

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

*Medicina y Ética - Meta-análisis de los datos científicos
sobre el GIFT - Identidad y estatuto del embrión humano -
Sexualidad y persona - Anticoncepción y métodos
cíclicos naturales*



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*

VOLUMEN I NÚMERO I JULIO-SEPTIEMBRE DE 1990

Medicina y Ética

Revista internacional de Bioética, Deontología y
Ética Médica

Editor: Instituto de Humanismo
en Ciencias de la Salud

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
A.P. 10-844 México D.F. 11000
Tels. 589-90-00 y 589-22-00
Dr. Salvador Bueno V.

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

Precio de la suscripción anual:

México: 150,000 pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls.;
Otros países: \$85 U.S. Dls.;
Estudiantes, 15% de descuento. Benefactores: \$120 U.S. Dls.

El importe de la suscripción debe ser enviado a:
Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Escuela de Medicina
Universidad Anáhuac. A.P. 10-844, México D.F. 11000.

Registros en trámite
Impreso en México. *Printed in Mexico*

1

VOLUMEN I NÚMERO 1 JULIO-SEPTIEMBRE DE 1990

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

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

Director responsable de la edición mexicana: Dr. José Kuthy

Director de la edición mexicana: Dr. Jesús Quirce

Comité Científico: Evandro Agazzi - Adriano Bompiani -
Vincenzo Cappelletti - Francesco Introna - J.F. Malherbe -
Gonzalo Miranda - Pietro Quatrocchi - Angelo Serra -
Dionigi Tettamanzi

INDICE

EDITORIAL, Medicina y Ética.....	5
M.L. DI PIETRO, A.G. SPAGNOLO, E. SGRECCIA, <i>Meta-análisis de los datos científicos sobre el GIFT: una aportación a la reflexión ética</i>	9
CENTRO DE BIOÉTICA, <i>Identidad y estatuto del embrión humano</i>	41
L. CICCONE, <i>Sexualidad y persona: valores éticos</i>	56
F.D'ONOFRIO, <i>Anticoncepción y métodos cíclicos naturales: consideraciones</i>	92

DOCUMENTACIÓN

Del Magisterio del Santo Padre

I. El Papa a los fieles de Guinea Bissau: unidad y fidelidad en el amor conyugal.....	119
II. Mensaje del Santo Padre para la Jornada de los enfermos de lepra: la difusión de la lepra en el mundo es uno de los escándalos para la comunidad internacional.....	124
III. El Santo Padre en la homilía en el Santuario de Yagma: garantizar la estabilidad de la familia y defender el derecho a la vida desde la concepción.....	127
IV. El Papa a la Asamblea plenaria del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Asistentes Sanitarios: llamados a ser el signo de la misión de la Iglesia hacia el hombre que sufre.....	131
V. El Papa a la Confederación Italiana de los Consultorios Familiares de Inspiración Cristiana: que los consultorios familiares sean lugares de auténtico servicio a la familia.....	136

Jurisprudencia

Sentencia de la Corte de Blount, Maryville, Tennessee (EUA), N° 14496: «Entrega de siete embriones crioconservados a la madre genética».....	140
--	-----

NOTICIERO

Conferencia Internacional sobre el SIDA: «Vivir, ¿por qué?».....	157
---	-----

RECENSIONES.....	169
------------------	-----

De la literatura médica internacional.....	175
--	-----

Medicina y Ética

La ciencia es distinta de la moral; pero no puede prescindir de ella. No puede, porque el científico es un ser humano, con inteligencia y libertad, conciencia y responsabilidad; y porque las aplicaciones de sus investigaciones inciden sobre la vida de otros seres humanos. En efecto, todo lo que afecta a la persona humana tiene una connotación positiva o negativa, es bueno o malo, es decir, moral.

Entre los científicos, son los médicos los que más dudas morales suelen tener. Es fácilmente comprensible, si se tiene en cuenta que su labor se centra, por definición, en acciones que afectan a la vida de seres humanos.

Los progresos de la ciencia y de la medicina están produciendo en muchos una especie de sensación de vértigo; y son muchos también los que se están dejando llevar por él. Lo que más cuenta para algunos es lograr ese resultado que hace apenas un mes cierta revista especializada adelantó como hipótesis posible..., o aplicar esa nueva técnica de fecundación artificial..., o recurrir a ese nuevo método para curar la enfermedad de Parkinson... Hay que apresurarse para no perder la «carrera».

Pero son muchos igualmente los que sienten de diferente forma ese vértigo. Los que lo experimentan con el temor de quien es consciente de la velocidad a la que se corre, pero con la conciencia también de que se es responsable de los propios actos, y que toman en serio la vida, la propia y la de los demás. Son muchos los médicos que se preguntan si de verdad es lícito todo lo que es posible.

El médico se ve solicitado por todas partes. Hoy le pide un matemático californiano que lo decapite y congele su cabeza antes de que el cáncer destruya su cerebro, a la espera de que algún día la ciencia pueda descongelar esa cabeza, cure el cáncer y la una de nuevo a un cuerpo sano... Ayer una mujer soltera solicitó de él una fecundación artificial con ayuda de algún banco de semen... Mañana le pedirán que desconecte el pulmón de acero que mantiene artificialmente en vida a una persona desde hace varios años...

¿Qué debe hacer? Cada caso representa un interrogante, no sólo científico, sino también ético. Se requiere, por ello, una seria

reflexión moral. Y se requiere disponer también de instrumentos válidos que sirvan de estímulo, de base y de guía en esta reflexión. Por eso actualmente están surgiendo por doquier «Comités éticos» y «Centros de Bioética»; por eso se organizan frecuentes congresos y seminarios dedicados a abordar esta espinosa temática; y por eso ve hoy la luz esta revista: Medicina y Ética. El título nos quiere recordar cuán estrechamente ligadas están esas dos realidades.

Medicina y Ética es una revista internacional de bioética, que busca servir de plataforma para el estudio de los problemas que afectan a la vida del ser humano, desde una perspectiva científica y ética. Con estos temas no se puede jugar. Se requiere seriedad. La científica ante todo. Pero también la seriedad humana y moral.

La Universidad Anáhuac ha buscado siempre dar a sus esfuerzos académicos un sesgo humanístico. Somos conscientes de que el verdadero bien que una Universidad puede aportar a la sociedad no depende únicamente de la preparación técnica de sus hombres. Una mente llena de fórmulas y conocimientos científicos, pero únicamente de eso, es una mente que podrá servir sólo relativamente a la sociedad. Se requieren hombres íntegros.

Hacen falta científicos, médicos, que, además de saber curar una enfermedad sepan que es bueno curar una enfermedad; que sean conscientes del valor de la vida humana, que la amen, la respeten, y estén dispuestos a dedicar todos sus esfuerzos al servicio de sus semejantes, como único verdadero sentido de su vocación de médicos. Motivada por estas convicciones, la Universidad Anáhuac publica ahora esta nueva revista. En un esfuerzo de coordinación internacional, la Escuela de Medicina ha unido sus esfuerzos con el Centro di Bioetica de la Università Cattolica del Sacro Cuore de Roma, haciendo propios los artículos de su revista Medicina e Morale.

El lector encontrará en estas páginas abundante material de reflexión y estudio. Ante todo, los artículos, en los que se comentan técnicas médicas y problemas de la máxima actualidad. Siguen luego algunos documentos recientes relacionados con la temática

de la revista: mensajes y discursos del Santo Padre o de diversos episcopados; textos jurídicos importantes relacionados con la bioética; documentos de asociaciones y grupos varios, etc. Se ofrece después un noticiero que sirve de ayuda para la necesaria actualización en este campo tan complejo y en tan continua evolución. La misma finalidad tiene la sección De la literatura médica internacional. Finalmente, las reseñas y la bibliografía proporcionan un valioso instrumento para una ulterior profundización.

Páginas abundantes y densas, que ponemos hoy en manos de los médicos mexicanos, y que ofrecemos también a los obispos y a los sacerdotes, a los juristas, a los políticos y a todos cuantos pueden estar interesados en los temas de la bioética, que tan vigorosamente inciden en la vida de las personas y de la sociedad.

La Dirección

Meta-análisis de los datos científicos sobre el GIFT: una aportación a la reflexión ética

Maria Luisa Di Pietro, Antonio G. Spagnolo*, Elio Sgreccia**

Premisa sobre el meta-análisis

La reflexión ética sobre las intervenciones en el campo médico y biológico, tarea específica de la bioética como disciplina, se basa en una metodología que consiste ante todo en analizar desde el punto de vista científico precisamente estas particulares intervenciones propuestas por la práctica médico-científica y por los descubrimientos de laboratorio¹. A partir de este proceso de análisis se deberán poner de manifiesto las motivaciones por las que se plantean los problemas éticos acerca de la persona en sus diversas expresiones y dimensiones de vida.

Ahora bien, los datos científicos de que dispone el estudioso de la bioética son a menudo contradictorios, y por tanto no agotan de inmediato todos los problemas e interrogantes que se plantean en el plano ético. De aquí la necesidad de considerar de forma crítica los datos que la literatura científica nos aporta, confrontando sobre todo un número significativo de trabajos sobre un determinado tema, tratando de captar las razones de las eventuales discrepancias entre los diversos estudios, o la legitimidad de algunas extrapolaciones hechas por los autores como consecuencia de los resultados que han obtenido².

La exigencia de evaluar y combinar conjuntamente, de forma sistemática y con una metodología precisa, los resultados conseguidos en diversos estudios sobre un mismo tema no es algo nuevo en

* Centro de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía «A. Gemelli, Universidad Católica del Sgdo. Corazón, Roma (Dir.: Prof. Elio Sgreccia).

¹ SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica*. Milán, Vita e Pensiero 1988: 51.

² Esta misma intención crítica puede encontrarse también en otros trabajos, por ejemplo en relación con los datos científicos concernientes a la eficacia real del condón en la prevención de la transmisión del SIDA durante las relaciones sexuales (cfr. SPAGNOLO A.G., *La prevenzione dell'AIDS. Verità scientifica e verità etica*. Rivista di Teologia Morale 1988, 80/40: 25-34).

la literatura. Light y Smith³ han sido de los primeros que propusieron combinar precisamente los datos originarios procedentes de diversas investigaciones para obtener su máxima significación; mientras Glass⁴ fue también el primero que llamó *meta-análisis* a este tipo de investigación.

El *Webster's Dictionary* define que, cuando el prefijo "meta" va asociado al nombre de una disciplina, designa a otra nueva, que está relacionada con la originaria en cuanto que considera de modo crítico la naturaleza, la estructura y los resultados de aquélla. Por consiguiente, *el meta-análisis es una nueva disciplina que considera críticamente y combina estadísticamente los resultados de precedentes investigaciones sobre un tema determinado, proporcionando una mejor interpretación que la que podría obtenerse de los estudios aislados.*

De esta manera, nos quedamos sorprendidos cuando, consultando el banco de datos de la *National Library of Medicine* (Bethesda) acerca de MEDLINE, y centrándonos sólo en los años 1988 y 1989, unos 170 trabajos científicos contenían la palabra clave "meta-análisis". En particular, los campos más prometedores de aplicación de esta metodología parecen ser los *trials* clínicos controlados. Remitimos a algunos de estos trabajos más significativos⁵ a quienes deseen ahondar en el tema relacionado con los criterios ya claramente definidos para llevar a cabo una investigación de este tipo.

Hay que reconocer, no obstante, que hay una pregunta ulterior que el meta-análisis nos obliga a plantear y a la que esta metodología parece no haber dado respuesta; y la cuestión es ésta: ¿Mediante qué relación lógica y con qué criterio se pasa de los datos —aunque sean confrontados entre sí— a su interpretación? ¿Existe una criteriología de la interpretación, mediante la cual semejante interpretación basada en el meta-análisis no resulte subjetiva y dependiente de la diversidad de lenguajes y sistemas

³ LIGHT R.J., SMITH P.V., *Accumulating evidence: procedures for resolving contradictions among different research studies.* Harvard Educ. Rev. 1971; 41: 429-471.

⁴ GLASS G.V., *Primary, secondary, and meta-analysis.* Educ. Res. 1976; 5: 3-8.

⁵ SACKS H. S. y otros, *Meta-analyses of randomized controlled trials.* The New England Journal of Medicine 1987, 316: 450-455; GERBARG Z.B. AND HORWITZ R.I., *Resolving conflicting clinical trials: guidelines for meta-analysis.* J. Clin. Epidemiol. 1988, 41 (5): 503-509; BOISSEL J.P. y otros, *Considerations for the meta-analysis of randomized clinical trials.* Controlled Clinical Trials 1989, 10: 254-281.

interpretativos? Es evidente que no basta con comparar –cosa siempre útil– para interpretar y para proporcionar una interpretación que sea lógica y necesaria. Por nuestra parte, aceptando con reservas el lenguaje y el vocablo, pretendemos salvaguardar la posibilidad de interpretaciones lógicas basadas en el principio de la razón suficiente y de la validez de la conceptualización. Pretendemos, por ello, reservar al meta-análisis el espacio de una operación de recopilación y comparación de los datos; y a partir de este momento, seguirá siendo válida y necesaria la tarea de vinculación lógica con el dato antropológico del cual poder sacar posteriormente –siguiendo el método que llamamos triangular– las conclusiones éticas.

Se trata, en otras palabras, de enmarcar un auténtico método de filosofía del dato biológico –que equivale a hacer filosofía de la naturaleza– a partir de la confrontación de los datos biológicos. Si, por ejemplo, se quiere observar el desarrollo del embrión humano y se hace un examen detallado y comparativo de los datos biológicos, genéticos y embriológicos en relación con hechos análogos de la reproducción de las plantas y de los animales, o en relación con hechos que pueden parecer contradictorios (como la posibilidad de una gemación), una vez recopilada la totalidad de los datos y de las comparaciones queda por dar un paso capital y fundamental, que consiste en tener que encontrar la explicación conceptual y la razón suficiente que apoye dicha explicación: ¿Es o no el embrión un nuevo ser personal? ¿Puede darse una explicación diversa de ésta (nuevo ser individual)? En estas preguntas el meta-análisis queda superado y se hace meta-física; una meta-física que deberá proporcionar la “inteligibilidad” del hecho y proporcionar una base para el juicio ético: si así es, si este embrión, es una individualidad humana, entonces su valor es el de toda individualidad humana, sin referencia a las diferencias de edad.

En nuestro caso, –el del GIFT– nos detenemos a nivel de la recopilación, de la comparación y de la discusión de los datos. Quedará luego por plantear la pregunta sobre el significado antropológico de tales datos en relación a la individualidad del embrión y en relación a la naturaleza del acto conyugal. A partir de esta reflexión de carácter filosófico-antropológico se deberá con-

cluir en un juicio ético. Ya que el razonamiento de naturaleza filosófica sobre la ontología del embrión humano ha sido muchas veces reiterado y es conocida nuestra posición al respecto, avalada por las directrices teológicas del Magisterio de la Iglesia, resulta de vital importancia una recopilación y discusión de los datos que de buen grado llamamos meta-análisis, habiendo precisado primero el papel propio de esta metodología. Habrá que hacer algunas alusiones de tipo antropológico concernientes al respeto del embrión, sin que por ello queramos agotar un más amplio razonamiento en el ámbito de la bioética.

