterino hasta 10 milímetros y la aspiración a baja presión con la cánula Karmann bajo control ecográfico.

La técnica es difícil de ejecutar después de la 9ª semana y, además, en cerca del 50 por ciento de los casos los embarazos resultan en aborto porque la remoción de la bolsa gestacional altera el volumen intrauterino, aumentando la posibilidad de actividad contráctil y por tanto de aborto. Otras complicaciones frecuentemente citadas¹⁸ son una prematuridad grave con *distress* respiratorio, infecciones y hemorragias endocraneales.

En definitiva, con el método de la reducción embrional mediante aspiración transcervical se obtendrían nacidos con peso al nacimiento superior al de un embarazo múltiple en el que no se realizara reducción fetal alguna, pero la incidencia de prematuridad resultaría casi constante.

B. *Aspiración transcervical de las bolsas gestacionales inferiores*. Conforme a la literatura disponible,¹⁹ se puede combatir la creciente incidencia de abortos por infección o incontinencia cervical causada por la dilatación del cuello uterino, observada en los casos anteriormente descritos.

Al afinarse la técnica y observarse ciertas normas precautorias, como el buscar eventuales infecciones vaginales y el consiguiente saneamiento del ambiente mismo, además de mediante una profilaxis antibiótica, se ha podido reducir la incidencia de pérdidas fetales de un 30-40 por ciento al 10 por ciento.

C. *Inyección intraamniótica de solución salina hipertónica al 20 por ciento.* Se trata de 3 casos de embarazo con fetos malformados tratados en la 10ª semana de amenorrea con punción intra-amniótica ecoguiada, de una solución salina (cloruro de sodio o NaCl) hipertónica al 20 por ciento. Se inyectan 8-10 centímetros cúbicos (cm³), previa aspiración de 10 cm³ de líquido amniótico.

Esta técnica ya no se utiliza debido al elevado riesgo de malformaciones de las extremidades fetales, derivado de un mecanismo tóxico al entrar en contacto las extremidades del embrión con vida con las membranas pertenecientes a la bolsa vaciada (efecto lítico directo de las membranas hiperosmolares cercanas).

D. *Inyección intratorácica de KCl.* Se han descrito dos variantes:²¹ a) por vía transabdominal (10-13 semanas de gestación);²² b) por vía transvaginal²³ (8-11 semanas de embarazo).²⁴

En cuanto a la técnica transabdominal, ésta prevé la inserción, bajo guía ecográfica, de una aguja (22 G.) tan fina como para penetrar en el tórax del feto con un movimiento rápido y preciso para evitar los movimientos fetales reflejos ante la presencia de un cuerpo extraño. Como el corazón en esta etapa gestacional es un blanco muy difícil de alcanzar, el posicionamiento de la aguja se hace en el tórax y, en cualquier caso, por encima del diafragma; con una jeringa se comprueba que haya presión negativa y que no se aspire sangre ni líquido amniótico; se inyecta cerca de 0.5 mililitros de KCl y se observa la desaparición del latido cardíaco.

Lipitz²⁵ cita 72 casos de reducción embrional mediante la técnica tanto transabdominal como transcervical. En 10 casos se trataba de embarazos quintuples, en 3 de embarazos séxtuples, en 1 de séptuple, en 2 de nueve y 1 caso presentaba 12 fetos vivos. No se advirtieron diferencias en los resultados entre los dos diversos tipos de enfoques terapéuticos. En los casos de 5 o más embriones sometidos a reducción fetal, el nacimiento de fetos vivos resultó equivalente al 59 por ciento de los casos.

En cuanto a la inyección intratorácica de KCl por vía transvaginal, el método consiste en insertar en la bolsa gestacional, a través de la pared vaginal, una aguja (16-17 G.), de 25 centímetros de longitud, montada sobre la guía de la sonda endovaginal. La punta de la aguja es dirigida hacia la cavidad torácica fetal cerca del corazón y se inyecta una cantidad variable de KCl (0.5-5.0 mililitros); la aguja se retira tras controlar ecográficamente durante 5-10 minutos que persiste la asistolia cardíaca fetal.

Con este método se ha obtenido un peso fetal al nacer y una etapa gestacional decididamente superiores respecto de los casos de embarazo múltiple en los cuales no se efectuó embrio-reducción. Respecto de la abdominal, la técnica vaginal presenta menores riesgos en las etapas precoces de embarazo, pero tiene mayores complicaciones en las fases más avanzadas. En algunos casos este método es utilizado no sólo para aumentar la posibilidad de éxito del embarazo en caso de gestación múltiple, sino también cuando se advierten fetos con patología genética diagnosticada mediante obtención de muestras de las vellosidades coriónicas en etapas precoces de gestación.

Ambos métodos presentan el inconveniente de la toxicidad del KCl, particularmente grave en el caso de embarazos monoamnióticos.²⁶

E. *Inyección intratorácica de NaCl al 0.9 por ciento.* También en este caso se han descrito dos variantes: a) por vía transabdominal (a las 11-12 semanas de embarazo); 2) por vía transvaginal (a las 8-10 semanas de gestación).

Con anestesia general o epidural, se inserta una aguja (22 ó 16 G.) por vía transabdominal o transvaginal, hasta llegar a la bolsa gestacional más accesible. El embrión es repetidamente "tocado" y se inyecta una solución de NaCl al 0.9 por ciento, varias veces si es necesario, hasta que se advierte paro de la actividad cardíaca por más de dos minutos.

Con este método se evita el uso de una substancia potencialmente tóxica como el KCl que, en caso de embarazo gemelar monocorial, puede dañar al gemelo sobreviviente.²⁸

F. *Aspiración transvaginal del embrión.* Con una aguja (16 G.) de 30 centímetros de longitud, montada en la guía de la sonda transvaginal, se hace una punción que pasa a través del *fornice* posterior vaginal y la pared uterina, hasta penetrar en la bolsa gestacional más fácilmente alcanzable. Con una jeringa se aspira la bolsa gestacional y se prosigue

hasta vaciar todas las bolsas seleccionadas.²⁹ Según la literatura, la técnica presentaría un porcentaje muy bajo de pérdidas totales de embarazos (5.3 por ciento). La etapa de ejecución es muy precoz (7-8 semanas). Las ventajas indicadas serían las siguientes: 1) menor cantidad de material ovular por aspirar; 2) se ejecuta un menor número de maniobras por las reducidas dimensiones del huevo; 3) no se utilizan sustancias potencialmente tóxicas (KCl, NaCl); 4) hay menor implicación psicológica y emocional de la madre en la reducción embrional.

En los casos citados, a veces se ha practicado la dilatación cervical hasta 10 milímetros sin anestesia. Con la cánula de Karmann se aspira el embrión localizado en la parte inferior, dejando en su sitio el trofoblasto y las membranas. Las ventajas son en parte semejantes a las citadas anteriormente respecto de la técnica transcervical. Entre las complicaciones observadas se advierte un mayor porcentaje de pérdidas fetales y de infecciones.

G. Inyección intracardiaca de KCl por vía transvaginal con control color-doppler. El método prevé que durante el primer trimestre de embarazo se inserte, bajo guía ecográfica, una aguja (22 G.) en la región pericárdica, inyectándose 0.2-0.4 mililitros de KCl.³⁰ En el segundo trimestre la aguja (22 G.) es introducida directamente en el corazón del feto y se inyectan 0.5 mililitros de KCl. En cerca del 7 por ciento de los casos ha sido necesario repetir el examen alcanzando dosis iguales a 1.8 mililitros en el primer trimestre y a 3.0 mililitros en el segundo trimestre.

Con anestesia local se introduce una aguja (17 G.) en el miometrio; a través de ésta se introduce una aguja más delgada (21 G.) que alcanza la bolsa gestacional que se ha seleccionado y visualizado mediante el color-doppler; la aguja se dirige luego hacia el corazón fetal atravesando el tórax; se inyectan 0.5 mililitros de NaCl para confirmar que se ha penetrado en el corazón, registrándolo mediante el color-doppler como fase de color indeterminada por la turbulencia debida al NaCl; finalmente se inyecta 1 mililitro de KCl y se observa el corazón fetal en el monitor hasta que desaparezcan las señales coloreadas durante 60 segundos (si persiste la actividad cardíaca, se repite una inyección de 1 mililitro de KCl). En cuanto el doppler confirma la asistolia, se extrae la aguja para la sucesiva reducción; terminada la intervención, también con el doppler se visualiza panorámicamente la vitalidad de los embriones restantes y se comprueba la ausencia de circulación en los eliminados.

La ventaja evidente de esta técnica es el comprobar con seguridad que ha desaparecido toda actividad cardíaca fetal, pues se han reportado casos de actividad cardíaca fetal después de haberse llevado a cabo la reducción bajo control ecográfico, a pesar de los signos iniciales de muerte, y esto por la escasa calidad de las imágenes ultrasonográficas. Por lo demás, el corazón del feto es sumamente resistente a los ataques al útero y el taponamiento del corazón logrado con otras técnicas puede causar asistolia cardíaca fetal sólo momentánea.

El *reporte de caso* citado por Desai³¹ —del Departamento de Obstetricia y Ginecología de Bombay, India— presenta dos innovaciones, aunque no se daba a conocer (al momento de publicarlo) el resultado del embarazo, habiendo pasado sólo 4 semanas desde la operación efectuada a las 11 semanas. La primera innovación es de carácter metodológico, y consiste en inyectar una solución de KCl directamente en el corazón, con la consiguiente disminución de los tiempos de ejecución y un efecto más seguro. La segunda novedad es tecnológica, y se refiere al uso del color-doppler. El color-doppler dibuja la vascularización embrionaria y pone de manifiesto los embarazos monozigotos con la ventaja real de excluir de la selección a los gemelos monocoriales o de eliminarlos a ambos (esta actitud es adoptada por todos los autores), a fin de evitar efectos tóxicos de las sustancias utilizadas o de productos de degradación del trofoblasto.