El objetivo principal de este trabajo, pues, es el de evaluar de forma crítica —haciendo, así, un meta-análisis— los datos científicos sobre el GIFT (*Gamete Intra Fallopian Transfer*) tal como aparecen en la literatura, en relación con la posibilidad de revisar las condiciones que permiten considerar esa técnica, desde el punto de vista filosófico y ético, como respetuosa de la persona humana, y en particular del nuevo individuo humano llamado con esta técnica a la existencia, esto es, el embrión.

El GIFT, descrito por primera vez por Richard Asch y colaboradores en 1984⁶, es una técnica de fecundación artificial intracorpórea (algunos la llaman procreación “asistida”, tratando de subrayar el carácter no substitutivo de la intervención) que comporta la transferencia simultánea pero separada de los gametos masculinos (espermatozoides) y femeninos (óvulos) al interior de las trompas de Falopio, sitio natural de la fecundación humana.

Esta técnica, rápidamente difundida como tratamiento de algunas formas de esterilidad masculina y femenina, fue introducida inicialmente como una posible *alternativa* a la FIVET (Fecundación *in vitro* con *embryo-transfer*), revelándose en ciertos casos como más eficaz que aquella para inducir un embarazo; sin embargo, como el GIFT no comporta manipulación de embriones humanos sino sólo de gametos, y puesto que el proceso de la fecundación se lleva a cabo totalmente dentro del organismo de la mujer, pareció que podrían respetarse también algunas instancias de orden ético relativas a la procreación humana.

⁶ ASCH R.H., ELLSWORTH L.R. y otros, *Pregnancy after translaparoscopic gamete intrafallopian transfer*. Lancet 1984, ii: 1034.

Por consiguiente, el meta-análisis efectuado por nosotros termina por evaluar si tales instancias de orden antropológico y ético, hipotizadas por teólogos y científico,⁷ y ante todo las que se refieren a la salvaguarda del embrión humano, son efectivamente respetadas.

Metodológicamente, hicimos una selección de todos los estudios que durante los años 1988 y 89 fueron registrados en MEDLINE (hasta el 2 de febrero de 1990 aparecían 107 referencias bibliográficas), examinando los trabajos que proporcionaban una casuística relativa a un número de intervenciones GIFT mayor de 80, y entre éstos, aquellos en los cuales se habían definido algunos resultados comparables entre sí (porcentaje de embarazos clínicamente iniciados, porcentaje de abortos, porcentaje de embarazos a término, etc.).

Repaso de las fases técnicas del GIFT

El GIFT está indicado en algunas formas de esterilidad femenina o masculina en las cuales la mujer dispone por lo menos de una trompa viable y ésta no presenta anomalías estructurales o funcionales.

Entre las patologías de la reproducción a las que se puede salir al paso con el GIFT, recordamos⁸:

—la esterilidad llamada idiopática, en la cual podrían incluirse la insuficiencia del cuerpo amarillo, la hiperprolactinemia o el síndrome poliquístico;

—el mecanismo de captación ovular alterado, es decir, un defecto de la captación (*pick-up*) de la ovocélula por parte de las fimbrias tubáricas como consecuencia, por ejemplo, de las secuelas

⁷ GRIESE O.N., *Catholic identity in health care: principles and practice*. Baintree: The Pope John Center, 1987; GARCEA N. y otros, *Is the GIFT a possibility for catholics in the assisted reproduction field?*, Acti del I Congreso Internazionale sul GIFT, Rapallo 8-10 de junio de 1989, en prensa.

⁸ ASCH R.H., BALMACEIDA J.P. y otros, *Gamete intrafallopian Transfer (GIFT): a new treatment for infertility*. Int. J. Fertil. 1985, 30: 41-45; GARCEA N., CAMPO S., *La procreazione assistita*. En: MANCUSO S., SGRECCIA E. (a cargo de), *Trattamento della sterilità coniugale*. Milán: Vita e Pensiero 1988: 177-182, 19 (6): 315-320.

de un proceso inflamatorio o de curación incompleta después de una intervención de restauración microquirúrgica tubárica;

– la presencia de tejido endometrial fuera del útero (*endometriosis*) que obstaculiza la normal captación del óvulo; en este caso, según algunos autores, la elevada concentración de prostaglandinas podría aumentar la motilidad tubárica alterando el transporte de la ovocélula e interfiriendo en la anidación del óvulo fecundado⁹;

– una *oligoastenospermia* moderada o severa;

– los *resultados de una cirugía* conservativa del útero, ovarios y trompas (microcirugía de las trompas, microcirugía de las cavidades ováricas, etc.);

– las modificaciones del *factor cervical*, es decir, la producción alterada de moco por parte de las células del cuello uterino.

Las fases de ejecución del GIFT son importantes para comprender los resultados de la técnica misma, y por esto las estudiaremos detenidamente. Son esencialmente tres:

- 1) inducción de la ovulación y aspiración de los óvulos;
- 2) obtención y preparación del esperma;
- 3) transferencia de los gametos a la trompa.

1) Inducción de la ovulación y aspiración de los óvulos

La inducción de la ovulación en los programas del GIFT se lleva a cabo con el fin de estimular el desarrollo simultáneo de varios folículos ováricos (como se sabe, por naturaleza madura generalmente un folículo cada vez), y obtener así un mayor número de ovocitos para ser utilizados en cada intento, de manera que aumente el porcentaje de éxito de la técnica.

Las modalidades de administración de los fármacos que actúan sobre el desarrollo folicular, la maduración de los óvulos y la ovulación, deben ser escogidas por el médico de modo escrupu-

⁹ MARANA R., *Sterilità associata ad endometrosi: possibilità terapeutiche*. En MANCUSO-SGRECCIA (a cargo de), *Trattamento della...*, pp. 127-128.

loso y personalizado¹⁰; por eso, antes de iniciar la inducción ovárica se requiere, basándose en la patología que afecta a la paciente y a su patrón hormonal, elegir los fármacos a utilizar durante el tratamiento, cuantificar su entidad y la duración de la estimulación, así como establecer el momento de aspirar los óvulos desde los folículos ováricos.

Entre los fármacos más utilizados en la inducción ovárica destinada a la procreación asistida podemos enumerar: las gonadotropinas (gonadotrofina coriónica humana o GCH; gonadotrofina menopáusica humana o GMH; hormona estimulante del folículo o HEF); el clomifen citrato; la HLG (hormona liberadora de gonadotropinas), o sus antagonistas.

Richard Asch refiere en uno de sus primeros trabajos que recurrió a la administración diaria de GMH a partir del 3o. o 4o. día del ciclo menstrual¹¹. El tratamiento continuaba hasta que (en el 6o. día aproximadamente) dos folículos ováricos alcanzaban los 16 milímetros de diámetro, evaluados ecográficamente, o la dosis del 17-beta-estradiol presentaba niveles de 350 pg/ml.

Posteriormente, para obtener un mayor número de óvulos con un buen grado de madurez, el mismo Asch modificó el protocolo de inducción de la ovulación, introduciendo además del uso del GMH el del clomifen citrato (50 mg cada 12 horas del 3o. al 7o. día del ciclo), asociado a la gonadotropina menopáusica desde el 6o. día en adelante¹².

Otros autores asocian la administración de FSH puro (en el 3o. y 4o. día del ciclo) al GMH (desde el 5o. día), precedido por la administración de un antagonista del GnRH, para inhibir la actividad espontánea de la hipófisis¹³.

¹⁰ SCOTT R.T., ROSENWAKS Z., *Ovulation induction for assisted reproduction*. The Reproductive Med. 1989, 34 (1) suplement.: 108-114; FERRARETTI A.P., GARCÍA J.É. y otros, *Serum luteinizing hormone during ovulation induction with human Menopausal Gonadotropins for in vitro fertilization in normally menstruating women*. Fertil. Steril. 1983, 40: 747; MAUSHERS.J., ÖEHNINGER.S. y otros, *The value of basal and/or stimulated serum gonadotropin levels in prediction of simulation response and in vitro fertilization outcome*. Fertil. Steril. 1988, 50: 298.

¹¹ ASCH y otros, *Gamete Intrafallopian Transfer...*, p. 41.

¹² ASCH R.H., BALMACEIDA J.P. y otros, *Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT): use of minilaparotomy and an individualized regimen of induction of follicular development*. Acta Europ. Fertil. 1986; 17 (3): 187-193.

¹³ SMITZ J., DEVROY P. y otros, *Addition of Buserelin to human menopausal gonadotropins in patients with failed stimulation for IVF or GIFT*. Human Reprod. 1988, 3 (suplem.): 35-38; REMORGIDA V., ANSERINI P. y otros, *The duration of pituitary suppression by means of intra influence the ovarian*

El tratamiento de inducción de la ovulación continúa hasta la completa maduración de los folículos, que, como decíamos, es evaluada mediante monitoreo ecográfico y dosis de 17-beta-estradiol: se consideran ya maduros los folículos que han alcanzado un diámetro de por lo menos 15 mm junto con niveles de 17-beta-estradiol de 300-350 pg/ml.

Entonces se suministra la GCH para provocar la liberación de los óvulos desde los folículos ováricos. Después de 36 horas a partir de la administración de GCH, se efectúa la aspiración de los óvulos y el traslado sucesivo a las trompas de Falopio junto con los espermatozoides.

Algunos autores¹⁴ proponen continuar la administración de GCH incluso después de la intervención del GIFT, a fin de evitar los efectos abortivos, de los que hablaremos más adelante, debidos a una eventual insuficiencia del cuerpo amarillo.

La aspiración se hace por vía laparoscópica o mediante una minilaparotomía¹⁵. Está ya en vías de avanzada experimentación la obtención de óvulos por aspiración transvaginal bajo control ecográfico¹⁶: esto comporta múltiples ventajas, evitando en primer lugar inútiles laparoscopías y anestесias generales —con el riesgo que éstas entrañan— cuando se localizan óvulos en los folículos (5-10 por ciento de las pacientes), o permitiendo efectuar todo el procedimiento GIFT en régimen ambulatorio (no teniendo, por eso, que someter a la paciente a anestesia), asociando la extracción de óvulos por vía transvaginal la transferencia de los gametos a la trompa por vía histeroscópica.

Después de la aspiración los óvulos son colocados en discos de cultivo individuales y se evalúa su grado de madurez mediante el estereomicroscopio tomando como referencia el llamado *grado de dispersión de la corona radial* y cúmulo ovóforo. En efecto, el éxito del

response to gonadotropin stimulation and success rate in a Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) program. J. Vitro Fert. Embryo Transfer 1989, 6 (2): 76-80; GARCEA y otros, *Current therapeutic possibilities...*, p. 315.

¹⁴ GARCEA-CAMPO, *La procreazione assistita...*, p. 179.

¹⁵ ASCH y otros, *Gamete Intrafallopian Transfer: a new treatment...*, p. 43.

¹⁶ SCOTT R.T., HOFMAN G.E. y otros, *Correlation of follicular diameter with oocyte recovery and maturity at the time of transvaginal follicular aspiration.* J. Vitro Fert. Embryo Transfer 1989, 6 (2): 73-75; GARCEA-CAMPO, *La procreazione assistita...*, p. 179.

GIFT, en términos de embarazos logrados, depende también del grado de madurez de los óvulos utilizados¹⁷.

Sin embargo, la presencia del corpúsculo polar, manifestación de la maduración completa del óvulo, sólo puede ser puesta de manifiesto con el microscopio de contraste de fases, cuyo uso presenta dificultades e inconvenientes¹⁸; de hecho, para el GIFT se utilizan también óvulos que pueden no haber llegado a un buen grado de madurez y esto implica que no se pueden hacer previsiones sobre el éxito de la técnica. Dada la incertidumbre de los resultados, Asch aconseja reinsertar todos los óvulos obtenidos dejando luego que intervenga la «selección natural»¹⁹. Hasta ahora se desconoce hasta qué punto esta «selección natural» interviene limitando el desarrollo de un ovocito ya fecundado, es decir, un embrión; pero la cuestión no es indiferente, como es fácil de comprender.

En teoría, si se estuviera seguro de insertar óvulos con el más alto grado de madurez, bastaría con introducir un sólo óvulo por trompa, mientras que actualmente la mayoría de los autores introduce dos o tres por cada trompa.

2) Obtención y preparación del esperma

Aproximadamente dos horas y media antes de la extracción de los ovocitos, se preparan las muestras de esperma, que pueden obtenerse de varias maneras. En el caso de la obtención en conexión con el acto conyugal, se utiliza un condón²⁰ especial de

¹⁷ Según una clasificación hecha por Asch los óvulos pueden subdividirse en cinco grados de madurez: vesícula germinal densa (grado 1º), cúmulo ovóforo y corona radial densos (C+C) (grado 2º), C+C parcialmente dispersos (grado 3º), C+C bien dispersos (grado 4º), presencia del cuerpo polar (grado 5º); cfr. ASCH y otros, *Gamete Intrafallopian Transfer: a new treatment...*, p. 44.

¹⁸ GARCEA-CAMPO, *La procreazione assistita...*, p. 180.

¹⁹ ASCH y otros, *Gamete Intrafallopian Transfer: a new treatment...*, p. 44.

²⁰ Es importante subrayar que este condón especial es usado particularmente por quienes pretenden superar la objeción moral ligada al uso del preservativo, especialmente en la forma de condón perforado. En esta utilización, si bien la diferencia de orden físico puede parecer de poca entidad, en la interpretación lógica de significado antropológico se trata no ya de un preservativo (de hecho no impide completar el acto conyugal) sino de un instrumento para recolectar el esperma, o mejor de una parte del mismo, en el curso del acto conyugal. En el marco de este trabajo no nos detendremos en esta consideración de orden conyugal, para mantenernos en el ámbito de la embriología en el GIFT.

silastic. Se ha comprobado, en efecto, que el uso del condón común de goma, al que se le ha eliminado ya el espermaticida o fabricado sin estas substancias, determina en pocos minutos efectos tóxicos en los espermatozoides, de manera que se vuelven incapaces de fecundar.

En cambio, Zavos y colaboradores²¹ han demostrado que el semen obtenido con un condón de *silastic* posee una calidad mayor que la del extraído mediante masturbación. En realidad, el volumen de semen, el recuento espermático total, la motilidad y la morfología espermáticas estaban significativa y positivamente influidas por la muestra obtenida mediante el condón de *silastic*. Esto habría que atribuirlo a una mayor intensidad de la estimulación sexual producida durante una relación, respecto de la masturbación, presumiblemente por un llenado más completo de los vasos deferentes antes de la eyaculación. Esto explicaría, no obstante, la mejora de la morfología de los espermatozoides, mejora que también se ha descrito.

Zavos aconseja extraer con esta técnica también el semen a analizar cuando se quiere incluir a una pareja en el programa GIFT. En realidad, se podría verificar que un sujeto considerado oligospérmico después del análisis de las muestras obtenidas mediante masturbación, fuera en realidad normospérmico si se analizan muestras extraídas con el condón, y entonces no se justificaría su exclusión del procedimiento.

Una vez obtenido el semen, es sometido a licuefacción durante unos 30 minutos y posteriormente examinado para evaluar sus características morfológicas, cuantitativas y funcionales²². El espermato se mezcla luego con caldo de cultivo y es centrifugado. Después de retirar la sobrenata, se extrae 0.5-1 ml de líquido que se vierte y se deja en pequeñas probetas durante otros 45 minutos. En este

²¹ ZAVOS P.M., GOODPASTURE J.C., *Clinical improvements of specific seminal deficiencies via intercourse with a seminal collection device versus masturbation*. Fertil. Steril. 1989, 51 (1): 190-193; ZAVOS P.M., *Seminal parameters of ejaculates collected at intercourse with the use of a seminal collection device with different levels of pre-coital stimulation*. (Abstrat) J. Androl. 1988, 9: 36; ID., *Characteristics of human ejaculates collected via masturbation and a new silastic seminal fluid collection device*. Fertil. Steril. 1985; 43: 491. Cfr. también GARCEA y otros, *Is the GIFT a possibility for catholics...*

²² ASCH y otros, *Gamete Intrafallopian Transfer: a new treatment...*, p. 41; ID., *Preliminary experiences with gamete intrafallopian transfer (GIFT)*. Fertil. Steril. 1986, 45 (3): 367.

momento, evaluados de nuevo los parámetros morfológico-funcionales, se corrige la concentración espermática hasta obtener 100,000 espermatozoides por 25 microlitros de suspensión y se procede a la transferencia intratubárica.

A veces en lugar de semen fresco, esto es, obtenido poco tiempo antes de la transferencia a la trompa, se utiliza semen conservado en los bancos previa congelación y sucesiva descongelación al momento de utilizarlo.

3) *Transferencia de los gametos a las trompas de Falopio*

Finalizada la aspiración folicular, la inspección de los óvulos y la obtención del esperma, los gametos así obtenidos son introducidos en un catéter para ser transferidos a la trompa, del modo siguiente²³. En un catéter conectado por una de sus partes con una jeringa de tuberculina de 1 cc se aspiran 25 microlitros de líquido espermático que contienen 100,000 espermatozoides, luego un espacio de aire de 5 mcrl, 2 ó 3 óvulos en 25 mcrl de líquido, otro espacio de aire de 5 mcrl y finalmente 10 mcrl de caldo de cultivo. Lleno de esta manera, el catéter es conectado al laparoscopio e introducido en la parte fimbriada de la trompa a una distancia aproximada de 1.5 cm en el tercio distal, y se inyecta el contenido en la luz de la trompa. El mismo procedimiento puede llevarse a cabo en el curso de una minilaparotomía.

Sucesivamente el catéter es llenado de nuevo siguiendo la misma modalidad mencionada y se repite el procedimiento en la otra trompa.

El procedimiento completo requiere de unos 45 minutos. La paciente es dada de alta el mismo día o al día siguiente; a partir del 7o. día después del GIFT se inicia la evaluación de beta GCH, y después del 21o. día se realiza una ecografía.

Los resultados del GIFT en la literatura

El éxito del GIFT, como técnica de procreación artificial, depende estrictamente tanto del cuidado con que se lleve a cabo el

²³ *Ibid.*

procedimiento como de las indicaciones que motivan recurrir a esta opción.

En la Tab. 1 presentamos la casuística de diversos autores que han recurrido al GIFT²⁴: junto a los valores absolutos y los porcentajes de embarazos clínicos obtenidos, se indican los que se refieren a los abortos (ya sea los llamados «espontáneos», o bien los inducidos voluntariamente), a los embarazos ectópicos, a los embarazos múltiples, a la manifestación de anomalías cromosómicas y/o de malformaciones fetales y, por último, al número de partos y/o de embarazos a término.

Como puede verse, el porcentaje de embarazos iniciados clínicamente observables después de la 4a. semana —calculada sobre el número total de intentos GIFT— varía del 16 al 38.8 por ciento (un promedio de 27.4 por ciento), mientras el porcentaje de niños nacidos o de embarazos a término varía entre el 58.2 por ciento y el 80 por ciento (un promedio del 69.1 por ciento), aproximadamente dos tercios de los embarazos clínicamente observados²⁵: esto es, se comprueban «accidentes en el proceso» que varios autores atribuyen bien a la técnica, o bien a causas imprevistas, definidas como «naturales». Resulta difícil decir hasta qué punto

²⁴ ASCH R.H., BALMACEDA J.P., CITTADINI E. y otros, *Gamete Intrafallopian Transfer. International cooperative study of the first 800 cases*. Annals New York Academy of Sciences 1988, 541: 722-727; BRAECKMANS P. y otros, *Gamete Intrafallopian Transfer: evaluation of 100 consecutive attempts*. Human Reprod.. 1987, 2 (3): 201-205; CORSON S. L. y otros, *Outcome in 242 in vitro-fertilization embryo replacement or Gamete Intrafallopian Transfer-induced pregnancies*. Fertil. Steril. 1989, 51 (4): 644-650; CRAFT I. y otros, *Analysis of 1071 GIFT procedures. The case for a flexible approach to treatment*. Lancet 1988, i: 1094-1097; FERTILITY SOCIETY OF AUSTRALIA, *Australia and New Zealand 1987 National Perinatal Statistics Unit 1988*, ISSN: 1030-4711; GARCEA N., DARGENIO R., IACOMIANNI L. y otros, *Pregnancy and abortion rate after GIFT* Abstract XII World Congress on Fertility and Sterility, Marrakesh 1989; GARCEA N., *Esperienza con GIFT*. Atti 66° Congresso Nazionale della Società Italiana di Obstetricia e Ginecologia, Sorrento 1989; STAESSEN C. y otros, *An 18-ont survey of infertility treatment by in vitro fertilization, gamete and zygote intrafallopian transfer, and replacement of frozen-thawed embryos*. J. Vitro Fert. Embryo Transfer 1989, 6 (1): 22-29; THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *In vitro fertilization embryo transfer in the United States: 1987 results from National IVF-ET Registry*. Fertil. Steril. 1989, 5 (1): 13-18; WIEDEMANN R. y otros, *Gamete Intra-Fallopian transfer in male sub-fertility*. Human Reproduction 1989, 4 (4): 408-411.

²⁵ Estos porcentajes obtenidos por nosotros sobre la base de los valores indicados en los diversos estudios son solamente indicaciones destinadas a la reflexión ética. En la perspectiva de una evaluación desde el punto de vista estrictamente técnico, de los resultados del GIFT, los autores se están orientando en los últimos años a expresar sus resultados en términos de embarazos clínicos iniciados y de embarazos a término, estableciendo una diferencia según la consideración de espermatozoides utilizados, del tipo de esterilidad que indicó al GIFT, con el grado de madurez de los óvulos transferidos, etc., obteniendo un porcentaje diverso de resultados.

Tabla 1
Los resultados del GIFT tomados de las casuísticas más autorizadas reportadas en la literatura

Autores	Número de GIFT	Embarazos iniciados ¹	Embarazos ectópicos	Embarazos múltiples	Abortos ² múltiples	Anomalías crom. y/o fetos malf.	Embarazos a término ³
Asch et al. (1988)	800	275 (34,4%)	8 (2,8%)	69 (25%)	66 (24%)	-	201 (73%) (25%)
Braeckmans et al. (1987)	100	24 (24%)	2 (8,3%)	4 (16,6%)	6 (25%)	-	16 * (66,6%) (16%)
Corson et al. (1989)	286	90 (31,5%)	4 (4,4%)	14 (15,5%)	14 (15,5%)	-	72 (80%) (25,2%)
Craft et al. (1988)	1071	360 (33,6%)	25 (6,9%)	30 (8,3%)	90 (25%)	-	244 ** (67,7%) (22,7%)
Fertil. Soc. Austr. (1988)	2109	516 (24,5%)	26 (5,1%)	118 (23%)	135 (26,2%)	16 (3,1%)	324 (62,8%) (15,4%)
Garcea et al. (1989)	123	19 (15%)	-	1 (5,2%)	6 (31,5%)	1 (5,2%)	13 (68,4%) (11%)
Staessen et al. (1989)	284	79 (27,8%)	2 (2,5%)	10 (12,6%)	31 (39,2%)	-	46 (58,2%) (16,2%)
U.S.Registry (1989)	1968	492 (25%)	30 (6%)	103 (21%)	123 (25%)	5 (1%)	362 *** (73,6%) (18%)
Wiedemann et al. (1989)	342	133 (38,8%)	7 (5,3%)	24 (18%)	21 (15,8%)	-	-

¹ Se refiere a los embarazos clínicamente observables, después de la 4ª semana de la fecundación.

² Tanto los «espontáneos» como los provocados.

³ En esta columna los autores señalan tanto los partos efectuados, como los embarazos desarrollados después de la 28ª semana. El primer porcentaje se refiere al número de embarazos iniciados, el segundo al número de procedimientos GIFT.

* Once se referían a partos efectuados en los que habían nacido 13 niños (dos sets de gemelos); 11 nacieron vivos y 2 muertos, 5 embarazos no habían concluido pero estaban bien encaminados.

** 116 se referían a partos ya realizados; para 128 no había concluido aún el tiempo.

*** Cuatro niños habían nacido muertos.

son «naturales» tales causas. En cambio, puede adelantarse alguna hipótesis sobre el papel que juega la técnica en la determinación de estos accidentes; de esta reflexión se ocuparán las páginas siguientes.

El porcentaje de embarazos iniciales sería todavía más bajo si se calculase sobre el número total de óvulos transferidos en cada intento, es decir cuatro o seis, según los diversos protocolos. En este caso, en efecto, el porcentaje iría, por término medio, del 4.6 al 6.8 por ciento, con una dispersión de óvulos —fecundados (embriones) o no, de cuyo destino bien poco se nos dice— de aproximadamente el 94 por ciento²⁶.

Por lo que al éxito del GIFT se refiere en relación a la patología que determina la esterilidad, el mayor porcentaje de embarazos (30-40 por ciento) se observa en la así llamada esterilidad idiopática, mientras que parece inferior (3-20 por ciento) en las esterilidades de origen masculino. Otros autores han encontrado un porcentaje más elevado de embarazos (23-43 por ciento) en caso de subfertilidad masculina grave o moderada, con resultados incluso mejores con relación a otras técnicas como la inseminación intrauterina²⁷.

Sobre el significado de los embarazos ectópicos, de embarazos múltiples y de las anomalías cromosómicas o malformaciones fetales, hablaremos en el parágrafo siguiente.

Análisis crítico de los resultados del GIFT

a) El evento «aborto»

En la casuística examinada no se hace distinción alguna entre los abortos llamados espontáneos y los abortos inducidos, sino sola-

²⁶ En vistas de la valoración ética no se pueden ignorar todos esos embarazos (= fecundaciones de los óvulos) no detectables todavía en el plano clínico porque se interrumpen dentro de las primeras semanas.

²⁷ WIEDEMANN R., NOUSS U., HEPP H, *Gamete Intrafallopian Transfer in male sub-fertility*. Human Reprod. 1985, 44: 408-411; ALLEN N.C. y otros, *Intrauterine insemination: a critical review*. Fertil. Steril. 1985, 44: 569-580.

mente entre abortos precoces y tardíos. De su examen se deduce, sin embargo, que la mayoría de los abortos son «espontáneos»; sólo en algunos casos se hace alusión explícita a la solicitud de interrupción del embarazo (por malformaciones fetales o por «reducción» del número de fetos en embarazos múltiples).

Sobre el tema de los abortos espontáneos que se comprueban en los embarazos efectuados de modo natural, en la literatura se dice que el 15 por ciento de los mismo termina en aborto espontáneo entre la cuarta y la vigésima semana²⁸; es decir en el periodo en que los embarazos son ya clínicamente observables. Esta situación puede ser comparada con la de los embarazos observables después de llevar a cabo el GIFT (véase Tab. 1) y de los cuales en la columna «abortos» se presentan cifras que van del 15.5 al 39.2 por ciento.

Ahora bien, si se compara el número de abortos registrados en los dos grupos (embarazos naturales, embarazos mediante el GIFT) —aunque estadísticamente se trata sólo de datos retrospectivos— la diferencia parece indicar una mayor pérdida fetal en el grupo de los embarazos mediante el GIFT. Pero incluso en el caso de que la diferencia fuera insignificante, siempre se mantendría por la diversa relevancia de significado ético entre la determinación del aborto natural y el que el hombre ponga las condiciones que desembocan en la determinación del aborto «espontáneo» en los embarazos mediante el GIFT.

Como ya hemos dicho, a estos abortos «espontáneos» hay que agregar todas las interrupciones voluntarias del embarazo como consecuencia del diagnóstico prenatal de un feto malformado o por una finalidad selectiva en los embarazos múltiples.

Considerando las causas llamadas «naturales», que algunos autores querrían reconocer como explicación de los abortos que se verifican en los embarazos por GIFT, no pueden ignorarse los factores ligados a la técnica que podrían influir negativamente en el resultado del embarazo.

²⁸ SPEROFF L., GLASS R.H., KASE N.G., *Endocrinología ginecológica. Clínica e infertilidad*. Milán: Edit. Ermes, 1986: pp. 469ss. El porcentaje real de abortos espontáneos, según los mismos autores, estaría más cerca del 50 por ciento, si se considera la elevada cantidad de abortos que sobrevienen en la primera-cuarta semana desde la concepción. En la mayoría de estos casos se dan anomalías cromosómicas del espermatozoide, del óvulo o del embrión (60-80 por ciento).

Entre estos factores analizamos dos: 1) la asincronía entre el ciclo endometrial y el desarrollo del embrión, y 2) la elevada frecuencia de anomalías cromosómicas de los óvulos.

1. Para que se realice la implantación del embrión en el útero es determinante la sincronía entre el desarrollo del embrión y el del endometrio uterino²⁹, es decir la capa interna del útero que acoge el huevo fecundado. El desarrollo endometrial es inducido por los estrógenos, que estimulan la actividad proliferativa del tejido de sostén (estroma) y del tejido glandular, y provocan un aumento del flujo hemático. En cambio, la progesterona producida por el cuerpo amarillo durante la fase post-ovulatoria bloquea la actividad proliferativa e induce la secreción glandular, preparando la pared uterina para la implantación del blastocisto.

Se sabe que dosis elevadas de estrógenos provocan un efecto abortivo, impidiendo la anidación del huevo fecundado³⁰. Este efecto abortivo de los estrógenos parece deberse por una parte a una acción luteolítica con reducida producción de progesterona y, por otra, a una detención de la maduración endometrial a causa de un desequilibrio metabólico celular.