En el caso de gemelos monocoriales es posible, por las conexiones vasculares entre las dos circulaciones, producir la muerte o daños permanentes al gemelo sobreviviente en caso de que muera uno de los gemelos, incluso espontáneamente. En la literatura se han citado accidentes isquémicos al gemelo sobreviviente³² y lesiones cerebrales, renales y cutáneas por coagulación intravascular diseminada (CID), debidas a la transmisión transcoriónica de material tromboplastínico proveniente del feto muerto.³³

Complicaciones

En todas estas técnicas, la mayor complicación para el embarazo es el que se aborten todas las bolsas gestacionales restantes, sobre todo en etapa tardía, incluso a las 9-10 semanas desde el momento de la reducción.

La diversa casuística cita porcentajes que van del 5 al 40 por ciento, con resultados que mejoran con la experiencia,³⁵ y esto en relación: 1) con el número de embriones iniciales y el número de embriones eliminados; 2) con la técnica utilizada (la transcervical con dilatación es la de mayor riesgo y por esto ya no se utiliza; la aspiración transvaginal del embrión ofrecería los mejores resultados (5.3 por ciento de abortos), aun cuando la casuística se refería a 19 casos y sólo en 1992); 3) con la etapa de ejecución: *a.* la vía transvaginal permite llevar a cabo la reducción en una etapa muy precoz (8-10 semanas), pero la posibilidad de que los embriones restantes se enfrenten a un aborto es elevada incluso porque en los embarazos múltiples un cierto número de abortos se verifican espontáneamente entre la 5ª y la 10ª semana (fenómeno del *twin vanishing*).³⁶ Salat-Baroux³⁷ cita en su casuística de embarazos múltiples una incidencia del 18 por ciento de este fenómeno; *b.* la vía transabdominal se aplica en la 10-12 semana (antes de 8 semanas es técnicamente difícil). Es de notar que después de la 12ª semana las posibilidades de aborto son menores, pero aumentan, por lo menos teóricamente, las posibilidades de CID, aunque esta complicación materna aún no se ha reportado en la literatura; 4) los intentos únicos o múltiples en una misma bolsa gestacional; 5) el intento de aspirar mayor cantidad de trofoblasto; 6) la eliminación de la bolsa gestacional próxima al orificio uterino interno del cuello uterino con posible infección ascendente y corionamniotitis de las bolsas gestacionales restantes y/o metrorragia; 7) la experiencia individual del operador tanto quirúrgica como ultrasónica.

En la tabla 4 se muestran los resultados de los embarazos múltiples sometidos a reducción multifetal en relación con las técnicas más utilizadas. Y la tabla 5 muestra el resultado de los embarazos múltiples sometidos a reducción a 2 fetos, en relación con el número inicial de embriones.

Los autores que practican los diversos métodos descritos afirman que uno de los mayores problemas al ejecutar estas técnicas es que falle el objetivo de la reducción, esto es, que no cese la actividad cardíaca del embrión. Efectivamente, la hipoxia o las lesiones mecánicas causadas por la manipulación por parte del operador pueden provocar lesiones cerebrales, cardíacas o de otros órganos. De aquí la "recomendación" que hacen todos los autores, pero que cita Benschushan explícitamente,³⁸

de que —en caso de fallar cada una de las reducciones— el intento se repita hasta que se logre el objetivo.

Las *complicaciones maternas* citadas son: 1) metrorragia; 2) contracciones uterinas; 3) pérdida de líquido amniótico; 4) rotura de las membranas; 5) infección; 6) aborto séptico. La CID no ha sido citada nunca como complicación ni se han documentado alteraciones de los parámetros de la coagulación, de tal manera que algunos autores consideran superfluo un control de los mismos después de la intervención. Es de señalar, de todos modos, que si bien no se han descrito casos de coagulopatía materna, los elevados niveles de alfa-fetoproteína observados en estas pacientes demuestran que se efectúa un transporte de sangre o productos de descomposición embrional al circuito materno.³⁹

Tabla 4

Resultados de embarazos múltiples en relación con las técnicas de reducción multifetal utilizadas

<i>Técnica</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Aborto completo (porcentaje)</i>	<i>Aborto parcial (porcentaje)</i>
Transabdominal	188	12.8 (de 0 a 40)	4.8 (de 0 a 40)
Transcervical	58	12.1 (de 0 a 11.9)	3.4 (de 0 a 2.4)
Transvaginal tardía	59	18.6 (de 10 a 33.3)	3.4 (de 0 a 10)
Transvaginal precoz	19	5.3	

Tomado de ITSKOVITZ-ELDOR, J., THALER, I., DRUGAN, A. et al., *Transvaginal embryo-aspiration - A safe method for selective reduction in multiple pregnancies*, Fertil. Steril. 1992, 58: 351-355.

Tabla 5
Resultado de embarazos múltiples sometidos a reducción
a 2 fetos en relación con los embriones iniciales

<i>Nº de embriones iniciales</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>% de supervivencia a la intervención</i>
3	96	91.6
4	108	92.6
5	40	72.5
7/>7	93	87.1

Tomado de BENSUSHAN, A., LEWIN, A., SCHENKER, J.G., *Multifetal pregnancy reduction: is it always justified?*, *Fetal Diagn. Ther.* 1993, 8: 214-220.

Concluyendo este breve examen de los aspectos técnicos, parece poder afirmarse que —aun cuando ciertas técnicas hayan sido ya abandonadas— ninguno de los diversos métodos propuestos se mostraron superior al otro. Esto se atribuye a que todavía no se han hecho estudios comparativos adecuados.⁴⁰ Se consideran válidas las técnicas ecoguiadas por vía transvaginal y transabdominal, a veces asociadas entre sí, inyectando una sustancia tóxica (KCl, NaCl) cerca del corazón fetal, con la diferencia temporal de que la vía transvaginal permite la ejecución de la intervención más precozmente (8-11 semanas) y la vía transabdominal más tardíamente (10-13 semanas). Es de señalar que la técnica de aspiración transvaginal del embrión propuesta por Itskovitz-Eldor,⁴¹ —del Departamento de Obstetricia y Ginecología de Haifa (Israel)— permite efectuar la reducción fetal a las 7-8 semanas de haberse presentado una amenorrea, y este mismo autor cita, en la discusión del caso, que en el judaísmo está permitido provocar un aborto terapéutico hasta los 40 días desde la concepción (7 semanas y 5 días de período menstrual).

A cuántos fetos hay que dejar desarrollarse y cuáles hay que reducir

Es objeto de controversia el número de fetos al que se puede reducir el embarazo múltiple (si 2 ó 3). La orientación es a dejar tres bolsas gesta-

cionales, pues en los embarazos múltiples existe la posibilidad de que se presenten abortos incluso tardíos, y por el hecho de que la supervivencia en embarazos dobles o triples no difiere sensiblemente, es decir, reduciendo a 2 en vez de a 3 los fetos, se tiene una pérdida del 33 por ciento, cifra mucho mayor a la diferencia de mortalidad perinatal observada en los embarazos dobles respecto de los triples.⁴²

El número de embriones/fetos al cual referir el embarazo múltiple también está condicionado por la precocidad de ejecución de la reducción (al ser el riesgo de abortividad espontánea proporcional a la precocidad de la intervención).⁴³

La selección de los fetos que se van a reducir está prácticamente vinculada a factores técnicos: 1) los gemelos monocoriales, muy raros en los embarazos múltiples inducidos farmacológicamente, son eliminados o preservados ambos, porque la vascularización común puede provocar daños o la muerte al gemelo superviviente; 2) se preservarían las bolsas gestacionales proximales al orificio uterino interno, para evitar metrorragias y/o infecciones ascendentes; 3) el operador, con base en su propia experiencia y habilidad manual, hace la selección después de levantar cuidadosamente el mapa ecográfico de las bolsas gestacionales.

Problemas éticos y legales

Tras señalar los problemas clínicos y técnicos vinculados con la llamada "reducción embrio-fetal" que se señalan en la literatura, debemos considerar ahora los complejos problemas éticos y legales relacionados con ella.

Leyendo al respecto, el tema puede ser analizado desde dos puntos de vista: 1) el "sentimiento ético" que manifiestan los que practican la reducción embrio-fetal; 2) el análisis de las "posiciones éticas" juzgadas bajo el aspecto de la sistematización bioética.

El sentimiento ético de los operadores

Al examinar la literatura, hay que reconocer que algunos de los autores que aplican esta técnica son conscientes de que existe un problema ético al respecto y abordan la discusión.

Recordemos los rasgos que comparten en común. En primer lugar, parece que todos los autores tienen presente la exigencia de apelar no sólo a una mejora genérica de las terapias de control de la infertilidad,⁴⁴ sino la *solicitud de una clara estrategia preventiva para evitar la inducción yatrógena de embarazos múltiples*. Para ello reclaman una utilización más diligente de los fármacos, así como un tratamiento más escrupuloso de la paciente y una actitud menos agresiva y despreocupada por parte de quien, de todos modos, está dispuesto a usar soluciones médico-quirúrgicas para resolver cualquier problema eventual o las complicaciones que surjan.⁴⁵

Una segunda "constante" de la actitud que aparece en la literatura es el deseo de que —cualquiera que sea la actitud ética que se adopte— el recurrir a este procedimiento obstétrico sea considerado como algo *temporal* ante una situación natural o yatrógena que se da en este momento, pero que los avances en la investigación podrán reducir o anular al encontrarse un mejor tratamiento para la infertilidad y con menos complicaciones, como ha ocurrido en el pasado con muchos procedimientos terapéuticos.⁴⁶

Una tercera "constante" de la literatura consiste en afirmar que la infertilidad es una situación que origina un significativo sufrimiento humano, respecto de la cual existe la obligación moral y médica de hacer todo lo posible por aliviarla. Esto comportaría también la obligación de proteger el curso del embarazo logrado incluso a costa de la reducción embrional, cuando el juicio vinculado a una percepción realista de los riesgos no permitiera hacer "todo" lo que fuera de desear para completar el curso espontáneo de un embarazo plurigemelar.⁴⁷

Finalmente, como se expondrá a continuación, se da un amplio espacio en la valoración ética a la *autonomía* de la paciente, cuyo ejercicio es calificado como un derecho.

En el caso particular de los embarazos múltiples y de la eventual decisión de efectuar una reducción embrional, ya en 1988 confirmaba Evans la presencia de un conflicto entre dos "derechos" de la gestante, el de preservar su propio embarazo y el de no destruir la vida humana (se subraya: ¡derecho, no deber!).⁴⁸

Según Evans,⁴⁹ la ética, que comporta el estudio y la emanación de recomendaciones (reglas, normas, principios) para resolver problemas difíciles al tomar una opción moral, descubre ante la problemática del

embarazo múltiple tres posibles opciones: abortar todo el contenido uterino; intentar lograr que prosiga el embarazo, y la reducción fetal.

Esta última puede parecer, realísimamente, la solución preferible ante circunstancias concretas. una orientación idéntica ha sido expuesta recientemente por el Comité ético del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).⁵⁰ Según Evans, esta actitud constituiría una superación positiva de la posición de Hobbins⁵¹ quien, en 1988, centraba el problema ético en una dicotomía de opciones entre quienes consideran el aborto como inaceptable siempre —y para los cuales también la reducción fetal lo es—, y quienes piensan que en determinadas circunstancias el aborto es lo más apropiado. De igual manera, según Howie,⁵² habría que valorar positivamente la posibilidad de sacrificar algunos fetos a fin de que los demás sobrevivan.

Clasificación de las “posiciones éticas”

Una vez recordadas ciertas “afirmaciones” presentes en la literatura —formuladas por quien practica la MFPR— parece conveniente tratar de esquematizar los contenidos éticos bajo un aspecto más amplio, aun cuando mayormente “doctrinal”, que también aparecen en la literatura. Se pueden concretar cuatro posiciones:

1) la primera, que coincide con la tradición doctrinal de la Iglesia Católica —aunque no se limite únicamente a los creyentes— reconoce que todo acto decidido deliberadamente y llevado a cabo directamente para destruir una vida embrional o fetal, es moralmente condenable. Por tanto, no admite la MFPR en ningún caso. Es la posición definida también como de la *santidad*, o de la *intangibilidad* de la vida.⁵³

2) La segunda admite el aborto sólo para salvar la vida de la madre y justifica, por tanto, una eventual MFPR basándose en el juicio que se hace, caso por caso, acerca del riesgo que corre la vida de la madre si continúa el embarazo en cuestión. Este riesgo puede ser muy diferente de un caso a otro, dependiendo de las condiciones generales, metabólicas y asistenciales en que se desenvuelve el embarazo, y cuya ocurrencia se ha reducido notablemente por los progresos en la asistencia.⁵⁴

En aras de la claridad, hay que advertir que el efectuar la intervención de reducción embrional no equivale —ni en el plano ético ni en el jurí-

dico— a resolver un peligro *actual* para la vida materna con los únicos medios adecuados para alejarlo (estado de necesidad en sentido estricto), sino que significa actuar *en previsión* de que se presente un peligro grave que —si sigue adelante el embarazo— *podría* llevar a una descompensación de la situación metabólica de la madre (además de fetal) con graves riesgos para la vida, de tal manera que impondría una urgente resolución quirúrgica del embarazo, con el mismo resultado incierto;

3) la tercera, según el razonamiento de la ética utilitarista —que reconoce en este tema deberes *prima facie* y no deberes absolutos—, admite que el aborto puede ser practicado por razones éticas válidas, incluso al margen de que la vida de la madre corra peligro. En esta hipótesis, se subraya la oportunidad de proteger la salud materna en cuanto al riesgo de complicaciones no mortales de la gestante, y se subraya sobre todo la protección de los fetos y de los recién nacidos que hayan de sobrevivir, a los cuales se les quiere evitar la prematuridad *excesiva* y la grave condición de hipodesarrollo fetal. Con la MFPR, aunque haya que sacrificar algunos gemelos, a los supervivientes se les presentan menos situaciones de riesgo con resultados inmediatos y graves a largo plazo, lo cual se considera como razón suficiente para proceder a la MFPR;

4) la cuarta posición se apoya en el principio jurídicamente sancionado de la substancial libertad de la mujer acerca de la aceptación o no del embarazo y de la maternidad, cuando concurren motivos consistentes (subjétivamente valorados), libertad que puede explicitarse en el primer trimestre del embarazo.

La facultad concedida ahora a la gestante por las leyes existentes en muchos países acerca de la interrupción voluntaria del embarazo, es interpretada no en el sentido global (todo o nada), sino en sentido relativo, esto es, para cada bolsa ovular considerada.⁵⁶

Es evidente que, en la práctica clínica en los centros donde se practica la MFPR, las motivaciones tercera y cuarta son las que prevalecen.

Un juicio sobre las posiciones éticas

Consideramos adherirnos expresamente a la primera posición citada, la de la intangibilidad de la vida.

Nuestra adhesión a la primera posición tiene un fundamento racional en el “estado” (estatuto) ontológico del embrión —con un gradual desarrollo de la personalidad a través del paso continuo entre “potencia” y “acto”—, y a lo largo de una línea ininterrumpida de desarrollo, en ocasiones ya sostenida incluso por alguno de nosotros en diversas colaboraciones,⁵⁷ de conformidad con la corriente de pensamiento de la antropología personalista. Por si hubiera necesidad de reforzar esta línea de pensamiento, se puede afirmar que se trata, en todo caso, de embriones ya implantados y a menudo en fase relativamente avanzada de desarrollo⁵⁸ y, por tanto, mucho más allá de la fase del “pre-embrión” (hasta el día 14 desde la fecundación), en torno a la cual gira actualmente el debate acerca de la individualidad y la persona.

Las posiciones más comunes encontradas en la literatura sobre la MFPR —como en la práctica corriente— corresponden a la tercera y a la cuarta, acabando por confluir en el perfil del *aborto terapéutico*. Como veremos, esto no es correcto desde el punto de vista estrictamente legal.

Al abordar con rigor la valoración ética, parece honesto poner de relieve que la situación psicológica de la gestante que ha logrado el suspirado embarazo, en general con mucho esfuerzo, es *subjetivamente* diferente de la que rechaza el embarazo monofetal por motivos personales, incluso al margen de cualquier situación de riesgo.

La gestante, su familia e incluso el equipo que la asiste, generalmente valoran la aparición de un embarazo con un número de embriones/fetos superior a tres como una situación objetivamente grave, y esto puede determinar una situación de valoración *subjetiva de la gravedad de la culpa moral* a someterse a la reducción embrional muy diferente respecto de la interrupción común del embarazo por motivos personales.

Conforme a los escasos datos reportados en la literatura sobre la materia, la experiencia vivida de la gestante que se entera —al inicio mismo del embarazo gracias al empleo común de la ecografía precoz— de que es portadora de tres, cuatro o cinco embriones (que se convertirán en fetos, y finalmente en recién nacidos que hay que “llevar a término” en buenas condiciones de salud y sucesivamente *criar* como hijos en una familia convertida de pronto en muy numerosa) se caracteriza por una gran ansiedad, más que por su alegría. La gestante se vuelve fácilmente

sugestionable tanto por las presiones parentales como por las reservas que el médico, el ginecólogo, inevitablemente debe plantear sobre los márgenes de incertidumbre y de riesgo relacionados con este tipo de embarazo. El peso de los "factores sociales", que inevitablemente entran en juego al valorar "lo que hay que hacer", se hace fuertemente presente al leer los trabajos recogidos en la literatura.

Sin embargo, la literatura subraya que la actitud de la gestante no es "en sí misma" hostil al embarazo, prevaleciendo la decisión reduccionista del número de embriones con base en un principio de racionalidad, o de dolorosa aceptación, según los casos, a impulsos de una situación considerada de necesidad.

Al consultar la literatura vemos que nada se dice en cuanto a los sentimientos que embargan a la gestante, al marido (y/o a los familiares), *una vez pasado un tiempo* desde que se efectuó la reducción embrional. Advertimos que todo lo que aquí hemos resumido se deriva de una literatura en la que prevalece la cultura anglosajona, eminentemente utilitarista e *inspirada en el principio del obsequio a la autonomía de decisión de la gestante*.

Para completar este análisis parece útil citar algunas opiniones de exponentes de la cultura judía. Según estas opiniones, la ley y la ética hebreas sobre los problemas específicos de la reducción en embarazos múltiples (así como sobre los embriones no utilizados en la terapia de la infertilidad) diferirían grandemente de la enseñanza de la iglesia Católica.

Existe una diferencia entre feto no animado y ser humano animado, por la que si el embrión o el feto es considerado como agresor de la madre, o de otros, debe ser eliminado antes de que perjudique a terceros, y siempre antes de la etapa de animación. Esto permite aislar diversas situaciones en las que, según la ley judaica, el embarazo puede ser interrumpido, aun cuando el aborto voluntario sea aborrecido. Según esta visión religiosa, se permite la reducción del número de fetos en embarazos múltiples y es moralmente aceptable como medida de protección contra el creciente riesgo materno y fetal, aunque con la reserva de que hay que sacrificar sólo el número mínimo de fetos para hacer razonable el correspondiente riesgo de la madre y del feto, y alcanzar el objetivo de que los fetos restantes puedan nacer sanos e íntegros.⁵⁹

El problema ético de la selección embrional tardía, o selección fetal

Un problema ético particular que se presenta para quien adopta la tercera y cuarta posición antes citada se refiere al *aborto selectivo* llevado a cabo en embarazos *múltiples, incluso gemelares*, en presencia de graves genopatías (o malformaciones relevantes) a cargo de solamente uno de los dos gemelos. Esta situación se advierte por lo general cuando el que va a nacer está en la fase de desarrollo denominada fetal (segundo trimestre de gestación).⁶⁰ Al comprobar tales condiciones se ha desarrollado una tendencia a practicar el aborto selectivo del feto afectado, permitiendo el nacimiento del que está sano. Se considera “*más*” ético este comportamiento, si se confronta con el aborto de ambos fetos. El procedimiento es activado para impedir los graves sufrimientos que le sobrevendrían a la familia al nacer un hijo portador de alguna discapacidad (por ejemplo, síndrome de Down o similares). Como se sabe, quien sostiene esta línea de pensamiento se rehusa a considerar a ésta como una práctica eugenésica discriminatoria, sino que afirma estar actuando en *pro* del “bien” del que va a nacer malformado —que estaría sometido a graves sufrimientos en el curso de su vida— y de su familia.