Durante la fase de inducción de la ovulación en el procedimiento GIFT –fase que se efectúa del mismo modo que en la FIVET–, los fármacos administrados aumentan los niveles endógenos de estrógenos hasta alcanzar valores de tres a seis veces superiores a los fisiológicos, los cuales, por tanto, aun siendo neutralizados por la progesterona, podrían ser la causa de la disminución de los embarazos iniciados debida a la muerte de los embriones en la fase anterior o posterior a la implantación³¹. Se ha observado, no obstante, que esta asincronía embrión-endometrio no se produciría si para inducir el desarrollo folicular se recurriera

²⁹ GARRIS D.R., WHITEHEAD D.S., *Uterine blood flow and timing of blastocyst implantation in the guinea pig*. Am. J. Physiol. 1981, 241: 142-145; JOHANNESSON E., PARKER R.A. y otros, *Morphometric analysis of the human endometrium in relation to peripheral hormone levels*. Fertil. Steril. 1982, 38: 564-571; FOSSUM G.T., DAVIDSON A., PAULSON R.J., *Ovarian hyperstimulation inhibit (embryo implantation in the mouse)*. J. Vitro Fertil. Embryo Transfer 1989, 6: 7-10.

³⁰ MORRIS J.M., VAN WAGENEN G., *Interception: the use of post-ovulatory estrogens to prevent implantation*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1973, 115: 101-106; CHIDLEY-BAIRD A.A. y otros, *Failure of implantation in human in vitro fertilization and embryo-transfer patients: the effects of altered progesterone-estrogen ratios in humans and mice*. Fertil. Steril. 1986; 45: 69-74; DI PIETRO M.L., SGRECCIA E., *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto*. Medicina e Morale 1988, 1: 3-54.

³¹ FOSSUM, *Ovarium hyperstimulation inhibits...*, pp.7-10.

al uso del clomifén citrato sólo o asociado al GMH³². De hecho, la acción antiestrogénica del clomifén citrato contrarrestaría los efectos en el endometrio de elevados niveles de estrógenos.

2. Por lo que se refiere a la frecuencia de anomalías cromosómicas de los óvulos, hemos referido en nota a pie de página que el 60-80 por ciento de los abortos espontáneos en el primer trimestre de embarazo está determinado por alteraciones cromosómicas presentes bien en los gametos masculinos y femeninos o bien en el óvulo fecundado.

Mientras en los óvulos hay un elevado porcentaje de anomalías cromosómicas producidas durante la gametogénesis (por ejemplo la trisomía 21, cuyo cromosoma supernumerario es frecuentemente de origen materno), las anomalías cromosómicas de los espermatozoides presentan, en cambio, sólo una frecuencia del 5-10 por ciento³³. En un trabajo reciente³⁴ se ha demostrado, además, que en la población estéril se da un porcentaje mayor de alteraciones cromosómicas que en la población fértil.

Junto a las anomalías de los gametos hay que tomar en consideración también las anomalías del proceso de fecundación: en base a la experiencia adquirida con la fecundación artificial, se ha visto por ejemplo que en el 5-10 por ciento de los casos los óvulos fecundados presentan tres pronúcleos, condición que es incompatible con el desarrollo del embrión³⁵.

La elevada presencia de alteraciones cromosómicas en los óvulos obtenidos mediante ovulación inducida —dato que se observa de

³² SUNDSTROM P., NILSSON O., LIEDHOLM P., *Scanning electron microscopy of human preimplantation endometrium in normal and clomiphene / citrate-human Chorionic Gonadotropin stimulated cycles*. Fertil. Steril. 1983; 40: 642-647.

³³ MATTEI J.F. y otros, *Origin of the extra chromosome in trisomy 21*. Human Genet. 1979; 46: 107-110; JUBERG R.C., MOWREY P.U., *Origin of non-disjunction in trisomy 21 syndrome. All studies compiled, parentalage analysis and international comparisons*. Am. J. Med. Gen. 1983; 16: 111-116; BRANDIFF B. y otros, *Detection of chromosome abnormalities in human sperm*. Prog. Clin. Biol. Res. 1986; 209B: 469-476; MARTIN R.H., *Chromosomal abnormalities in human sperm*. En DELLARCO V.L., VOYTEK P.E., HOLLAENDER A. (edits.), *Aneuploidy: etiology and mechanism*. Nueva York: Plenum Press, 1985: 91-102.

³⁴ HENS L. y otros, *Chromosome aberration in 500 couples referred for in vitro-fertilization or related fertility treatment*. Human Reprod. 1988; 3 (4): 451-457.

³⁵ EDWARDS R.G., FISHEL S.B. y otros, *Factors affecting the success of in vitro fertilization for alleviating human infertility*. J. Vitro Fertil Embryo Transfer 1984; 1: 3-23; RUDAK E. y otros, *Chromosome analysis of multinuclear human oocytes fertilized in vitro*. Fertil. Steril. 1984; 41: 538-545; ANGELI R.R. y otros, *Chromosome abnormalities in human embryo after in vitro fertilization*. Nature 1983; 303: 336-338.

modo irrefutable en la fecundación in vitro y que es una de las causas del bajo porcentaje de esta técnica— ha hecho que se proponga la hipótesis de una correlación entre tales anomalías y las dosis y modalidades de administración de la GMH y del clomifen citrato³⁶. Resulta de esta manera que el porcentaje de anomalías cromosómicas en los óvulos obtenidos después de la inducción en los programas de fecundación in vitro y luego fecundados, varía en los diferentes informes: del 4 por ciento al 21-57 por ciento de aneuploidía después de la estimulación con FSH y clomifen citrato³⁷, al 28 por ciento de hiploidía sola; se da en general una incidencia total de cariotipo alterado en el 50 por ciento³⁸. Datos análogos se han obtenido en estudios realizados con animales de laboratorio³⁹.

Volviendo al GIFT, puesto que los óvulos sometidos a control, como hemos explicado, en cuanto a su grado de madurez pero no a su ordenamiento cromosómico, es posible que se vuelvan a introducir en la trompa de Falopio óvulos que presentan graves anomalías cromosómicas, con la consiguiente formación de cigotos con material cromosómico aberrante, incompatible con la vida. Esta es sólo una de las explicaciones posibles, pero ciertamente invita a reflexionar sobre las responsabilidades éticas de quien administra los fármacos para inducir la ovulación.

b) Embarazos ectópicos

Se habla de embarazo ectópico cuando el óvulo fecundado se implanta fuera de la cavidad uterina, su asiento fisiológico. En los

³⁶ BONGSO A. y otros, *Chromosome anomalies in human oocytes failing to fertilize after insemination in vitro*. Human Reprod. 1988, 3 (5): 645-649; WRAMSBY H. y otros, *Chromosome analysis of human oocytes recovered from preovulatory follicles in stimulated cycles*. New England J. Med. 1987, 316: 121-124.

³⁷ MARTIN R.H. y otros, *Chromosomal analysis of unfertilized human oocytes*. J. Reprod. Ferti. 1986, 78: 637-678; PLACHOT M. y otros, *Chromosome investigations in early life. I. Human oocytes recovered in an IVF programme*. Human Reprod. 1986, 1: 547-551; WRAMSBY H., *Ploidy in human cleavage stage embryos after fertilization in vitro*. Human Reprod. 1987, 2: 233-236.

Por aneuploidía se entiende cualquier desviación del número aploide de los cromosomas, sea de menos (hiploidía) o de más (hiperplloidía). Los individuos que presentan aneuploidía son muchas veces anormales por fisiología y por morfología y raramente sobreviven.

³⁸ WRAMSBY H., *Chromosome analysis on human...*, pp. 122-124.

³⁹ MARTIN R.H., *Comparison of chromosomal abnormalities in hamster egg and human sper pronuclei*. Biol. Reprod. 1984, 31: 819-825; MAUDLIN I., FRASER L.F., *The effect of PMSG dose on the incidence of chromosomal anomalies in mouse embryo fertilized in vitro*. J. Reprod. Fertil. 1977, 50: 275-280.

últimos años parece que este fenómeno va en aumento, de modo natural, pasando de índices de 1 por cada 80 embarazos intrauterinos (1.2 por ciento) a 1 por cada 36 (2.8 por ciento)⁴⁰. El 95 por ciento de estos embarazos ectópicos se localiza en la trompa de Falopio; y entre las condiciones que han determinado su aumento estarían⁴¹: el incremento de las infecciones de las trompas; las consecuencias yatrógenas de los medios de control de la fertilidad (por ejemplo el uso del DIU) o de la inducción de la ovulación; la utilización de nuevas técnicas de diagnóstico (por ejemplo, la salpingografía, etc.).

En todo embarazo tubárico se da una imposibilidad material de que el embarazo llegue a término, por lo cual, una vez hecho el diagnóstico, se interviene siempre con el fin de interrumpirlo, o mediante salpingectomía o con una intervención conservativa (salpingotomía, separación del huevo exprimiendo la trompa, etc.).

Con el procedimiento del GIFT el porcentaje de embarazos ectópicos, como se ve en la Tabla 1, varía del 2.5 al 8.3 por ciento, con un promedio del 5.5 por ciento aproximadamente; es decir una cifra mucho más elevada que la encontramos de modo natural, semejante a la que se advierte también la FIVET, y por tanto seguramente como consecuencia de las técnicas procreativas aplicadas⁴².

Después de una intervención de GIFT la literatura describe también casos de embarazos tubáricos bilaterales tras la transferencia de cuatro óvulos (dos por cada parte)⁴³.

Entre los factores que podrían determinar esta elevada frecuencia de embarazos ectópicos como consecuencia del GIFT podemos enumerar por lo menos tres tipos: *factores funcionales*, *factores hormonales* y *factores orgánicos*.

⁴⁰ RUBIN G.L. y otros, *Ectopic pregnancy in the United States: 1970: through 1978*. JAMA 1983, 249: 1725-1729; BERAL V., *An epidemiological study of recent trends in ectopic pregnancy*. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1975, 82: 775-782.

⁴¹ *Ectopic pregnancy and reproductive technology* (Editorial) JAMA 1988: 259 (12): 1862-1864.

⁴² AUSTRALIAN IN VITRO FERTILIZATION COLLABORATIVE GROUP, *High incidence of preterm birth and early losses in pregnancy after in vitro fertilization*. Br. Med. J. 1985; 291: 1160.

⁴³ OLIVE D.L., TAYLOR N. y otros, *Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) complicated by bilateral ectopic pregnancy*. Fertil. Steril. 1988; 49 (4): 719-720.

Para que se verifique el normal proceso de captación por parte de la trompa y la fecundación del óvulo liberado por el folículo ovárico en el momento de la ovulación, es necesario que se den una serie de requisitos: una superficie ovárica libre de adherencias; una contractilidad normal de los ligamentos tubo-ováricos; que la porción fimbrico-ampular de la trompa no abrace al ovario; una actividad normal de las células ciliares y secretivas dentro de la trompa; y una peristalsis normal de la musculatura tubárica, además, obviamente, de que la trompa misma sea viable⁴⁴.

La condición fundamental para incluir a una mujer en un programa GIFT es, como ya dijimos, que al menos una trompa sea viable: la intervención busca superar el menoscabo funcional (captación alterada del óvulo por parte de la fimbria, captación alterada por endometriosis, etc.). Puede suceder, sin embargo, que otras funciones de la trompa, que no es posible poner en evidencia ni por medio de la histerosalpingografía ni de la salpingoscopia, resulten alteradas, creando así las condiciones para que se produzca un embarazo ectópico (*factor funcional*),

También la estimulación hormonal que se lleva a efecto para inducir la ovulación parece determinar un aumento de la incidencia de embarazos tubáricos (*factor hormonal*)⁴⁵. Los elevados niveles de estrógenos como consecuencia de la administración de clomifen citrato y de GMH parecen alterar y detener en las mujeres, durante el periodo periovulatorio, el transporte del óvulo a la trompa de Falopio; esto se ha advertido claramente en diversas especies animales.

En algunas mujeres con un embarazo ectópico anterior, se ha comprobado una incidencia del 50 por ciento de patologías microscópicas en la trompa contralateral aparentemente normal. Puesto que la histerosalpingografía efectuada con anterioridad al procedimiento GIFT no está actualmente en grado de indagar sobre la histología de la mucosa tubárica, no se puede excluir que

⁴⁴ MARANA R., *Terapia chirurgica della sterilità di origine tubarica*. En MANCUSO-SGRECCIA (a cargo de), *Trattamento della...*, p. 101.

⁴⁵ MARCHBANKS P.A. y otros, *An association between clomiphene citrate and ectopic pregnancy. A preliminary report*. *Fertil. Steril.* 1985, 44: 268-279; GEMEZELL C., GULLOME J., WANG C.F., *Ectopic pregnancy following treatment with human gonadotropin*. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 1982, 143: 761-765.

este menoscabo orgánico no juegue un papel importante en la determinación de un embarazo ectópico (*factor orgánico*)⁴⁶.

Una ulterior ayuda podría tal vez aportar una técnica de reciente invención, la salpingoscopia⁴⁷, que permite explorar de modo más cuidadoso la estructura de la mucosa tubárica, y por tanto podría ofrecer indicaciones sobre qué pacientes habría que excluir del programa GIFT para evitar el riesgo de un embarazo ectópico.

Para evitar la posibilidad de dañar las trompas de Falopio con un eventual embarazo ectópico bilateral o para evitar los daños de incanulación repetida al multiplicar intentos de GIFT en la misma mujer, algunos autores proponen utilizar la transferencia monolateral de gametos. Esta técnica parece tener un porcentaje de éxito, en términos de embarazos logrados, superior al GIFT bilateral, esto es, del 57.1 por ciento⁴⁸.

En conclusión, dada la dificultad de que lleguen a término, los embarazos extrauterinos *deben agregarse al cómputo de las pérdidas fetales* en cuanto que de hecho se interrumpen espontáneamente o se producen para evitar complicaciones (hemorragias incluso mortales).

c) Embarazos múltiples

Otra complicación del GIFT es la formación de embarazos múltiples. Mientras la incidencia de embarazos bigemelares y trigemelares en la naturaleza es equivalente, respectivamente, a 1:80 (1.25 por ciento) y 1:6,400 (0.01 por ciento)⁴⁹, el porcentaje de embarazos múltiples después del GIFT, conforme a las estadísticas examinadas, va del 7.1 al 23 por ciento (Tab. 1), esto es, aproximadamente el 16 por ciento por término medio.

La posibilidad de tener embarazos bi- o plurigemelares después del GIFT depende en primer lugar de la cantidad de óvulos trans-

⁴⁶ BENDER S., *Fertility after tubal pregnancy*. J. Obstet. Gynecol. Br. Emp. 1956; 63: 400.

⁴⁷ CORNIER E., *L'ampullosalpingoscopie pre-coelioscopique*. J. Gynaecol. Obstet. Reprod. 1985, 14: 419; BROSNENS I. y otros, *Salpingoscopy: a new pre-operative diagnostic tool in tubal infertility*. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1987, 94: 768.

⁴⁸ HAINES C.J., O'SHEA R.T., *Unilateral Gamete Intrafallopian Transfer: the preferred method?* Fertil. Steril. 1989; 51 (3): 518-519.

⁴⁹ STIRRAT G.M., *Aids to Obstetric and Gynaecology*. Londres: Cgurrill Livingstone, 1987: 83.

feridos a las trompas. Puede ocurrir, sin embargo, que se dé un número de embarazos mayor del previsto (esto es, en número superior a los óvulos colocados en las trompas), y esto puede depender tanto del hecho de que un embrión pueda enfrentarse a una división gemelar, cuando del hecho de que no se hayan aspirado todos los óvulos cuya maduración se indujo⁵⁰. Y así llega a ocurrir que de modo natural estallen otros folículos y los óvulos se reúnan con los demás colocados artificialmente en las trompas, quedando luego fecundados por el esperma allí presente. Esta es la razón de que algunos autores sugieran aspirar cuidadosamente todos los óvulos cuya maduración ha sido inducida.

Examinemos ahora cuál es la actitud de la mujer y del médico una vez diagnosticado un embarazo bi-, tri- o plurigemelar consiguiente a un GIFT.

Algunas mujeres, aun tomando conciencia de las complicaciones de un embarazo plurigemelar (anemia, preeclampsia, hidramnios, parto prematuro, etc.), eligen llevarlo a término. En otros casos, cuando el médico considera arriesgado llevar adelante un embarazo plurigemelar, se recurre a un procedimiento de «reducción», practicando el aborto llamado selectivo (pero ¿quién decide qué embriones suprimir y cuáles hacer que sigan viviendo; y con qué criterios?). De este modo se les aseguraría a los embriones que quedan vivos una mayor posibilidad de supervivencia y de crecimiento, y a la madre un periodo de gestación menos arriesgado⁵¹.

A veces, finalmente, el resultado abortivo se da espontáneamente. Véase, por ejemplo, la casuística que aporta Craft⁵² resumida en la Tab. 1: de los 30 embarazos múltiples verificados como consecuencia del GIFT, seis evolucionaron en abortos espontáneos, cuatro experimentaron una reducción selectiva por parte del obstetra y cinco una reducción espontánea. Por tanto, también una parte de los embarazos incluidos en las columnas de los múltiples debe ser agregada de hecho al porcentaje de abortos y a la de los embarazos ectópicos, como ya dijimos. La «verdad»

⁵⁰ BATZER F.R. y otros, *Multiple pregnancies with Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT): complications of a new technique*. J. Vitro Fertil. Embryo Transfer 1988 n 5 (1): 35-37.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² CRAFT y otros, *Analysis of 1071 GIFT procedure...*

que se oculta tras de los números expuestos en las diversas casuísticas se puede comprender mejor observando cómo en la columna de los embarazos a término (Tab. 1) su número, en cada casuística, no resulta nunca de la sustracción del número de abortos efectuada en el de los embarazos iniciados; de estos últimos deben de hecho sustraerse también los ectópicos, los cuales presentan alguna anomalía cromosómica y/o malformaciones fetales, y parte de los múltiples; situaciones todas que desembocan inevitablemente en un aborto «espontáneo» o inducido.

Las variantes del GIFT

La mayor parte de las estadísticas examinadas se refieren al GIFT *homólogo*, esto es, realizado utilizando óvulos y espermatozoides de la pareja solicitante.

Es posible, no obstante, llevar a cabo un GIFT *heterólogo* utilizando gametos, óvulos o espermatozoides, de donadores, o un GIFT *homólogo diferido*. (utilizando gametos obtenidos y congelados con anterioridad).

Ciertos autores han propuesto utilizar el GIFT en trompas sucedáneas como variante de la fecundación *in vitro*. Formigli y colaboradores⁵³ describen, efectivamente, el caso de una mujer con grave patología tubárica bilateral, en la cual la FIVET se había intentado sin resultados. Por tal razón se intentó la asociación de dos técnicas, el GIFT y el *washing out* (o lavado uterino)⁵⁴. A las trompas de Falopio de una mujer fértil que se ofreció como voluntaria, se transfirieron seis óvulos (tres por cada parte) y los espermatozoides, procedentes todos de la pareja estéril, y se obtuvo un embarazo bigemelar. Al quinto día desde la fecundación, los dos embriones fueron extraídos mediante la técnica del

⁵³ FORMIGLI L., PAGANO M. y otros, *Surrogate human Fallopian tubes for overcoming tubal sterility*. Human Reprod. 1989; 4 (4): 416-417.

⁵⁴ BUSTER J.E., BUSTILLO M. y otros, *Biological and morphologic development of donated human ova recovered by non surgical uterine lavage*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985, 153: 211-217; CROXAT TO HB. y otros, *A simple non surgical technique to obtain unim planted eggs from human uteri*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1972, 112: 662-667.

washing out e implantados en el útero de la mujer que lo había solicitado, naciendo sucesivamente un solo niño.

Los embriones obtenidos con un GIFT sucedáneo, después del lavado uterino, podrían incluso ser congelados a la espera de otra mujer receptora.

Por lo que se refiere a las variantes del GIFT, indicamos un estudio comparativo entre mujeres⁵⁵ sometidas al GIFT 36 horas después de tener una relación sexual y mujeres sometidas al GIFT después de 48 horas de abstinencia de relaciones sexuales. Los autores han encontrado un porcentaje de embarazos en el primer grupo equivalente al 81 por ciento contra el 31 por ciento del segundo grupo. Este resultado habría que atribuirlo a una mejor capacitación de los espermatozoides en las vías genitales femeninas.

Implicaciones éticas

Al día siguiente de la publicación de la *Instrucción sobre el respeto de la vida humana y la dignidad de la procreación* emanada por la Congregación para la Doctrina de la Fe el 22 de febrero de 1987⁵⁶, se nos preguntó qué juicio moral podía derivarse de ella respecto del GIFT.

De hecho, el citado documento no se pronunciaba ni implícita ni explícitamente al respecto, y se intuía que se impusiera una suspensión del juicio, dada la novedad del método y las modalidades de ejecución que requerían ulteriores aclaraciones.

A unos tres años de distancia, ya podemos decir hoy que se han obtenido diversos datos al experimentar el GIFT, como hemos tratado de sintetizar en este análisis, y creemos que es legítimo hacer algunas reflexiones de carácter ético, a la luz de aquellos criterios o elementos de juicio bien delineados por la misma *Instrucción* al tomar en consideración las otras técnicas de procreación artificial.

⁵⁵ MARCONI G. y otros, Does sexual intercourse improve pregnancy rates in Gamete Intrafallopian Transfer? *Fertil. Steril.* 1989; 51 (2): 357-359.

⁵⁶ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto de la vida naciente y la dignidad de la procreación*, 22 de febrero de 1987; Ciudad del Vaticano: Poliglotta Vaticana, 1987.

Estos criterios son esencialmente tres:⁵⁷ 1) el respeto de la vida del embrión humano, que configura un derecho adquirido por el embrión desde el momento de la concepción; 2) la insolubilidad de las dimensiones unitiva y procreativa en el acto conyugal; y 3) la unidad del matrimonio.

La enseñanza de la *Instrucción*, que retoma los pronunciamientos del Magisterio sobre la materia⁵⁸, se basa en una concepción personalista del hombre y de la procreación humana. Concepción que no tiene sólo fundamentos teológicos, sino también válidas justificaciones éticas y racionales que la hacen proponible o al menos digna de atención incluso para los no creyentes.

⁵⁷ Citamos los estudios de algunos moralistas que se han ocupado del tema: CAFFARRA C., *La fecondazione in vitro: problemi etici*. Medicina e Morale 1985, 1: 67-71; ID., *Morale e diritto di fronte a la fecondazione in vitro*. Medicina e Morale 1985, 3: 577-582; ID., *Fecondazione invitro: considerazioni antropologiche ed etiche*. Anthropos (ahora Anthropotes) 1985, 1: 109-118; ID., *La trasmissione della vita nella «Familiaris Consortio»*. Medicina e Morale 1983, 4: 391-399; CONCETTI G. (a cargo de), *Bambini in provetta*. Roma: Logos, 1986; DI PIETRO M.L., *Tecnologie riproduttive: la posizione della Chiesa Anglicana*. Medicina e Morale 1986, 2: 388-406; LUNO A.R., LÓPEZ MONDEJAR R., *La fecondazione in vitro. Aspetti medici e morali*. Roma: Città Nuova 1986; SGRECCIA E., *Bioetica e tecnologie di fecondazione umana*, en *Manuale di Bioetica*. Milán: Vita e Pensiero, 1989: pp. 287ss.; ID. (a cargo de), *Il dono della vita*. Milán: Vita e Pensiero 1987; SGRECCIA E., DI PIETRO M.L., *Manipolazioni genetiche e fecondazione artificiale: orientamenti giuridici e considerazioni etiche*. Il Diritto di Famiglia e delle Persone 1987, 3-4: 1351-1447; SPAGNOLO A.G., *Le frontiere della riproduzione umana La Famiglia* 1986, 116: 14-26; TETTAMANZI D., *Il procreare umano e la fecondazione in vitro*, en *Bioetica, Nuove sfide per l'uomo*, Casale Monferrato: Piemme 1987, 83-104; ID., *Problemi etici sulla fecondazione in vitro e sull'embryo-transfer*. Medicina e Morale 1983, 4: 342-364; ID., *Bambini fabbricati*. Casale Monferrato: Piemme 1985; WAKEFIELD K.C., *Artful childmaking. Artificial insemination in Catholic Teaching*, St. Louis (MO): Pope John XXIII Medical-Moral Research and Educational Center, 1978.

⁵⁸ Pío XII, *Discurso a la Unión Médico-Biológica San Lucas*, 12 de noviembre de 1944, en *Discorsi e Radiomessaggi*, Ciudad del Vaticano: Poliglotta Vaticana VI (1945-1946): 181-196; ID., *Discurso a los participantes en el VI Congreso de los Médicos Católicos*, 29 de septiembre de 1949, *ibid.*, XI (1949-1950): 219-225; ID., *Discurso a las Congresistas de la Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, 28 de octubre de 1951, *ibid.*, XIII (1951-1952): 331-353; ID., *Discurso a los participantes en el II Congreso Mundial sobre la fecundidad y esterilidad humana*, 19 de mayo de 1956, *ibid.*, XVIII (1956-1957): 211-221; ID., *Discurso al VII Congreso Internacional de la Società Italiana di Ematologia*, 12 de septiembre de 1958, *ibid.*, XX (1958): 341-352; JUAN XXIII, *Encíclica Mater et Magistra*, 15 de mayo de 1961; PABLO VI., *Discurso a la Asamblea General de las Naciones Unidas*, 4 de octubre de 1965, en *Insegnamenti di Paolo VI*, Ciudad del Vaticano: Poliglotta Vaticana, III (1965): 505-523; ID., *Discurso a los participantes en el XXIII Congreso Nacional de los Juristas Católicos Italianos*, 9 de diciembre de 1972, *ibid.*, X (1972): 1260-1264; ID., *Homilía durante la Misa de clausura del Año Santo*, 25 de diciembre de 1975, *ibid.*, XIII (1975): 1564-1568; ID., *Encíclica Humanae Vitae*, 25 de julio de 1968, en *Enchiridion Vaticanum*, Dehoniane: Bologna, III (1968-1970): 280-319; JUAN PABLO II, *Audiencia General*, 16 de enero de 1980, en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, III/1 (1980): 148-152; ID., *Discurso a los participantes en el 81 Congreso de la Società Italiana di Chirurgia Generale*, 27 de octubre de 1980, *ibid.*, III/2 (1980): 1005-1010; ID., *Discurso a los participantes en la XXXV Asamblea General de la Asociación Médica Mundial*, 29 de octubre de 1983, *ibid.*, VI/2 (1983): 917-923; ID., *Exhortación Apostólica «Familiaris Consortio»*, 22 de noviembre de 1981, en *Enchiridion Vaticanum...*, VII (1980-1981): 1388-1603.

La *Instrucción* se detiene ampliamente al tratar sobre la identidad y el estatuto del embrión humano que fundamentan su derecho a la vida⁵⁹. Recientemente, además, el tema fue abordado de modo sistemático en un documento de nuestro Centro de Bioética⁶⁰.

La pregunta que nos hacemos en este momento, a la luz de los datos científicos sobre el GIFT, es la siguiente: *¿Se respeta con el GIFT el derecho fundamental a la vida del embrión humano?*

El GIFT en cuanto técnica de fecundación intracorpórea excluye, efectivamente, cualquier manipulación *directa* del embrión humano. Sin embargo, esto no nos parece suficiente para considerar *a priori* que se respetan con él absolutamente los derechos del embrión humano: hay que evaluar de modo objetivo el riesgo de aborto vinculado a la técnica.

Considerando la casuística examinada, decíamos que el porcentaje de abortos «espontáneos» indicados como tales va del 1.5 al 39.2 por ciento, con un promedio del 27.3 por ciento. En este porcentaje, no obstante, no están comprendidos los abortos precoces de embarazos clínicamente no evidenciables, ni los sobrevenidos como consecuencia de embarazos ectópicos o de interrupciones voluntarias por una finalidad eugenésica, por la presencia de un feto malformado, o por una finalidad selectiva, cuando se presentan más de uno o dos fetos.

Sacando la cuenta, el 30-40 por ciento aproximadamente de los embarazos iniciados clínicamente, y obtenidos con el GIFT, concluye en aborto; y dado que la cuota de abortos provocados, ligados a la presencia de una patología malformativa o a la selección de los embriones, es bastante reducida, hay que concluir que nos encontramos ante una abortividad «espontánea» un 15 por ciento más alta que la abortividad espontánea que se hubiera dado naturalmente. Más difícil es hacer cuentas de todas las concepciones que no tienen tiempo de manifestarse clínicamente (porque se

⁵⁹ Cfr. toda la parte I. Cfr. también el artículo que publicamos en la pág. 39. En él se consideran y rebaten en el plano biológico, antropológico, ético y jurídico muchas de las objeciones que se ponen al reconocimiento de la identidad y el estatuto del embrión humano.

⁶⁰ TETTAMANZI D., *La cura della sterilità: aspetti etici*. En MANCUSO-SGRECCIA (a cargo de), *Trattamento della...* pp. 207-208.

interrumpen antes de la cuarta semana); pero es de suponer que la mortalidad embrional deberá ser todavía mayor.

Volviendo a la diferencia en el plano ético entre la muerte natural de los embriones y su muerte después de haberlos puesto en condiciones de comenzar a vivir, debemos considerar que un porcentaje mayor o menor de abortos no puede ser adoptado como criterio de aceptabilidad ética. De hecho, admitiendo que el porcentaje de abortividad después del GIFT fuera equivalente (aunque hemos visto que es superior) a la abortividad después de una concepción natural —justificación ésta que muchos autores aducen para considerar que actúan de acuerdo con la naturaleza—, esto no confiere al hombre ningún derecho de reproducir el evento de selección natural por el que se implantan y se desarrollan sólo los embriones que tienen mayor vitalidad y que han encontrado un ambiente más propicio.

Es cierto, sin embargo, que los abortos que sobrevienen después del GIFT no son directamente provocados, porque la intención del que interviene, médico o biólogo, es que la técnica dé resultado, pero éstos son siempre queridos y no simplemente padecidos, en cuanto que el equipo médico ha puesto en práctica un método cuyos límites y porcentajes de resultados ya conocía antes⁶¹.

Para poder reducir —o mejor, anular (puesto que el respeto al hombre implica que ni siquiera un embrión debe ser puesto en peligro)— el porcentaje de abortos después del GIFT, se necesitaría, por una parte, eliminar todos los factores (como por ejemplo, la elevada incidencia de patologías cromosómicas, como consecuencia de la hiperestimulación ovárica; la asincronía de desarrollo del embrión y el endometrio; las causas que pueden propiciar un embarazo tubárico) y, por otra parte, hacer que la mujer aceptara al feto, incluso aunque estuviera gravemente malformado, o todos los embriones que hubiera concebido.