La discusión de este tema entra, obviamente, en el ámbito más amplio del problema de la eutanasia fetal y neonatal de los nacidos con alguna malformación, que por el reducido espacio de que disponemos no podemos abordar ahora.

Aspectos legales

Este tema no parece haber sido adecuadamente profundizado en la literatura consultada. En una situación difusa de *normalización positiva* de la interrupción voluntaria del embarazo, se debe tener presente, en cualquier caso, el ordenamiento jurídico *propio del país* al cual se refieren la casuística y el autor.

Desde el punto de vista legal, según Hobbins,⁶¹ la intervención se ha de considerar simplemente como una variante de la interrupción voluntaria del embarazo. Wapner⁶² sostiene que, para aquellos que le reconocen poca o ninguna identidad moral al feto, la reducción de embarazos múltiples está justificada como derecho de la mujer a con-

trolar su propio embarazo y maternidad, mientras que la actitud clínica intervencionista puede ser considerada incluso respetuosa para con el substancial estado moral del feto y sus derechos (hablando, obviamente, de aquellos fetos que se decide que deben sobrevivir).

La legislación sobre el aborto en Estados Unidos apoya la libertad de elección del médico cuando coincide con la de la paciente, reconociéndose que la interrupción del embarazo antes de que el feto tenga vitalidad es ejercer el derecho constitucional al respeto de la privacidad (*privacy*) de la mujer embarazada.

En el Reino Unido (Gran Bretaña) se dan dos justificaciones al aborto voluntario: cuando corre peligro la salud mental y física de la madre y de sus hijos, y la individualización de anomalías fetales que podrían dañar al niño hasta hacerlo seriamente discapacitado.⁶³ También en este contexto se reconoce la existencia de motivos que inducen a practicar la reducción embrional.

Wapner⁶⁴ intuye también una posibilidad de evolución de la práctica médica, a la luz de la legislación así formulada, es decir, que la protección del bienestar de la madre y de la familia puede llevar comúnmente a aceptar una reducción de los embarazos bigéminos—que normalmente no son perturbados, cuando se les acoge— a uno solo!

En definitiva, en estos países se "tolera" ampliamente la asimilación de la reducción fetal a las normas previstas para la interrupción del embarazo. Consideramos, sin embargo, que esto no es correcto formalmente *al no poderse* —en el derecho positivo— referir la norma explícita de la ley a casos diversos del de la hipótesis (y reglamentada bajo los aspectos jurídicos) por el legislador.

En otras palabras, no se trata de una "interrupción del embarazo", se trata, si acaso, de una interrupción "parcial", al suprimir algunos embriones y mantener con vida a los demás. Aunque este caso—repetimos— no está *formalmente* previsto por la ley, el derecho debería enmarcarlo en el del *embrionicidio* o del *feticidio*,⁶⁵ y evaluado por la ley bajo su perfil propio.

Aspectos deontológicos

En 1991 la ACOG publicó un documento (n. 94) de su Comité de ética⁶⁶ en el cual define la reducción fetal en embarazos múltiples como una

intervención sobre embarazos con tres o más fetos, apropiada para aumentar las posibilidades de supervivencia de los fetos restantes; y comprueba que el problema es diverso del que plantea el aborto. Se preserva, de todos modos, la autonomía del médico ante actividades que considere moralmente inaceptables, si bien es deber suyo la información activa y pasiva sobre el problema. El mismo documento pone en evidencia el valor de la prevención por parte de los operadores involucrados en la terapia de la infertilidad y la importancia que reviste el que, en la asesoría de la pareja infértil, se indique la posibilidad de complicaciones vinculadas a un embarazo múltiple, así como los riesgos, los beneficios del decurso terapéutico que se va a emprender y la posibilidad de tratamientos alternativos, incluida la abstención de cualquier medida terapéutica.

El análisis del Comité de la ACOG prosigue con la evaluación de las diferencias entre aborto de todo el contenido uterino y la reducción fetal, considerando que esta última pudiera ser el único modo para proseguir el embarazo o que la intervención pudiera facilitar la vida y la supervivencia de otros fetos. Finalmente, la única justificación ética que los autores ofrecen a quien evalúa el aborto como inaceptable, es que sólo se puede reducir el riesgo de proseguir el embarazo si se da un menor número de fetos.

El Comité concluye con el augurio de una mejor asistencia obstétrico-neonatólogica que cambie, en el futuro, los términos y la dimensión del problema y recomienda que *la pareja personalice su opción* con la participación y asesoría del médico.

El Comité Consultativa Nacional de Etica para las Ciencias de la Vida y de la Salud francés, en su *Avis* del 21 de junio de 1991,⁶⁷ insiste mucho en la dificultad de tomar una decisión, tanto para la madre como para el médico. Para el médico, “el no llevar a cabo la reducción embrional es hacer correr riesgos obstétricos a la paciente, pero efectuar la reducción embrional es ejecutar un gesto mortífero. Así, algunos ginecólogos lo rechazan categóricamente; otros la aceptan bajo condiciones precisas: reducción terapéutica o reducción de uno de cada tres embriones, si la pareja no tiene hijos; reducción de dos embriones si la pareja ya tiene hijos. Otros la aceptan si la solicitud se hace antes de la 10ª semana de embarazo, estimando que se está dentro de las leyes que regulan la interrupción del embarazo”.

Finalmente el Comité subraya que "la decisión a favor o en contra de la reducción puede ser origen de conflictos entre los médicos y sus pacientes. Ciertas mujeres reprocharán al médico su "inadmisible" presión, mientras algunos médicos reprocharán a las mujeres su "irresponsabilidad". Según el documento, sigue siendo de desear que la madre, y las parejas responsables de sus hijos, tomen la decisión con el concurso del equipo médico.

En definitiva, ambos documentos dejan a la futura madre (a la pareja) la responsabilidad de la última decisión.

¿Es posible poner en marcha una prevención eficaz?

Del análisis del tema —que presenta aspectos asistenciales y humanos indudablemente dramáticos— parece que se pueden sacar algunas conclusiones, encaminadas a subrayar el valor moral de cualquier esfuerzo de prevención de la "reducción embrio-fetal".

Hay que reiterar, ante todo, que el problema fundamental es *el de la prevención del embarazo plurigemelar yatrógeno*.⁶⁸

Puesto que la plurigemelaridad deriva, por lo general, del intento de resolver la esterilidad mediante un tratamiento farmacológico estimulante del ovario, parece evidente que —en cualquier orientación que se pretenda seguir— el objetivo es ante todo el de llevar a cabo la *prevención de los fenómenos de hiperestimulación ovárica*.

Se puede pensar en dos tipos de enfoque: el primero es el de *no intervenir* con fármacos estimuladores del ovario en la esterilidad; el segundo es el de *utilizar cualquier medio apropiado para lograr que esta terapia sea lo menos peligrosa posible*.

La primera posición generalmente no es aceptada, ni por la paciente ni por el médico, salvo en muy pocos casos. Tiefel,⁶⁹ por ejemplo, sostiene que el tratamiento de la infertilidad es inadecuado por razones psicológico-sociales, desde el momento en que la mujer vive en busca de la maternidad ansiosamente y el tener un hijo sería ejercicio de pura finalidad de afirmación de la personalidad, así como la infertilidad sería considerada mero fracaso personal.

De hecho, prevalece la orientación más comprensiva de otros y aun más profundos sentimientos de la maternidad y de la paternidad, que

albergan las parejas estériles. Aun cuando pueda sostenerse que no existe un “derecho al hijo”, y sigue abierto todavía el debate sobre si la *esterilidad* debe considerarse una “enfermedad” en sentido propio, es opinión común que la *terapia de la anovulación* —hoy farmacológicamente posible— es éticamente perseguible cuando tenga por finalidad encontrar la solución a un estado *anómalo* respecto de la función de la mujer en edad fértil (caracterizada por el carácter cíclico de la ovulación), es decir, el estado de *anovulatoriedad*, o de una *ovulación defectuosa*. En este caso, la administración de preparados apropiados para restablecer la ovulación se enmarca en el más estricto y clásico horizonte de la “terapia” encaminada a restaurar una función fallida, y no hay por qué poner objeción alguna de relieve, siempre que se actúe con diligencia, competencia y prudencia.

Una perspectiva que se considera en la práctica análoga, —pero que en realidad éticamente no corresponde del todo con la anterior— es el intento de “*mejorar la capacidad de fecundación*” mediante la *hiperestimulación ovárica*, cuando la ovulación parezca producirse regularmente. Se trata de casos en los que no se puede hablar con rigor de anovulatoriedad, sino que se está en presencia de otros factores en sí poco apreciables o poco susceptibles de cuidados (por ejemplo, hipoplasia uterina, hipocinesis espermática del cónyuge, etcétera), que se intenta resolver mediante una más alta producción hormonal (estrógenos y progesterona producidos por varios folículos madurados), así como con un más alto número de ovocitos fecundables.

De hecho, se ha generalizado la costumbre de “forzar” las posibilidades, poniendo a disposición varios ovocitos cuya maduración se ha forzado. La justificación ética de este intento es, indudablemente, mucho más problemática.

En uno y otro caso, hay que subrayar el hecho de que la *información correcta* que se le debe a la mujer —para obtener el *consentimiento*— debe abarcar también la mención de los riesgos vinculados con la estimulación.⁷⁰ Esto puede suscitar en la mujer reacciones de aprensión, pero no es posible eludir este sector de información tanto por motivos éticos como legales. Dicho esto, parece oportuno tomar en consideración la pregunta: ¿hasta qué punto se está actualmente en grado de evitar la hiperestimulación ovárica?

La cuestión del manejo de los fármacos estimuladores de la ovulación

El obtener la maduración de un solo "folículo dominante", la ovulación y el embarazo representa intuitivamente una meta "ideal" de la terapia estimulante de la ovulación. Desafortunadamente esta meta no ha sido alcanzada con una gran seguridad todavía, aun cuando en la historia de esa terapia, de casi medio siglo ya, se han obtenido resultados sorprendentes y se ha aprendido a manejar mejor los potentes preparados hormonales.⁷¹

Las dificultades provienen de la receptividad del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, que es variable de una a otra paciente y que no puede ser ensayada clínicamente y con independencia de la capacidad misma de respuesta en el curso de la terapia. Por tanto, hay que recurrir a comprobaciones particulares al proceder a la estimulación, que debe ser planeada con especial cuidado y efectuada en Centros que tengan una gran experiencia.

Debemos subrayar que en el arsenal terapéutico, amplio ya en la actualidad (Tabla 6), debería ser utilizado sólo en condiciones muy determinadas de esterilidad, y escogiendo en cualquier caso la estrategia más apropiada para lograr el objetivo en función del cuadro patológico que hay que resolver, cuadro que debe ser claramente determinado con un cuidadoso proceso de diagnóstico preliminar.

La Tabla 7 muestra los cuadros patológicos susceptibles de tratamiento como origen de esterilidad.

Tabla 6

Principales fármacos inductores de la ovulación

-
- 1) Clomifeno citrato
 - 2) Gonadotropinas humanas:
 - a) Hormona folículo-estimulante purificada (FSH)
 - b) Gonadotropina menopáusica humana (hMG)
 - c) Gonadotropina coriónica humana (hCG)
 - 3) *Gonadotropin-Releasing Hormone* (Gn-RH)
 - 4) Fármacos antiprolactinémicos
-

Tabla 7

**Cuadros patológicos que causan anovulatoriedad
crónica, susceptibles de terapia⁷²**

- 1) Hipofunción hipotalámico-hipofisiaria:
 - a) hipotalámica (más frecuente)
 - b) hipofisiaria (rara)
 - 2) Disfunción hipotalámico-hipofisiaria:
 - a) cuadros con base psicógena que pueden desembocar en patologías más llamativas.
 - 3) Policistosis ovárica.
 - 4) Hipogonadismo hipogonadótropo
 - 5) Hiperprolactinemia
-

La estimulación ovárica con el arsenal terapéutico descrito no deja de tener riesgos. Ante todo, se ha de considerar la posibilidad de efectos colaterales perjudiciales para la paciente.⁷³ La literatura, ya bastante abundante sobre el tema, describe además de síndromes de hiperestimulación grave —a veces terminados en el “*exitus*” de la paciente—; la posible formación de quistes ováricos persistentes [que sin embargo raramente requieren el tratamiento quirúrgico, a menudo puesto en práctica apresuradamente sobre todo por cirujanos generales (no ginecólogos) con efectos devastadores (ovariectomía, recesión amplia y en la práctica castrante, etcétera)]; casos de torsión de los anexos, etcétera.

Como hemos puesto de relieve en la introducción a este artículo, es indiscutible que, aun con un uso muy prudente de las *gonadotropinas* humanas para la inducción de la ovulación, el porcentaje de embarazos múltiples es en este caso más alto que en las pacientes que no se someten a terapias para el cuidado de la esterilidad.

La incidencia de embarazos múltiples aumenta, según la casuística, del 11 al 42 por ciento, sobre todo cuando se usan en pacientes con *policistosis ovárica*.

Con el *clomifeno*, la incidencia de los embarazos múltiples no superaría el 2-3 por ciento, también en este caso más frecuente en los síndromes de *policistosis ovárica*.

No obstante, se debe admitir que incluso con el uso de las gonadotropinas humanas llevado a cabo en condiciones de nula producción endógena (mediante el uso de análogos de la *Gonadotropin-Releasing Hormone* (GnRH) y a dosis escalares muy prudentes, se puede obtener ahora, con una cierta seguridad, el desarrollo monofolicular, evitando así las complicaciones del síndrome de hiperestimulación y la gemelaridad.⁷⁴

Recientemente se han publicado trabajos según los cuales la administración pulsátil subcutánea de Gonadotropina Menopáusica humana (hMG) podría dar un porcentaje todavía más bajo de embarazos múltiples; y, hecho importante, estos resultados se obtuvieron incluso en la policistosis ovárica que —como hemos recordado— es la condición más difícil de tratar.

En definitiva, los progresos farmacéuticos en la preparación de los estimulantes de la ovulación, y la creciente experiencia clínica, han limitado grandemente, aunque no lo hayan resuelto todavía, el problema de la inducción folicular múltiple, con posibilidades de embarazos múltiples.

Entonces, ¿qué precauciones debe tomar el médico?

1. *Es fundamental un atento monitoreo hormonal y ultrasonográfico*, tanto para lograr el anhelado embarazo mediante tratamiento con gonadotropinas, como para mantener bajos los porcentajes de síndrome por hiperestimulación, así como de embarazos múltiples.

El "monitoreo" responde, entonces, a una exigencia tanto deontológico-ética como médico-legal, en cuanto que regula el comportamiento que hay que adoptar en el curso de la estimulación.

2. Cuando los niveles de *estradiol* se vuelven inaceptablemente elevados o cuando se localiza un número excesivo de folículos preovulatorios en el examen ecográfico, *debe evitarse administrar la dosis de Gonadotropina coriónica humana* (hCG) y ha de suspenderse el ciclo de estimulación, aunque emotiva y económicamente la interrupción de estos ciclos hiperestimulados no sea aceptada fácilmente. Esta es la actitud que debe considerarse como la más correcta, aun cuando algunos especialistas aislados prefieren, a veces de acuerdo con la pareja, aceptar el riesgo de la plurigemelaridad, con la esperanza de obtener soluciones mejores en términos de porcentaje de embarazos por ciclo de estimulación.

Se ha intentado en algunos casos recuperar estos ciclos hiperestimulados administrando la hCG sólo después de algunos días de espera

desde la última administración de gonadotropinas humanas, cuando los parámetros hormonales han vuelto a valores aceptables.

3. Un segundo elemento de profilaxis, en caso de que se empleen las técnicas de fecundación artificial con transferencia embrional (F.I.V.E.T.), *es depositar en el útero no más de tres embriones*.

Una consolidada experiencia demuestra que el número de arraigos es óptimo si se transfieren tres embriones a la vez. Este dato ha obtenido tal consenso entre los científicos, que incluso ha entrado a formar parte de la ley alemana sobre la protección del embrión, como mandato, y muchos Comités éticos lo recomiendan.⁷⁵ Subsisten, obviamente, todas las objeciones éticas de principio en cuanto a las técnicas de F.I.V.E.T., sobre las cuales existe una abundantísima literatura.

La necesidad de no colocar *in situ* más de tres ovocitos es sostenida también en el caso de la GIFT o de técnicas semejantes.

En teoría, los embriones, ovocitos u oozigotes con una reducida posibilidad de supervivencia podrían ser transferidos en mayor número respecto de aquellos con elevada probabilidad de supervivencia, precisamente para permitir la recuperación —posible, por lo menos— de éstos. En realidad poco se conoce sobre los porcentajes de supervivencia, sobre la posibilidad de implantación y sobre los cambios que sobrevienen en la fase inicial del embarazo inmediatamente después del transporte. Son numerosos los factores que parecen intervenir, entre ellos, la edad de la mujer, el esquema de estimulación, el número y la calidad de los ovocitos, el medio de cultivo y la duración del cultivo mismo, las dimensiones de las células embrionales, la técnica de posicionamiento y la receptividad uterina, así como la calidad de la fase lútea.⁷⁷

Conclusiones

Bajo el aspecto moral, hay que hacer una clara opción de campo sobre las opiniones acerca de la naturaleza del embrión y sobre el respeto a él debido. Esta opción de campo lleva al dilema de si el principio de la intangibilidad de la vida embrional hay que aceptarlo como valor absoluto, o bien como obligatoriedad *prima facie*, que en condiciones particulares puede tener excepciones. La cuestión de la reducción embrional, en último análisis, se enmarca en este dilema.

Cualquier esfuerzo debe resolverse, ante todo, en la prevención del embarazo multifetal, mediante una selección rigurosa de los protocolos terapéuticos de estímulo de la ovulación, de los que se debe encargar exclusivamente el personal competente.

En segundo lugar, la actitud que hay que adoptar en relación con el riesgo representado por el embarazo múltiple debería ser considerada, tanto por la opinión pública como entre los médicos y obstetras, sobre todo con mayor optimismo acerca de las posibilidades de cuidados tanto de la gestante como de los que van a nacer. Los avances que recientemente se han señalado en la asistencia a los nacidos con bajo peso y a los prematuros no ha acabado todavía con todas las reservas, pero indican ya resultados halagüeños. Parece razonable, además de obligado, seguir una línea que, potenciando los esfuerzos en esta dirección, reduzca cada vez más las dolorosas condiciones de incertidumbre, en medio de las cuales muchas gestantes han tenido que tomar una decisión.

Finalmente, habría que alentar una presencia de la comunidad, movilizada en amigable ayuda de las familias en las cuales se ha anunciado el nacimiento de numerosos bebés que hay que criar al mismo tiempo.

No falta algún ejemplo de generosa movilización, al momento del anuncio, a través de la prensa, de las necesidades de alguna familia en la que se verifica el parto múltigemelar, pero en general todo se resuelve en una conmoción pasajera y efímera. Otra cosa muy distinta ocurriría en una sociedad que verdaderamente quisiera ser solidaria para la protección de la vida humana.