¿Y mientras tanto? Si lo dicho hasta ahora puede ser convalidado por análisis sucesivos, la conclusión lógica, en la perspectiva del respeto de la vida del embrión, debería ser la de no persistir en una técnica responsable de una pérdida tan relevante de embriones humanos, sólo en espera de resultados mejores, si es que tales resultados llegan a darse.

Conclusiones

Los datos de la literatura científica sobre el GIFT, analizados críticamente en relación a su significado real, nos llevan a concluir que, si bien con esta técnica no existe una manipulación directa del embrión, su integridad corre gran peligro y de hecho no queda salvaguardada. A nuestro parecer, falla por tanto uno de los argumentos principales que podría esgrimir quien quisiera considerar al GIFT más éticamente aceptable que la FIVET, en cuanto que «no manipula embriones». Depositar los embriones dentro de la trompa, en vez de en una probeta, comporta únicamente el hecho de que se «permanece en la duda» acerca del número exacto de todos los embriones que han comenzado a tener vida hasta que aquellos que logran llegar a la cuarta semana se hacen «sentir» clínicamente. El no saber nada de lo que pasa en esas cuatro semanas anteriores no puede dejar con la conciencia tranquila al hombre de ciencia honesto, que sabe lo que implica crear las condiciones para que dos gametos, el masculino y el femenino, puedan encontrarse, y el acontecimiento tan grande que sigue de ese momento en adelante.

Y también desde la fase de la evidencia clínica y hasta que los embriones nazcan, su recorrido está condicionado por los factores «ambientales» que el técnico ha determinado y que excluyen equiparar esta situación con la que determina la naturaleza.

Pero no es sólo el aspecto de la salvaguarda del embrión —aunque sea el más importante— lo que suscita perplejidad en el GIFT: el respeto de la estructura objetiva del acto conyugal, la función de ayuda o de sustitución desempeñada por el técnico, la unidad del matrimonio mismo, son puntos que merecen un profundo análisis antes de poder formular un juicio; y también para estos interrogantes el conocimiento de las fases técnicas podrá ofrecer una valiosa aportación. Este será el objeto de una sucesiva reflexión.

De momento, hemos querido aquí poner las bases, con un tema concreto, para ver cómo un meta-análisis de los trabajos científicos puede representar un instrumento apropiado para abordar también los temas de la bioética. Queda por definir mejor las opor-

tunas adaptaciones metodológicas a fin de objetivizar al máximo sus conclusiones en el plano ético, sobre todo en lo concerniente a la conexión entre meta-análisis de los hechos, interpretación antropológica y conclusión ética, adaptaciones a las que aludíamos sintéticamente en la premisa.

Identidad y estatuto del embrión humano

Centro de Bioética de la Universidad del Sgdo. Corazón, Roma

Una de las cuestiones más debatidas actualmente en el campo de la bioética es la de la identidad del embrión humano. El Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, en Roma, trabajó durante dos años en un estudio interdisciplinario sobre el tema. A continuación publicamos sus conclusiones.

1. El Comité Directivo del Centro de Bioética de la Universidad Católica ha manifestado ya, en un documento precedente, su postura a propósito del diagnóstico prenatal. Las sesiones de estudio correspondientes al curso 1988/89 trataron de desarrollar una reflexión interdisciplinaria sobre la identidad, el estatuto y la tutela moral y jurídica del embrión humano. Este tema, autorizadamente delineado en la primera parte de la *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* del 22 de febrero de 1987 (*Donum Vitae*) subyace en muchos de los problemas debatidos en bioética, aparte del de la interrupción voluntaria del embarazo. En efecto, las implicaciones que comportan algunas de las técnicas de procreación artificial, la experimentación con embriones y fetos, la obtención a partir de éstos de células o tejidos para injertos o trasplantes, el diagnóstico prenatal y las terapias intrauterinas, plantean el problema de la protección del embrión humano y exigen que previamente se esclarezca este punto crucial. Por otra parte, el debate cultural que se está llevando a cabo en diversos encuentros y reuniones calificadas, así como el debate jurídico entablado en los Parlamentos de muchos países y las asambleas de diversos Organismos internacionales, confirman la actualidad y la urgencia del tema, ante las decisiones que se deberán tomar en el campo de la ley y del derecho.

Aparte de esta motivación histórica, el tema en sí mismo cuestiona la comprensión que el hombre tiene de sí, de su responsabili-

dad para con los que van a nacer, y de los derechos humanos de igualdad y de no discriminación reconocidos internacionalmente a todos los individuos humanos.

La reflexión de los componentes del Comité Directivo del Centro prestó particular atención a los aspectos biológico, filosófico, jurídico, psicológico, ético y teológico.

Ciertamente, las ciencias humanas e históricas pueden proporcionar otros puntos de vista, pero nos pareció que los aspectos elegidos son los más sobresalientes en el debate actual.

El Comité Directivo decidió, pues, condensar el resultado de sus reflexiones en el presente documento, también con la finalidad de ofrecer una oportunidad para el diálogo y una ulterior profundización.

2. Cualquier persona humana puede plantearse la pregunta: ¿cuándo comencé yo a existir?

Componente esencial del yo humano es la «corporeidad». De ahí que empiece a «ser» cuando comienza a existir su cuerpo. La primera pregunta que se debe responder es: ¿cuándo empezó a existir mi cuerpo? A este interrogante la biología da una respuesta capital. En efecto, si desde un punto de vista fenomenológico se busca retroactivamente ese momento —es decir, se recorre hacia atrás el proceso biológico desarrollado desde el momento en que me planteo la pregunta hasta el instante en que mi corporeidad apareció en el universo— y se tiene en cuenta que, según una ley inexorable conquistada ya por la ciencia, todo organismo se forma gradualmente, se debe afirmar espontáneamente que *mi cuerpo comenzó a existir en el momento de la fusión de los gametos*, uno del padre y el otro de la madre, de quienes soy hijo.

Esta observación, por demás elemental, ha constituido desde siempre un hecho aceptado como verdad evidente, incluso cuando no se sabía nada de embriología ni de los mecanismos que rigen la formación de un nuevo ser humano. Más aún, puede afirmarse que, precisamente en esta común observación fenomenológica, se basa quien realiza la fecundación *in vitro* y pretende dar, desde el momento mismo en que produce el cigoto, un «hijo» a los padres que lo solicitan; hijo que, cuando llegue al estadio de 4 u 8 células,

será trasladado al útero materno, donde continuará el proceso del desarrollo corpóreo.

Contra esta convicción común se han levantado algunas objeciones que parecen apoyarse en ciertos datos embriológicos.

Nos parece, sin embargo, que los conocimientos actuales en el campo de la embriología y de la genética del desarrollo de los mamíferos en general, y del hombre en particular —necesariamente parciales y siempre sujetos a posteriores interpretaciones y controles— proporcionan una prueba a favor de la inducción elemental realizada por la observación común. La exigencia de brevedad del presente documento nos obliga a indicar solamente dos grupos de datos. Nuestra convicción se basa en un análisis profundo de los mismos.

El primer grupo de datos procede del estudio del cigoto y de su formación. De ahí resulta que en el proceso de fertilización, apenas el óvulo y el espermatozoide —dos estructuras celulares con diferente programa teleológico— se interaccionan entre sí, inmediatamente empieza un nuevo sistema, que tiene dos características fundamentales:

a) El *nuevo sistema* no es una simple suma de dos subsistemas, sino un todo combinado que, apenas los dos subsistemas han perdido su individuación y autonomía, comienza a actuar como una «nueva unidad», intrínsecamente determinada para alcanzar su forma definitiva específica, si se dan todas las condiciones necesarias. De aquí la terminología clásica todavía en uso de «embrión unicelular» (*one-cell embryo*).

b) Esta nueva unidad cuenta con un centro biológico o estructura coordinadora constituida por el «nuevo genoma», es decir, los grupos moleculares —visiblemente reconocibles a nivel citogenético en los cromosomas— que contienen y conservan la memoria de un diseño-proyecto bien definido, el cual posee la «información» esencial y necesaria para su realización gradual y autónoma. Este «genoma» identifica como biológicamente «humano» al embrión unicelular y especifica su individualidad. Además, confiere al embrión enormes potencialidades morfogenéticas; potencialidades que el mismo embrión irá poniendo en acto gradualmente a lo largo de su desarrollo, a través de una interacción continua con su

ambiente, tanto celular como extra-celular, del que recibe señales y materiales.

El segundo grupo de datos se deriva del examen del desarrollo del embrión unicelular; examen realizado amplia y profundamente en laboratorio en mamíferos, y totalmente aplicable al embrión humano, no sólo por analogía sino aplicando también muchos otros conocimientos adquiridos. En efecto, de los datos actualmente disponibles se desprende claramente que, a partir del embrión unicelular, y siguiendo una secuencia de cambios —que determinan las líneas celulares y la diferenciación de los tejidos, acompañados y/o seguidos de transformaciones morfogénicas— se llega a la formación del organismo completo. Subrayamos tres importantes propiedades biológicas que caracterizan este proceso de desarrollo:

a) *Coordinación*. En todo el proceso, desde la constitución del cigoto hasta el final, se da una sucesión de actividades moleculares y celulares dirigidas por la información contenida en el genoma y controladas por las señales producidas por la múltiple e incesante interacción, a cada nivel, dentro del mismo embrión, y entre éste y su ambiente. Precisamente esta dirección y control son los responsables de la producción, rigurosamente coordinada, de miles de genes estructurales, lo cual implica y confiere una compacta unidad al organismo que se desarrolla en el espacio y en el tiempo.

b) *Continuidad*. El «nuevo ciclo vital» que se inicia con la fertilización, prosigue sin solución de continuidad, si se cumplen las condiciones requeridas. *Cada uno de los acontecimientos* —por ejemplo: la multiplicación celular, la determinación celular, la diferenciación de los tejidos y la formación de los órganos— aparecen lógicamente en pasos sucesivos. Pero el *proceso* que forma en sí el organismo es continuo. Se trata siempre de un mismo individuo, que va adquiriendo su forma definitiva. Si en algún momento este proceso se interrumpiera, se produciría la «muerte» del individuo.

c) *Gradualidad*. Ley intrínseca de formación de un organismo pluricelular es que éste adquiera su configuración definitiva pasando de formas más simples a formas cada vez más complejas.

Esta ley de la gradualidad implica que, durante todo el proceso, desde el estadio unicelular en adelante, el embrión conserve su propia identidad e individualidad.

El examen científico de estos dos grupos de datos conduce a una idéntica conclusión, de la que, siguiendo la lógica biológica, no parece que exista escapatoria, es decir: que, en el momento de la fusión de los gametos, una «nueva célula humana», dotada de una nueva estructura informativa, empieza a actuar como una unidad individual que tiende a la completa expresión de su dotación genética, comportándose como una totalidad en constante y autónoma organización hasta la constitución de un organismo humano completo. Esta «nueva célula humana» es, por tanto, un «nuevo individuo humano», que «empieza su propio ciclo vital» y que, cumplidas todas las condiciones internas y externas necesarias y suficientes, se desarrolla gradualmente, poniendo en acto sus inmensas potencialidades según una ley ontogenética y un plan unificador intrínsecos.

Consideramos, por tanto, que no es conforme con una correcta lógica biológica el fijar —como se insinúa a veces— el momento del inicio del individuo humano en el día 15 después de la fecundación, es decir, cuando resulta visible la «estría primitiva» y es imposible ya una separación gemelar; o retrasarlo hasta la octava semana, cuando aparece evidente, aunque en miniatura, la forma completa del organismo; o retrasarlo aún más, hasta que esté formada la corteza cerebral.

Respetamos el esfuerzo llevado a cabo para elaborar tales opiniones, con el deseo de buscar la verdad sobre el inicio de un individuo humano. Pero los argumentos en los que se apoyan, examinados detenidamente, no bastan para probar tal postura ni para invalidar la conclusión que hemos propuesto.

3. La conclusión que se deriva de los datos de que dispone hoy la biología es que, desde el momento de la fecundación, el embrión es un individuo humano que inicia su ciclo vital.

La tarea de profundizar ulteriormente en la cuestión corresponde a la reflexión filosófica. Asumiendo el dato biológico en toda su extensión, debe esclarecer la relación entre la conclusión

biológica y el concepto de individuo humano entendido en toda su totalidad y, al mismo tiempo, explicar la vinculación que existe entre el periodo de la vida embrional y la constitución de la personalidad plenamente desarrollada.

Esta reflexión nos permite superar cualquier disociación entre el componente «biológico» y el componente «sociopsicológico» de la persona y, consiguientemente, entre el aspecto «ontológico» y el aspecto «fenomenológico» de la persona misma.

La primera proposición que proporciona la reflexión racional es que el embrión humano no es pura potencialidad, sino una sustancia viva e individualizada.

Ciertamente, como todas las sustancias vivas, el embrión humano es un ser cuyo principio de desarrollo y de cambio reside en el interior de la misma sustancia. Precisamente el desarrollo del embrión está determinado por el propio principio interno, y no por el de un ser externo, como por ejemplo el de la madre. Se demuestra entonces como equívoca y engañosa la afirmación según la cual el embrión sería un hombre en potencia: el embrión es en potencia un niño, un adulto, un anciano, pero no es un individuo humano en potencia: lo es ya en acto. El óvulo, como el espermatozoide, es «en potencia» un individuo humano, y sólo si no se unen entre sí, el óvulo sigue siendo óvulo y el espermatozoide sigue siendo espermatozoide. Sin embargo, el cigoto es ya un individuo humano en acto, y desarrolla su propio programa interno que, en cuanto tal, es ya completo, suficiente, individualizado y capaz de actualizarse a sí mismo, siempre y cuando se den las condiciones necesarias para el desarrollo.

Por tanto, antes de la fecundación, el espermatozoide y el óvulo poseen una mera posibilidad de constituirse en un sistema y en una entidad unificada. El cigoto, sin embargo, es un individuo dotado de vida propia, con la propia identidad que le confiere la posesión de un único principio sustancial unificador.

Es obvio que para su desarrollo físico y cultural, el embrión necesita el ambiente externo, físico y cultural. Pero tales estímulos ambientales los asimila según su propia ley de desarrollo, exactamente igual que lo hace un niño o un adulto. El salto cualitativo, esencial, se produce cuando dos sustancias, entre las que existe

una mera relación externa (los gametos), pasan a formar una única sustancia (el cigoto). Este salto se da en la fecundación: ni antes ni después. Solamente en el mismo instante de la fecundación, o concepción, empieza a existir y existe de hecho un hombre.

La «unidad» sustancial del cigoto revela una «continuidad» sustancial en su desarrollo, precisamente porque el principio del crecimiento y del cambio es inherente a la misma sustancia. No puede hablarse, por tanto, de existencias diversas y sucesivas de un mismo embrión vivo, y así lo confirman plenamente los datos experimentales y embriológicos. El mismo sujeto, al desarrollarse, conserva en cada fase sucesiva una unidad ontológica con la fase precedente, sin solución de continuidad.

Siguiendo la lógica racional, de esta verdad se debe concluir que hay una individualidad única que, una vez nacida, es reconocida por todos como poseedora de la cualidad y dignidad de persona humana.

La unidad que existe a lo largo de todo el desarrollo del individuo humano, desde la fecundación hasta la muerte, no es simplemente una continuidad biológica, sino que se trata de la unidad de todo el ser, corpóreo y espiritual, aunque la formación y la maduración del individuo se realicen progresivamente tanto en el plano somático como en el espiritual. El inicio de esta maduración, y de la relación entre corporeidad y espiritualidad de un sujeto único, no puede distinguirse del que señala el comienzo de una vida biológicamente individualizada.

El hecho de que, desde un punto de vista psicológico y social, la persona humana haga realidad su personalidad en un largo proceso de relaciones y aportaciones culturales no excluye, sino que al contrario exige que, desde un punto de vista ontológico, el individuo humano posea ya desde el inicio de la vida embrional aquello que le permite realizar su personalidad y, por tanto, exija que le sea reconocido el respeto debido a la persona.

En consecuencia, desde el punto de vista de la realidad ontológica, se debe reconocer y atribuir la dignidad de persona a todo individuo humano desde el momento de la fecundación. En este sentido, no se ve cómo podría subsistir un individuo humano que no fuera, por lo mismo, también persona.

Cuando se habla de persona en el lenguaje común, se piensa con frecuencia en un ser determinado e inteligente: en una realidad singular individualizada en un cuerpo; en una tradición histórica y como tal única, irrepetible; en una subjetividad que, precisamente por su individualidad, es al mismo tiempo conciencia capaz de abrirse a lo universal y, por tanto, a los valores, a los significados de la existencia. En definitiva: la persona como autoconciencia, libertad «orientada de sentido», como «mirada sobre el mundo». De este modo se configura una visión del hombre que podríamos calificar como completa y madura. Nos preguntamos, entonces, qué relación hay entre el cigoto y el hombre que se manifiesta en su plenitud personal.

Para dar una respuesta se requiere clarificar la noción y concepto de «fin». El fin de un ente es aquello para lo cual ese ente existe, se estructura en su desarrollo y madura en su realización. El fin explica la existencia de un ente determinado y revela su porqué y su sentido. Al mismo tiempo, todo esto implica también que el fin no esté simplemente al final, sino que se halle presente desde el comienzo del desarrollo como causa orientadora de ese ser. Que al inicio no se entrevea el fin en toda su plenitud, no autoriza en modo alguno a excluirlo de la realidad en ese primer momento de la existencia: si no estuviera presente con su función orientadora desde el comienzo, no existiría ninguna posibilidad de plenitud, y ese ser no sería en absoluto lo que es ni antes ni después. Estas mismas consideraciones deben aplicarse al valor y a la dignidad ontológicos de ese ser: uno y otra no son acontecimientos puramente conclusivos, sino que le afectan desde el primer momento de su constitución; le caracterizan desde el inicio, precisamente porque pertenecen a su destino esencial.

En conclusión, el estudio de estos dos aspectos, tanto el razonamiento apoyado en la unidad de desarrollo del ser humano ya en el momento de la fecundación —unidad basada en el principio sustancialmente unificador del mismo desarrollo que excluye cualquier antropología dualista—, como la reflexión basada en el concepto de fin o «telos» orientador de la maduración del ser humano, llevan a concluir que el inicio de la vida individual es al mismo tiempo, para el hombre, inicio de su vida personal.

4. Si se reconoce al embrión humano como individuo humano, con la cualidad y dignidad propias de la persona humana, consiguientemente debe reconocerse el deber de su protección jurídica.

El primer principio que ha de aplicarse al embrión humano es el que se refiere al derecho fundamental de todo hombre a la vida y a la integridad física y genética.

Por tanto, deben hacerse extensivas al embrión humano las garantías reconocidas a los niños, a los enfermos, a los minusválidos físicos y mentales.

No se trata tanto de configurar un derecho especial, como de aplicar el derecho común a un caso particular. En consecuencia, y análogamente a lo que vale para el hombre ya nacido, debe sancionarse en primer lugar el derecho del hombre que va a nacer a la vida y a la salud, y la prohibición, con la correspondiente tipificación penal, de realizar sobre el embrión cualquier acción que, en su conjunto, no vaya dirigida en beneficio del mismo embrión. La vida del embrión humano, al igual que la del hombre ya nacido, debe ser considerada inviolable y no instrumentalizable para un fin externo, ni siquiera para la investigación experimental científica o médica, ni para proporcionar células o tejidos destinados a uso farmacológico o de trasplante, ni para la producción (clonación o quimeras) de otros seres humanos. Las legislaciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo, aunque implícitamente reconozcan en abstracto la dignidad humana del embrión, de hecho han renunciado al deber de asegurarle una protección adecuada.

Un segundo principio, que debe inspirar a toda legislación sobre nuestra materia, es el principio de la familia: debe reconocerse y sancionarse, para el concebido o para aquel que va a ser concebido, el derecho de ser llamado a la existencia en el contexto de un auténtico vínculo familiar.

5. La misma psicología, especialmente la que se interesa por la problemática social, proporciona observaciones interesantes para entender los significados que entretienen el ser humano desde su concepción. En efecto, el embrión no sólo vive una vida, sino que también es vivido como sujeto por parte de otras vidas preexistentes.

tes a él, en un entramado de relaciones marcadas culturalmente con valencias y significados subjetivos. Se puede así destacar que el embrión humano, incluso antes de nacer, de pensar y de hablar, ha sido ya pensado y expresado en el lenguaje —«ha sido hablado»— como un sujeto significativo que pertenece al grupo social.

En esta perspectiva, es evidente que la misma cultura, en cuanto característica propia del hombre, compromete al ser humano desde el momento de su concepción.

6. *¿Qué comportamiento se debe adoptar, desde el punto de vista ético, respecto del embrión humano?*

A la ciencia ética le corresponde dar a esta pregunta una respuesta elaborada críticamente y, por tanto, razonada. Al desempeñar esta misión, la ciencia ética acoge, por una parte, los resultados logrados por otras ciencias humanas, empezando por la biología; por otro, los toma en cuenta a la luz de su propia «especificidad» científica, y por consiguiente con criterios de análisis y valoración propios.

De acuerdo con las exigencias de la racionalidad humana (por tanto, independientemente también de la Revelación, a la cual se remite la «teología moral»), el comportamiento con el embrión humano sería moral sólo si, y en la medida en que es conforme con la naturaleza o identidad propia del embrión humano, es decir, si la respeta y nunca la contraría. Y puesto que la «naturaleza» o identidad propia del embrión es la de una persona humana, el comportamiento con el embrión humano será moral sólo si, y en la medida en que considera y trata al embrión humano como una persona humana, como cualquier otra persona humana. Más aún: puesto que el embrión es persona humana desde la fecundación, semejante comportamiento debe ser observado a partir del momento mismo de la fecundación del embrión humano.

Esta conclusión se saca con plena justificación de los elementos científicos y racionales expuestos.

Pero a pesar de la solidez de la misma, algunos sostienen que el embrión humano no es persona desde el momento de la fecundación. Sin embargo, es particularmente importante destacar que

la ciencia ética, para exigir el comportamiento antes indicado (considerar y tratar al embrión humano como una persona humana, como a cualquier otra persona humana, desde su fecundación), no necesita tener la *certeza* absoluta de que el embrión humano es persona humana desde la fecundación, certeza que algunos podrían negar o de hecho niegan. La sola *duda* acerca de la identidad personal, fruto de la concepción, es suficiente para estar moralmente obligado a adoptar el *comportamiento más seguro*, que evite por tanto cualquier riesgo o peligro para la persona humana. En efecto, la moral exige no sólo que no se realice un acto ciertamente malo, sino incluso un acto *probablemente* malo. En realidad, actuar con la duda de que el fruto de la concepción es o no una persona humana, comporta exponerse al riesgo de suprimir un ser humano: en tal caso estamos ante un desorden moral.

A la luz de este principio ético, se comprende por qué la Iglesia católica, mientras por una parte ha dejado —y deja todavía— libertad para discutir sobre la cuestión teórica de la animación espiritual (inmediata o retardada), por otra parte ha mantenido siempre con claridad y firmeza el deber moral de comportarse con el embrión humano —desde su concepción— del mismo modo que con una persona humana: la discusión se sitúa a nivel teórico, no práctico. Por este motivo, en la «Declaración sobre el aborto provocado» de la Congregación para la Doctrina de la Fe (18 de noviembre de 1974) se lee: «Por lo demás, no es incumbencia de las ciencias biológicas dar un juicio decisivo acerca de cuestiones propiamente filosóficas y morales, como son la del momento en que se constituye la persona humana y la legitimidad del aborto. Ahora bien, desde el punto de vista moral, esto es cierto: aunque hubiese duda sobre la cuestión de si el fruto de la concepción es ya una persona humana, es objetivamente un pecado grave el atreverse a afrontar el riesgo de un homicidio. “Es ya hombre aquel que está en camino de serlo” (Tertuliano, *Apologeticum*, IX, 8)» (n. 13). Posición que fue recientemente reafirmada por la Instrucción *Donum Vitae*: «El Magisterio no se ha comprometido expresamente con una afirmación de naturaleza filosófica, pero repite de modo constante la condena moral de cualquier tipo de aborto procu-

rado... Por tanto, el fruto de la generación humana desde el primer momento de su existencia, es decir, desde la constitución del cigoto, exige el respeto incondicionado que es moralmente debido al ser humano en su totalidad corporal y espiritual. El ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante mismo de su concepción, y por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de la persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida» (I, 1).

Se trata de un principio fundamental y universal, a partir del cual la ciencia ética, con rigor lógico, concluye una serie de principios particulares. Resulta necesario detenerse en dos de ellos: el primero se refiere a la *intervención terapéutica*, el segundo a la *intervención experimental*..

—En las mismas condiciones que para cualquier otra persona humana y con una específica atención a la situación propia de la vida embrional/fetal, debe considerarse lícita toda intervención encaminada al cuidado y a la curación, y más todavía a la supervivencia individual, del embrión humano. Esta licitud depende no sólo de la finalidad terapéutica sino también de la modalidad concreta de la intervención: por una parte, debe respetar la vida y la integridad del embrión y no suponer para él riesgos desproporcionados; por otra, ha de obtenerse el consentimiento libre e informado de los padres, según las normas deontológicas previstas para los niños.

—Si se trata de una intervención experimental (diversa de una experimentación claramente terapéutica), se debe distinguir entre el embrión *todavía vivo* y el embrión *muerto*. Sin duda alguna es gravemente ilícita la experimentación con el embrión vivo, tanto si es viable como si no lo es: por su misma naturaleza constituye una «instrumentalización» del embrión humano, que se ve reducido a «objeto». «Utilizar el embrión humano o el feto como objeto o como instrumento de experimentación, es un delito contra su dignidad de ser humano, que tiene derecho al mismo respeto debido al niño ya nacido y a toda persona humana» (*Donum Vitae*, I, 4). En cambio, el caso del embrión o del feto muerto, tanto si ha sido por aborto voluntario como si no, es idéntico al de cualquier

otro ser humano muerto: «En particular, no pueden ser objeto de mutilaciones o autopsia si no existe seguridad de su muerte y sin el consentimiento de sus padres o de la madre. Se debe salvaguardar, además, la exigencia moral de que no haya habido complicidad alguna en el aborto voluntario, y de evitar el peligro de escándalo. También en el caso de fetos muertos, como cuando se trata de cadáveres de personas adultas, toda práctica comercial es ilícita y debe ser prohibida» (Ibíd.).

La reflexión ética puede llevarse a cabo no sólo a la luz de la razón humana (ética natural), como acabamos de exponer, sino también a la luz de la Revelación de Dios y, por tanto, a la luz de la fe (teología moral). *En clave propiamente teológica* hay algunas verdades que iluminan más o menos directamente, con una perspectiva original, la doble cuestión de la identidad humana y personal del embrión y del comportamiento que se ha de tener con él.

La primera verdad es la del «reinado de Dios», Creador y Padre, sobre la vida humana; reinado que consiste en el «don» de la vida: y no solamente de la vida ya nacida, sino también de la vida humana que está todavía en el seno materno (cfr. Jer 1, 4-5; 2 Mac 7, 22-23; Job 10, 8-12; Sal 22, 10-11; 71, 6; todo el salmo 139).

La segunda verdad se refiere al origen creado de toda persona humana: «En el origen de toda persona humana hay un acto creador de Dios: ningún hombre viene a la existencia por azar, sino que es siempre objeto del amor creador de Dios» (Juan Pablo II, Discurso del 17 de septiembre de 1983). De ahí la pregunta que inevitablemente cada cual (cada «creyente») puede y debe hacerse: *écuándo* me creó Dios? La respuesta racionalmente válida sólo puede ser una: Dios me creó al inicio de mi ser, es decir, en el instante mismo de mi concepción, pues es imposible que algún momento de mi existencia no haya sido objeto del acto creador de Dios. En este sentido, la tradición cristiana, reiterada una vez más por el Concilio Vaticano II, presenta la «procreación», es decir, el acto procreativo humano, como una cooperación con el amor creador de Dios (cfr. *Gaudium et Spes*, n. 50).

La tercera verdad, que constituye el culmen de la Revelación, se refiere a la Encarnación del Verbo: el Hijo eterno de Dios posee la

naturaleza humana, nuestra misma naturaleza humana (cfr. Jn 1, 14). Una vez más se plantea la pregunta ¿desde cuándo posee una naturaleza humana el Hijo de Dios? Y la respuesta racionalmente válida no puede ser otra que la siguiente: desde su comienzo en el tiempo, es decir, desde su concepción en el seno de la Virgen Madre de Dios. Tiene especial interés para la reflexión teológica el siguiente texto de la Carta a los Hebreos: «Por esto, *entrando en el mundo*, Cristo dice: No has querido ni sacrificio ni ofrenda; sin embargo, me has preparado un cuerpo...» (Heb 10, 5ss.).

Sexualidad y persona: los valores éticos*

Lino Ciccone**

Premisa

Cuando se habla de sexualidad en sus aspectos socio-culturales, e incluso biológicos, psicológicos y sanitarios, se puede estar seguro de encontrar una audiencia atenta y receptiva. Esto por parte de todos, pero muy especialmente por parte de los adolescentes y los jóvenes.

Muy diversa suerte corre el razonamiento sobre los aspectos éticos. La reacción más difundida es la de molestia e intolerancia. Es verdaderamente singular las vicisitudes que se han verificado en el curso de las últimas décadas en los países occidentales sobre este punto: de una situación en la que la moralidad —es decir, la distinción motivada entre el bien y el mal— ocupaba un lugar privilegiado en el ámbito de los comportamientos en el campo sexual, se ha pasado a una situación en la que este campo se ha vuelto una especie de *zona franca*, carente de toda valoración moral, *más allá, o más acá, del bien y del mal*. La única exigencia ética que ha sobrevivido, aún bastante reconocida, es el excluir la violencia, esto es, no obligar a a nadie a sufrir, o tener que llevar a cabo, actos sexuales; pero incluso esto se considera reprochable no porque se oponga a algún valor y su relativa moral que regule la actividad sexual, sino porque viola la libertad de la persona.