Referencias bibliográficas

¹ Se trata de una encuesta del Ministerio de Sanidad de 1987 citada en: COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (Ccne), *Avis concernant l'embryon 1984-1991*, Paris: Centre de documentation et d'information d'éthique, 1991; ID., *Avis sur les réductions embryonnaires et fœtales* (24 de junio de 1991), Paris: Centre de documentation et d'information d'éthique, 1991.

² BOTTING, B.J., DAVES, I.M., MACFARLANE, A.J., *Recent trends in the incidence of multiple births and associated mortality*, Arch. Dis. Child. 1987, 62: 241-250.

³ EVANS, M., FLETCHER, J.C., ZADOR, I.E. et al., *Selective first-trimester termination in octupled and quadruplet pregnancies: clinical and ethical issues*, Obstet. Gynecol. 1988; 71: 289-296.

⁴ *Ibid.*

⁵ BERKOWITZ, R.L., LYNCH, L., *Selective reduction: an unfortunate misnomer*, *Obstet. Gynecol.* 1990; 75: 873-874.

⁶ TIMOR TRISTCH, I.E., PEISNER, D.B., MONTEAGUDO, A., *Vaginal sonographic puncture procedures*, en TIMOR TRISTCH, I.E., ROTTEM, S. (eds.), *Transvaginal sonography*, Nueva York: Elsevier, 1991: 427-450.

⁷ BRONSTEEN, R.A., EVANS, M.I., *Multiple gestation*, en EVANS, M.I., FLETCHER, J.C., DIXLER, A.O. et al. (eds.), *Fetal diagnosis and therapy, science, ethics and the law*, Filadelfia: Lippincott, 1989; DE MOUZON, J., BACHELOT, A., GAGNEPAIN, A. et al., *Analyse des résultats 1989 et 1986-1989*, *Fertilité, Contraception, Sexualité* 1990, 18: 589-591; BOLLEN, N., CAMUS, M., STRAESSEN, C. et al., *The incidence of multiple pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer, gamete or zygote intrafallopian transfer*, *Fertil. Steril.* 1991, 55: 314-318; MEDICAL RESEARCH INTERNATIONAL SOCIETY FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY y la AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *In vitro fertilization embryo transfer (IVF-ET) in the United States: results from the IVF-ET Registry*, *Fertil. Steril.* 1991, 55: 14-23; NIJS, M., GEERTS, L., VAN ROSENDAAL ENGELHARDT et al., *Prevention of multiple pregnancies in an in vitro fertilization program*, *Fertil. Steril.* 1993, 59: 1245-1250.

⁸ SPEROF, L., GLASS, R.H., KASE, N.G., *Clinical gynecologic endocrinology and infertility* (4th ed.), Baltimore: Williams and Wilkins. 1989: 573.

⁹ SCHENKER, J.G., YARKOUS, S., GRANAT, M., *Multiple pregnancies following induction of ovulation*, *Fert. Steril.* 1981, 35: 105-123.

¹⁰ PETRIKOVSKY, B.M., VINTZILEOS, A.M., *Management of multiple pregnancy of high fetale order: a literature review*, *Obstet. Gynecol. Surv.* 1989, 44: 578-584.

¹¹ BENSUSHAN, A., LEWIN, A., SCHENKER, J.C., *Multifetal pregnancy reduction: is it always justified?*, *Fetal Diagn. Ther.* 1993, 8: 214-220.

¹² NEWMAN, R.B., HAMER, C., MILLER, C., *Outpatient triplet management: a contemporary review*, *A. J. Obstet. Gynecol.* 1989, 161: 547-555.

¹³ EVANS, M.I., LITTMANN, L., KING, M. et al., *Multiple gestation: the role of multifetal pregnancy reduction and selective termination*, *Clin. Perinatol.* 1992, 19 (2): 345-357.

¹⁴ SERREYN, A., THIERY, M., VANDEKERCKHOVE, K., *Outcome of an octuplet pregnancy*, *Arch. Gynecol.* 1984, 234, 283-287.

¹⁵ BENSUSHAN, LEWIN, SCHENKER, *Multifetal pregnancy...*

¹⁶ BLUMENFELD, Z., DIRNFELS, M., ABRAMOVIC, H. et al., *Spontaneous fetal reduction in multiple gestations assessed by transvaginal ultrasound*, *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1992, 99: 333-337.

¹⁷ KOL, S., LEVRON, J., LEWIT, N., *The natural history of multiple pregnancies after assisted reproduction: is spontaneous fetal demise a clinically significant phenomenon?*, *Fertil. Steril.* 1993, 60: 127-130.

¹⁸ DUMEZ, Y., OURY, J.F., *Method for first trimester selective abortion in multiple pregnancy*, *Contr. Gynaecol. Obstet.* 1986, 15: 50-53; BOLLEN, N., CAMUS, M., TOURNAYE, H. et al., *Embryo reduction in triplet pregnancies after assisted procreation: a comparative study*, *Fertil. Steril.* 1993, 60 (3): 504-509.

¹⁹ SALAT-BAROUX, J., AKNIN, J., ANTOINE, J.M., *Is there an indication for embryo reduction?*, *Human Reprod.* 1992, 7 (supl. 1): 67-72; BERKOWITZ, R.L., LYNCH, L., CHITKARA, U., et al., *Selective reduction of multifetal pregnancies in the first trimester*, *New Engl. J. Med.* 1988, 318: 1043-1047; VAUTHIER BROUZES, D., LEFEBVRE, G., *Selective reduction in multifetal pregnancies: technical and psychological aspects*, *Fertil. Steril.* 1992, 57 (5): 1012-1016.

²⁰ ROZE, J.M., TSCHUPP, M.J., ARVIS, P.M. et al., *Interruption sélective des grossesses et malformations embryonnaires des extrémités*, J. Gynaecol. Obstet. Biol. Reprodu. 1989, 18: 673-677.

²¹ BERKOWITZ, LYNCH, CHITKARA et al., *Selective reduction...*; WAPNER, R.J., DAVIS, G.H., JOHNSON, A. et al., *Selective reduction of multifetal pregnancies*, The Lancet 1990, 335: 90-93; TABSH, K.M., *Transabdominal multifetal pregnancy reduction: report of 40 cases*, Obstet. Gynecol. 1990, 75: 739-741; LYNCH, L., BERKOWITZ, R.L., CHITKARA, U. et al., *First-trimester transabdominal multifetal pregnancy reduction: a report of 85 cases*, Obstet. Gynecol. 1990, 75: 735-738; EVANS, FLETCHER, ZADOR et al., *Selective first-trimester...*; EVANS, LITMANN, KING et al., *Multiple gestation: the role...*; BOLLEN, CAMUS, TOURNAYE et al., *Embryo reduction...*; MASCAREHAS, L., ELIOT, B., *Severe ovarian hyperstimulation syndrome, selective embryo-reduction and heterotopic pregnancy*, Human Reprod. 1993, 8: 1329-1331; BRAMBATI, B., FORMIGLI, L., MORI, M. et al., *Multiple pregnancy induction and selective fetal reduction in high genetic risk couples*, Human Reprod. 1994, 43: 746-749; LIPITZ, S., YARON, Y., SHALEV, J. et al., *Improved results in multifetal pregnancy reduction: a report of 72 cases*, Fertil. Steril. 1994, 61: 59-61.

²² Se indican también las longitudes craneo-caudales (CRL) en esa etapa: 10ª semana = 32 mm.; 13ª semana = 69 mm.

²³ SHALEV, J., FRENKEL, Y., GOLDENBERG, M. et al., *Selective reduction in multiple gestations: pregnancy outcome after transvaginal and transabdominal needle-guided procedures*, Fertil. Steril. 1989, 52: 416-420; GONEN, Y., BLANKIER, J., CASPER, R.F., *Transvaginal ultrasound in selective embryo reduction for multiple pregnancy*, Obstet. Gynecol. 1990, 75: 720-722; LIPITZ, YARON, SHALEV et al., *Improved results...*

²⁴ Las CRL en esa etapa son: 8ª semana = 17 mm.; 11ª semana = 43 mm.

²⁵ LIPITZ, YARON, SHALEV et al., *Improved results...*

²⁶ WAPNER, DAVIS, JOHNSON et al., *Selective reduction...*; TABSH, *Transabdominal multifetal...*

²⁷ YOVEL, I., YARON, Y., AMIT, A. et al., *Embryo reduction in multifetal pregnancies using saline injection: comparison between the transvaginal and the transabdominal approach*, Human Reprod. 1992, 7: 1173-1175.

²⁸ WAPNER, DAVIS, JOHNSON et al., *Selective reduction...*; TABSH, *Transabdominal multifetal...*

²⁹ DOMMERGUES, M., NISAND, I., MANDELBROT, L., *Embryo-reduction in multifetal pregnancies after infertility therapy: obstetrical risks and perinatal benefits are related to operative strategy*, Fertil. Steril. 1991, 55: 805-811; ITSKOVITZ-ELDOR, J., THALER, I., DRUGAN, A. et al., *Transvaginal embryo-aspiration - A safe method for selective reduction in multiple pregnancies*, Fertil. Steril. 1992, 58: 351-355; VAUTHIER-BROUZES, LEFEBVRE, *Selective reduction...*

³⁰ WAPNER, DAVIS, JOHNSON et al., *Selective reduction...*; DESAI, S.K., ALLAHABADIA, G.N., DALAL, A.K., *Selective reduction of multifetal pregnancies in the first trimester using colour Doppler ultrasonography*, Human Reprod. 1993, 8: 642-644; MASCARENHAS, ELIOT, *Severe ovarian...*

³¹ DESAI, ALLAHABADIA, DALAL, *Selective reduction...*

³² SZYMONOWICZ, W., PRESTON, H., YU, V.Y.H., *The surviving monozygotic twin*, Arch. Dis. Child. 1986, 61: 454-458.

³³ DIMMICK, J.E., HARWICK, D.F., HO, Y.B., *A case of renal necrosis and fibrosis in the immediate newborn period-association with the twin-to-twin transfusion syndrome*, Am. J. Dis.

Child. 1971, 122: 345-347; ENBOM, J.A., *Twin pregnancy with intrauterine death of one twin*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1987, 152: 424-429.

³⁴ SALAT-BAROUX, AKNIN, ANTOINE et al., *Is there an indication...*

³⁵ LIPITZ, YARON, SHALEV et al., *Improved results...*; MELGAR, C.A., ROSENFELD, D.L., RAWLINGSON, K. et al., *Perinatal outcome after multifetal reduction to twins compared with nonreduced multiple gestations*, Obstet. Gynecol. 1991, 78: 763-767.

³⁶ JAUNIAUX, E., ELKAZEN, N., LEROY, F., *Clinical and morphologic aspects of the vanishing twin phenomena*, Obstet. Gynecol. 1988, 72: 1525-1527; GOLDMAN, G.A., DIKER, D., FERLDBERG, D. et al., *The vanishing fetus: report of 17 cases of triplets and quadruplets*, J. Perinat. Med. 1989, 17: 157-162.

³⁷ SALAT-BAROUX, AKNIN, ANTOINE et al., *Is there an indication...*

³⁸ BENSUSHAN, LEWIN, SCHENKEL, *Multifetal pregnancy...*

³⁹ WAPNER, DAVIS, JOHNSON et al., *Selective reduction...*

⁴⁰ YOVEL, YARON, AMIT et al., *Embryo reduction...*; LIPITZ, YARON, SHALEV et al., *Improved results...*

⁴¹ ITSKOVITZ-ELDOR, THALER, DRUGAN et al., *Transvaginal embryo-aspiration...*

⁴² LYNCH, BERKOWITZ, CHITKARA et al., *First-trimester...*; BOLLEN, CAMUS, TOURNAYE et al., *Embryo reduction...*

⁴³ BENSUSHAN, LEWIN, SCHENKER, *Multifetal pregnancy...*

⁴⁴ EVANS, FLETCHER, ZADOR et al., *Selective first-trimester...*; DOMMERGUES, NISAND, MANDELBROT, *Embryo-reduction...*; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) Committee opinion, Committee on ethics, *Multifetal pregnancy reduction and selective fetal termination*, Int. J. Gynecol. Obstet. 1992, 38: 140-142.

⁴⁵ EVANS, LITTMANN, KING et al., *Multiple gestation: the role...*

⁴⁶ EVANS, FLETCHER, ZADOR et al., *Selective first-trimester...*; NUS, GEERTS, VAN ROOSEDAAL et al., *Prevention of...*

⁴⁷ EVANS, LITTMANN, KING et al., *Multiple gestation: the role...*

⁴⁸ EVANS, FLETCHER, ZADOR et al., *Selective first-trimester...*

⁴⁹ EVANS, LITTMANN, KING et al., *Multiple gestation: the role...*

⁵⁰ ACOG Committee Opinion, Committee on Ethics, *Multifetal pregnancy...*

⁵¹ HOBBS, J.C., *Selective reduction. A perinatal necessity*, New Engl. J. Med. 1988: 318: 1062-1063.

⁵² HOWIE, P.W., *Selective reduction in multiple pregnancy*, British Med. J. 1988, 297: 433-434.

⁵³ Véase, por todos, la Instrucción "Donum Vitae" de la CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE del 22 de febrero de 1987.

⁵⁴ ZILERSTEIN, Y., *Responsum to question addressed by Usher, M.C.*, 1 Av. 5746 (Aug. 6, 1986): 1989, 12: 1-2; Assia nos 45-46; PORRECO, R.P., BURKE, M.S., HENDRICK, M., *Multifetal reduction of triplets and pregnancy outcome*, Obstet. Gynecol. 1991, 78: 335-338.

⁵⁵ EVANS, FLETCHER, ZADOR et al., *Selective first-trimester...*; WAPNER, DAVIS, JOHNSON et al., *Selective reduction...*; GRAZI, R.V., WOLOWELSKY, J.B., *Multifetal pregnancy reduction and disposal of untransplanted embryos in contemporary Jewish law and ethics*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1991, 165: 1268-1271; VAUTHIER-BROUZES, LEFEBVRE, *Selective reduction...*

⁵⁶ EVANS, FLETCHER, ZADOR et al., *Selective first-trimester...*; ZANER, R.M., BOEHM, F.H. Y HILL, G.A., *Selective termination in multiple pregnancies: ethical considerations*, Fertil. Steril. 1990, 54: 203-205.

⁵⁷ Véase por ejemplo: BOMPIANI, A., *Diritto della società o diritto del vivente?*, Medicina e Morale 1971, 3: 109-115; ID., *Aspetti medici della legalizzazione dell'aborto*, en *Difesa del*

diritto alla nascita, Quaderni di Iustitia 1972, 25; ID., *Individualità biologica e dignità umana del concepito*, Rivista del Clero Italiano 192, 3: 3-11; ID., *Individualità biologica e clinica dell'aborto* en AA.VV., *Scienze biologiche e morali*, Roma: Ist. Torrente Rubino - Tip. M. Pisani, 1975; ID., *La bioetica e il ginecologo. La riflessione bioetica nella medicina della riproduzione e prenatale*, en *Actas del LXIX Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Ginecología y Obstetricia* (Venecia 18-21 octubre 1993), Padua: La Garangola 1993: 269-318. Véanse ulteriores elaboraciones en: BAUSOLA, A., *La dignità umana dell'embrione* (edit.), Medicina e Morale 1987, 3; CENTRO DI BIOETICA, UNIVERSITA CATTOLICA DEL S. CUORE, *Identità e statuto dell'embrione umano*, Medicina e Morale 1989, Suppl. n. 4; DI PIETRO, M.L., FORNAROLI, S., *Lo statuto dell'embrione umano: i risultati di un'indagine conoscitiva*, Medicina e Morale 1991, 6: 1007-1044; EUSEBI, L., *La tutela penale della vita prenatale*, Medicina e Morale 1988, 5: 603-670; GUZZETTI, G.B., *Quando l'embrione è persona?*, Rivista di Teologia Morale 1987, 73: 67-79; LEJEUNE, J., *L'embrione, segno di contraddizione*, Roma: Orizzonte Medico, 1992; LEONE, S., *Quando comincia la vita*, en AA.VV., *L'aborto, diritto o crimine?*, Milán: Crinos Amci, Ferro, 1972; LOMBARDI-VALLAURI, L., *L'uomo non contemplato: diritto, etica, bioetica*, Bologna: Il Mulino, 1987: 601-614; ID., *L'embrione umano fra bioetica e biogiuridica: principi generali*, en CATTORINI, P. (a cargo de), *Scienza ed etica nella centralità dell'uomo*, Milán: F. Angeli, 1989; ID., *Abitare pleromáticamente la terra*, en ID. (a cargo de), *Il meritevole di tutela*, Milán: Giuffrè, 1990: VII-XCVIII; MORDACCI, R., *La nozione di persona nel dibattito di bioetica*, Per la Filosofia 1992, IX (25): 89-92; PALAZZANI, L., *Essere umano o persona? Persona potenziale o persona possibile?*, Riv. Intern. Filosofia del diritto 1992, LXIX: 446-471; PRIVITERA, S., *Riflessioni sullo statuto morale e giuridico dell'embrione*, Rivista di Teologia Morale 1991, 89: 93-100; SERRA, A., *Embrione umano, scienza e medicina*, La Civiltà Cattolica 1987, 3285: 271-274; ID., *Quando comincia un essere umano. In margine ad un recente documento*, Medicina e Morale 1987, 3: 387-402; ID., *Quando è iniziata la mia vita?*, La Civiltà Cattolica 1989, IV: 577-585; ID., *Per un'analisi integrata dello status dell'embrione umano. Alcuni dati della genetica e dell'embriologia*, en BIOLO, S. (a cargo de), *Nascita e morte dell'uomo*, Génova: Marietti, 1991: 55-108; ID., *Identità biologica dell'embrione umano*, en SGRECCIA, E., MELLE, V. (a cargo de), *Ingegneria genetica e biotecnologie nel futuro dell'uomo*, Milán: Vita e Pensiero, 1992: 167-190; ID., *Sulla natura del cosiddetto pre-embrione*, Medicina e Morale 1993, 4: 788-791; SGRECCIA, E., *Recente dibattito sull'identità dell'embrione*, Milán: Vita e Pensiero 1990, 6: 416-420; ID., *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milán: Vita e Pensiero, 1994: 361-422.

⁵⁸ El término "embrión" se aplica hasta el período de desarrollo correspondiente a 6-8 semanas desde la fecundación (Comisión Warnock, 184; Comisión para la Reforma del Derecho del Estado de Ontario, 1984; Informe del Comité Consultivo Nacional de Etica para las Ciencias de la Vida y de la Salud francés sobre las investigaciones y sobre la utilización de los embriones humanos *in vitro* con fines médicos y científicos, 1986, etcétera). Después de la octava semana, se adopta la denominación de "feto". En cualquier caso, a las 8 semanas todos los órganos y la estructura general del embrión están claramente definidos.

⁵⁹ GRAZI, WOLOWESKYU, *Multifetal pregnancy...*

⁶⁰ KERENYI, T., KITKARA, U., *Selective birth in twin pregnancy with discordancy for Down's syndrome*, New Engl. J. Med. 1981, 304: 1525-1527; EVANS, FLETCHER, ZADOR et al., *Selective first-trimester...*; WAPNER, DAVIS, JOHNSON et al., *Selective reduction...*; BRAMBATI, FORMIGLI, MORI et al., *Multiple pregnancy...*

⁶² WAPNER, DAVIS, JOHNSON et al., *Selective reduction...*

⁶³ TIETZE, C., HENSHAW, S.K., *Induced abortion. A world review 1986* (6th ed.), Nueva York: Elsevier, 1991: 427-470.

⁶⁴ WAPNER, DAVIS, JOHNSON et al., *Selective reduction...*

⁶⁵ Con una audaz, pero coherente propuesta, la Comisión presidida por N. Pagliaro constituida por el Ministerio de Gracia y Justicia para la reforma del Código Penal ha propuesto -entre las muchas apreciables novedades- también la introducción en el ordenamiento de los casos específicos del embrionicidio y del feticidio como delito en sí mismos, enmarcados en el ámbito de los delitos contra la gestación.

En la Relación (*Documenti Giustizia*, 1992, 3: 364-365), se lee lo siguiente: "4. Bajo la nueva categoría de los delitos contra la gestación, incluida en los delitos contra la persona, al ser la gestación un bien atingente a la personalidad humana, se han agrupado: 1) los delitos de aborto, no consentido o consentido o en sí mismos, fuera de los casos permitidos por la ley, o sin observancia de la modalidad prevista por ésta; con la oportuna previsión de una disminución de la pena para la mujer que consiente o que practica el aborto en ella misma; 2) el nuevo delito de embrionicidio, configurable fuera de los casos de aborto, referido a los embriones obtenidos mediante fecundación *in vitro* u obtenidos de la mujer antes de la anidación, a los que se les puede dar muerte, dejarlos simplemente morir o suprimirlos, después o a causa de la ejecución de experimentos o de investigaciones científicas; o porque son producidos en número superior al necesario para la implantación fecundante en la mujer, o porque son posteriormente rechazados por ésta o por muerte de la misma; o bien porque se utilizan en una producción industrial; así como el caso específico de la producción o utilización de embriones humanos para fines diversos de la procreación, subsidiaria a la del embrionicidio; 3) el delito de inseminación artificial no consentida, que deberá constituir objeto de incriminación, cualquiera que sea la actitud futura del legislador en materia de fecundación asistida y salvo una eventual inclusión de otros delitos, una vez que haya intervenido una reglamentación explícita de la misma".

A la lista se podrían agregar también los casos de embrionicidio y feticidio llevados a cabo al margen de una eventual normativa que limitara su posibilidad en condiciones de peligro comprobado inminente para la gestante. Parece evidente la delicadeza sobreentendida en una eventual propuesta de este tipo, si alguna vez se formulara...

⁶⁶ ACOG Committee Opinion, Committee on Ethics, *Multifetal pregnancy...*

⁶⁷ CCNE, *Avis sur les réductions...*

⁶⁸ Insisten en este punto muchos autores y en Italia sobre todo RAGNI, G., FALSETTI, L., GARCEA, N., D'AMBROSIO, M., *Protocollo riduzione dell'ovulazione (incluse le conseguenze: iperstimolazioni, gravidanza multiple)*, en *Fisiopatologia della riproduzione: protocolli terapeutici della Società Italiana di Fertilità e Sterilità*, Roma: SIFES, 1992; SPAGNOLO, A.G., AVANZINI, S., SACCHINI, D., *Riduzione embrio fetale: intervento inevitabile?*, Comunicado en el XXXV Congreso Nacional de la AOGOI (Nápoles 7-11 de junio de 1994) (en prensa).

⁶⁹ TIEFEL, H.O., *Human in vitro fertilization: a conservative view*, JAMA 1982, 247: 323-325.

⁷⁰ RON-EL, R., *Complications of ovulation induction*, Baillieres Clin. Obstet. Ginecol. 1991, 7 (2): 435-453.

⁷¹ Brevemente, después de los descubrimientos de los años veinte y treinta de este siglo inherentes a la existencia de hormonas foliculo-estimulantes (FSH) y luteinizantes (LH) del foliculo, y la producción de una gonadotropina incluso por parte del corion placentario (gonadotropina coriónica humana o hCG), en 1947 se lograr aislar y purificar industrialmente la gonadotropina coriónica (Instituto Farmacológico Seroño); luego, de la gonadotropina menopáusica humana y a la inducción de la ovulación con tales substancias así como a la extracción directa de la gonadotropina de la hipófisis humana y en la inducción de la ovulación.

Desde este momento, se asiste a un continuo perfeccionamiento de las técnicas de extracción y purificación de los preparados para eliminar proteínas extrañas, lográndose finalmente en los años noventa. Recientemente se han comenzado a comercializar preparaciones de FSH recombinante altamente purificadas.

Mientras tanto, el conocimiento de los mecanismos fisiológicos de *release* de las gonadotropinas hipofisarias ha permitido poner a punto otras estrategias de estímulo de la ovulación, a través de fármacos que provocan -mediante una acción antiestrógena a nivel hipotalámico- un incremento del factor de *release* de las gonadotropinas (GnRH): por ejemplo, el clomifeno; o bien mediante el mismo deca péptido que actúa como factor de *release* obtenido por síntesis; y finalmente mediante fármacos que inhiben la secreción de prolactina, factor que inhibe a su vez el *release* de las gonadotropinas.

⁷² Cfr. RAGNI, FALSETTI, GARCEA, D'AMBROSIO, *Protocollo riduzione...*

⁷³ Se remite a algunos trabajos de una literatura ya amplísima y que no podemos citar aquí en su totalidad por limitaciones de espacio. Véanse, no obstante: GOLAN, A., RON-EL, R., HERMAN, A., SOFFER, Y., WEINRAUB, Z., CASPI, E., *Ovarian hyperstimulation syndrome: a current survey*, Fertil. Steril. 1978, 30: 255-258; GOLAN, A., RON-EL, R., HERMAN, A., WEINRAUB, Z., SOFFER, Y., CASPI, E., *Ovarian hyperstimulation syndrome following D-Trp-6 luteinizing hormone releasing hormone microcapsule and menoprin for in vitro fertilization*, Fertil. Steril. 1988, 6: 912-916; BLANKSTEIN, J., SHALEV, J., SAADON, T., KUKIA, E.E., RABINOVIC, J., PARIENTE, C., LUNENFELD, B., SERR, D.M., MASHIACH, S., *Ovarian hyperstimulation syndrome: prediction by number and size of preovulatory ovarian follicles*, Fert. Steril. 1987: 597-602; SCOMMEGNA, A., LASH, S.R., *Ovarian overstimulation, massive ascites an singleton pregnancy after clomiphene*, JAMA 1969, 207: 753-758; HANNING, R.V. JR., STRAWN, E.Y., NOLTEN, W.E., *Pathophysiology of the ovarian hyperstimulation syndrome*, Obstet. Gynaecol. 1985, 66: 220-226; BETTENDORF, G., LIMDMER, C.H., *The ovarian hyperstimulation syndrome*, Horm. Metabol. Res. 1987; 19: 519-522; FORMAN, R., FRAYDMAN, R., EGAN, D., ROSS, C., BARLOU, D., *Severe ovarian hyperstimulation syndrome using agonists of gonadotropin-releasing hormone for in vitro fertilization: a European series and a proposal for prevention*, Fertil. Steril. 1990, 53: 502-507; NAVOT, D., ROLOV, A., BIRKENFELD, A., RABINOWITZ, R., BRZWZINSKI, A., MARGALIOH, E., *Risk factors and prognostic variables in the ovarian hyperstimulation syndrome*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1988, 159: 210-216; ASCH, R.H., LI, H.P., BALMACEDA, P.J., WECKSTEIN, L.N., STONE, S.C., *Severe ovarian hyperstimulation in assisted reproductive technology: definition of high risks groups*, Human Reprod. 1991, 6: 1395-1399; LANZONE, A., FULGHESU, A.M., SPINA, M.A., APA, R., MENINI, E., CARUSO, A., MANCUSO, S., *Successful induction of ovulation and conception with combination Gonadotropins Releasing Hormone agonist plus highly purified follicle stimulating hormone in patients with polycystic ovarian disease*, J. Clin. Endocrinol. Metab. 1987; 65: 1253-1258.

⁷⁴ RAGNI, FALSETTI, GARCEA, D'AMBROSIO, *Protocollo riduzione...*; LANZONE, A., FULGHESU, A.M., APA, R., CARUSO, A. Y MANCUSO, S., *LH surge induction by GnRH agonist at the time of ovulation*, Gynaecol. Endocrinol. 1989; 3: 213-220.

⁷⁵ En la ley de Alemania Federal sobre la protección de los embriones del 13 de diciembre de 1990, en el artículo 1 se indica expresamente en no más de tres el número embriones transferibles. Lo mismo resulta del Código deontológico británico de 1992 publicado por la Entidad para la Fecondación Humana y la Embriología inglesa, así como del *Avis* citado de 1991 del CCNE francés.

⁷⁶ Cfr. BOMPIANI, A., *Bioetica dalla parte dei deboli*, Bolonia: Dehoniane, 1995: 91-224.

⁷⁷ BOLLEN, CAMUS, STRAESSEN et al., *The incidence...*

**FE DE ERRATAS
REVISTA 1996/2**

<i>Dice</i>	<i>Página</i>	<i>Debe decir</i>
Consentimiento formado	135	Consentimiento informado
concluri	135	concluir
conyuges	140	cónyuges
fecundida	147	fecundidad
extrensicismo	147	extrinsecismo
extrínsecista	147	extrinsecista
continuada	153	continua
salud Nos	157	salud. Nos
reco-nocimiento	159	reconocimiento
aceveraciones	159	aseveraciones
com-promiso	159	compromiso
heróico	167	heroico
tercer	171	tercero
diversass	241	diversas

REVISTA MEDICINA Y ETICA
PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS.

México: \$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dlls.

Otros países: \$ 85 U.S. dlls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: \$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dlls.

Otros países: \$ 30 U.S. dlls.

Deseo recibir la revista Medicina y Etica

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

País: _____

Código Postal: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor enviar cheque a nombre de:

**INVESTIGACIONES Y
ESTUDIOS SUPERIORES S.C.**

Cheque N° _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:
**Instituto de Humanismo en
Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s/n
Apdo. Postal 10 844
11 000 México D.F.**