Esta *des-etización de la sexualidad*, por lo demás, es la lógica consecuencia del proceso de privatización y banalización de la sexualidad, que ha venido extendiéndose incluso entre las masas, gracias especialmente a la difusión de una mentalidad más o menos inconscientemente inspirada en la cultura radical. El vacío

* Relación presentada en el 5º Curso Residencial de Bioética, Piani di Falzarego (BL), 25-30 de agosto de 1989. El texto será publicado también en el volumen de las actas, actualmente en prensa, bajo la coordinación del Centro de Iniciativa Cultural de la Universidad Católica del Sgdo. Corazón (Bologna), con el título: *Sexualidad y persona. Presupuestos bioéticos de la educación sexual*.

** Profesor de Teología Moral en el Colegio Alberoni, Piacenza.

de valores verdaderos, creado en muchos ambientes de esta cultura, en un terreno ya empobrecido por un materialismo hedonista, ha llegado también a la sexualidad, que implica a todos en el plano de la vida ordinaria, o de lo *cotidiano*.

Esta especie de desertización (desierto de valores) en el campo sexual no puede dejar de preocupar seriamente, sólo con que se reflexione en que en ese campo hunde sus raíces la vida de todo ser humano, y que en él se llevan a cabo y desarrollan las experiencias humanas más profundamente comprometidas, como son el amor, la paternidad y la maternidad.

El razonamiento ético, en cuanto se hace principalmente sobre los valores que hay que descubrir y proponer, en la sexualidad humana, resulta, por tanto, más que nunca urgente y de vital importancia. Visto en la perspectiva de la educación, no puede sino parecer central, si se quiere ofrecer a las jóvenes generaciones una ayuda válida para salir del desierto, o mejor, para devolver la vida al desierto que ha invadido hasta el terreno de las fuentes mismas de la vida.

No es una tarea fácil, sin embargo. No pretendo aquí llevarla a cabo con una intervención en un curso de Bioética. Espero sólo lograr ofrecer alguna idea válida en la dirección acertada.

Mi exposición se desarrollará en dos partes:

I. Los valores éticos que comporta la sexualidad humana en su integralidad, es decir, como dimensión de la persona. Algunos la llaman «sexualidad general». En mi exposición la llamaré simplemente sexualidad, sin adjetivos.

II. Los valores éticos percibidos en la «sexualidad genital», y más precisamente su manifestación en el acto sexual.

I. Valores éticos de la sexualidad

Sexualidad y persona: algunos conceptos preliminares

Es sabido que *durante milenios* la reflexión sobre la sexualidad humana descubrió en ella *un único verdadero valor: el procreativo*. También la teología moral católica hizo de este valor el único polo

de referencia para establecer la valencia ética de todo comportamiento sexual. La integridad biológica, o el ser «*aptus ad proles generationem*», era, para el acto conyugal, la condición indispensable, y por así decir suficiente, para su sustancial licitud¹. Pero hay que reconocer que ésta era la única tesis defendible, dado que el único valor percibido en la actividad sexual era la procreación.

A su vez esta concepción era lógica consecuencia de la sexualidad, reducida (con una reducción inconsciente) a genitalidad.

El descubrimiento de otros valores fue posible sólo sobre la base de una *diversa concepción de la sexualidad*, esto es, la que la ve en su realidad de *dimensión de la persona*. Como se sabe, el mérito principal de este avance hay que atribuirlo a Freud, aun cuando, por otro lado, la concepción reductiva del hombre, elaborada por Freud, amenazaba con empobrecer la nueva concepción de la sexualidad. Los descubrimientos, más adelante, de la biología confirmaron en cierto sentido y complementaron esta concepción, mostrando cómo la sexualidad marca profundamente a todo hombre y a toda mujer en cada una de las miles de células del cuerpo humano, y en las características de cada órgano y de cada función.

La sexualidad aparece así como uno de los constitutivos de la persona vista no en su definición conceptual, sino en su realidad concreta. Particularmente afortunadas, a este respecto, son las afirmaciones de algunos recientes documentos del Magisterio eclesial. Recuerdo ahora algunos. Ante todo, la declaración *Persona Humana* sobre algunas cuestiones de ética sexual, de la

¹ Esta posición se advierte en todos los Manuales clásicos de Teología Moral, salvo alguna rara excepción. Puede ser útil un ejemplo. Lo tomo de la reconocida obra de CAPPELLO F.M., *Tractatus canonico-moralis de Sacramentis*, y precisamente del volumen *De Matrimonio*, Turín-Roma: Marietti, 1947. Aquí nos interesa el cap. XII, especialmente los artículos I-IV (pp. 791-807). El texto está en latín, como todos los textos de las diversas materias del *corpus* teológico en los seminarios y universidades eclesiásticas. Para comodidad del lector reproduciré los párrafos en una traducción personal del latín. Hablando de las «Condiciones requeridas para la licitud del acto conyugal», Cappello escribe: «El acto conyugal debe ser realizado de modo que el fin esencial del matrimonio, que es la procreación, pueda ser conseguido de forma natural (...) Por eso pecan gravemente los cónyuges si hacen algo que impida la generación, o si realizan el acto de modo que la generación sea imposible o al menos improbable» (p. 792ss.). Siguen después diez párrafos en los que se juzga lícito o ilícito un determinado comportamiento de los esposos, según respeten o no la capacidad procreativa del acto. El amor aparece sólo en el art. II: «Licitud del acto conyugal en razón de las circunstancias», y aparece como uno de los fines «impropios y accidentales por los que se puede realizar un acto conyugal» (p. 797).

Congregación para la Doctrina de la Fe (29 de diciembre de 1975): «La persona humana, a juicio de los científicos de nuestro tiempo, está tan profundamente marcada por la sexualidad, que ésta debe ser considerada como uno de los factores que dan a la vida de cada uno los rasgos principales que la distinguen. Del sexo, en efecto, la persona humana deriva las características que, en el plano biológico, psicológico y espiritual, le hacen hombre o mujer, condicionando tan profundamente el camino de su desarrollo hacia la madurez y su inserción en la sociedad».

En otro documento posterior, la Exhortación apostólica *Familiaris Consortio* (22 de noviembre de 1981), Juan Pablo II afirma: «La sexualidad (...) concierne al íntimo núcleo de la persona humana como tal» (n. 11).

Por último, en un documento de la Congregación para la Educación Católica, *Orientaciones educativas sobre el amor humano. Lineamientos de educación sexual* (1 de noviembre de 1983), encontramos: «La sexualidad es un componente fundamental de la personalidad, su modo de ser, de manifestarse, de comunicarse con los demás» (n. 4).

Si la sexualidad, como acabamos de decir, pertenece al ser de la persona, está claro que la concepción que se tiene de la persona incide esencialmente en la concepción de la sexualidad. Sin detenerme en este punto, se comprende fácilmente a qué concepción de sexualidad se llega partiendo, por ejemplo, de una concepción materialista de la persona que niegue su libertad. Y es obvio que las consecuencias repercuten también en todo el razonamiento sobre los valores de la sexualidad.

Como en toda cuestión de bioética, también aquí emerge *la importancia fundamental y fundante de la antropología de que se parta*.

Y para sustraer la concepción de la sexualidad con sus valores a injustas y perjudiciales reducciones y deformaciones, no basta con una antropología no materialista o no determinista, sino que se necesita también una correcta concepción de la corporeidad en una unidad de la persona que no deje lugar a dualismos. «Espíritu encarnado» es quizá la más lapidaria y precisa definición del hombre, capaz de dar a entender su profunda unidad aun en la complejidad de sus componentes.

He querido aludir a estas premisas básicas y generales, no porque sea éste el lugar para una más atenta exposición de las mismas, sino para hacer explícita la conciencia de su presencia y de su importancia en toda concepción de la sexualidad y de sus valores, incluidos los éticos. Procuraré poner de relieve a lo largo de mi exposición aquellas concepciones presentes en el pluralismo cultural de nuestro tiempo que fundamentan nuestro razonamiento sobre los valores éticos de la sexualidad. Y lo haré con simples alusiones, porque un tratamiento amplio tuvo ya lugar oportunamente en otros cursos precedentes².

Comienzo ya recordando rápidamente algún elemento de mayor importancia, añadido a aquellos que sobre la recta concepción de la persona han surgido, aunque incidentalmente, en cuanto hasta ahora he venido diciendo. Bajo el influjo de diversas corrientes de pensamiento³, en nuestro tiempo ha venido cobrando unacreciente importancia la atención a la dimensión relacional, o dialógica, de la persona, concebida como un «yo» que no puede definirse sino en relación con un «tú». La persona, por tanto, como sujeto en relación esencialmente con el otro. Y en esta relación *el cuerpo* aparece con una función esencial de mediación, de comunicación, de «lenguaje» de la persona, en relación a todo el mundo del no-yo: naturaleza física, cosas, seres vivientes, otras personas, incluida la de Dios.

La *sexualidad* es vista principalmente, en esta perspectiva relacional, como el factor más poderoso que impulsa al hombre a trascenderse a sí mismo, a abrirse al otro. Precisamente por este dinamismo suyo, la sexualidad adquiere desde los primeros años de la vida de cada ser humano la función de perno de todo el complejo proceso de crecimiento personal, por lo menos en su núcleo central. Merced especialmente a la dinámica de la psicosexualidad infantil, es como el niño, partiendo de una situación de egocentrismo, se abre con un crecimiento gradual a la comuni-

² Véase, por ej., SGRECCIA E., *Corso di bioetica*. Milán: Angeli, 1986 (recoge las relaciones del Curso Residencial de Bioética de 1985); interesa especialmente la Introducción al Curso (pp. 15-32).

³ Aludo especialmente a algunos pensadores, que se inspiran en el existencialismo, en la fenomenología, y también a otros más autónomos como para precisar la pertenencia a alguna escuela filosófica, como por ejemplo Heidegger, Marcel, Scheler, Buber, Merleau-Ponty.

cación afectiva con los demás. De la confrontación-diálogo privilegiado entre dos personas, los padres, y gracias también a la diversidad y a la no-diversidad de sexo respecto del propio, el niño llega a estructurar su propia personalidad y a asumir su identidad de hombre o de mujer. Se habla así de *funciones, o valencia personalizante y socializante, de la sexualidad*.

Dos valores éticos, y sus relativas exigencias, emergentes de los dinamismos de la sexualidad

¿Están en juego, en todo esto, sólo aspectos, factores o dinamismos psicológicos, o también factores éticos? Si nos limitamos a la simple descripción y explicación científica de los hechos anotados, no se sale del campo de la psicología, implicando, a lo más, a alguna otra ciencia, como la biología y la pedagogía. Pero si se considera pertinente plantear la pregunta sobre el significado de todo esto, entonces emergen también valores éticos.

a) El resultado sustancial de la estructuración de la personalidad no significa sólo la adquisición de una buena salud psíquica, sin complejos no resueltos, fijaciones ni neurosis, sino que significa también que *la persona es ahora sujeto auténtico de moralidad*, en cuanto que es capaz de una elección verdaderamente libre. Se trata de un valor ético básico, condición indispensable para que la persona pueda conocer objetivamente, y buscar serenamente, los valores éticos particulares, presentes en los diversos ámbitos de la existencia humana. Estaría tentado de llamarlo *valor ético «trascendental»*.

Ahora bien, según tesis sólidamente fundamentadas y compartidas por muchas tendencias psicológicas, la situación afectiva en que se encuentra el sujeto humano en los tres primeros años de vida, es de una importancia única para lograr o no la estructuración de la personalidad, y, por tanto, para llegar a ser sujeto auténtico de moralidad. Dinámicas afectivas, incluso inconscientemente ausentes o equivocadas, entre el niño y los padres, suponen unas serias premisas para un logro insuficiente. No se trata de una consecuencia destinada a verificarse fatalmente. Posibilidades de componer la situación no faltan, especialmente en la fase inicial de

la adolescencia, pero nada ni nadie puede garantizar que se vayan a dar todas las condiciones para la efectiva realización de esa posibilidad.

¿Qué *exigencias éticas* se plantean en torno a este valor ético que he llamado «trascendental»? Como primera observación general, parece que se puede decir que se configuran, como exigencias incluso éticas, todas las indicaciones psico-pedagógicas que conciernen a los padres para asegurar a cada hijo, especialmente en los primerísimos años de vida, el clima afectivo idóneo que fomenta en él la construcción de las bases de una satisfactoria estructuración de la personalidad. En términos concretos: para los cónyuges surge un nuevo y serio motivo para hacer auténtico su recíproco amor conyugal, la exigencia de relacionarse correctamente con el bebé, en el plano afectivo y del comportamiento. La seriedad y el alcance de las consecuencias citadas son más que suficientes para demostrar la singular importancia de la responsabilidad que tienen los padres en satisfacer o no tales exigencias.

Exigencias que continúan planteándose también en las sucesivas fases de crecimiento del hijo, obviamente con modalidades y contenidos diversos en las distintas fases, en base al criterio de estimular, fomentar y apoyar la autónoma iniciativa del hijo, que debe hacerse gradualmente protagonista él mismo de su maduración.

b) Por la sexualidad dinámica y dinamizada dentro de una red de relaciones dadas, no elegidas y todas asimétricas por la inevitable dependencia que caracteriza la situación del niño, vemos que la sexualidad en las fases sucesivas de la edad evolutiva adopta también una función predominante entre los diversos y complejos dinamismos del crecimiento. Este comporta la superación de la situación de dependencia hasta alcanzar la capacidad de asumir la responsabilidad de manejar autónomamente su propia vida. El camino a recorrer no puede dejar de ser laborioso, y la tentación de no separarse de la tranquilizadora red de los afectos familiares está siempre al acecho. El interés y la atracción creciente por coetáneos del otro sexo, ajenos a la familia, sobreviene como dinamismo determinante que incita y sostiene este camino de crecimiento. En la relación ya no infantil con las personas del otro

sexo, además, se aclara mejor y se consolida definitivamente la propia identidad sexual, y se hace posible la integración armónica de la sexualidad en el conjunto de la personalidad. Sobre tales bases el sujeto se vuelve *capaz de establecer relaciones, enriquecedoras y profundas en el plano afectivo, con otras personas, incluso las del otro sexo*. En esta línea la meta es conseguir una real *capacidad de amor oblativo* que puede unir la donación de sí al otro. Es ésta la madurez afectiva de la persona, para cuya consecución los ricos y profundos dinamismos de la sexualidad ofrecen una aportación decididamente central.

En definitiva, la sexualidad, que había jugado un papel primario al poner los fundamentos de una sana estructuración de la personalidad, juega un papel de análoga importancia en la fase decisiva de ese proceso, que, desde el punto de vista ético, podríamos definir, como decíamos antes, como la constitución del sujeto verdaderamente responsable de sus propios actos y, por tanto, sujeto auténtico de moralidad. Y así también (añadimos ahora), sujeto capaz de relaciones interpersonales profundas y con personas sexualmente diversas de él. Capacidad que constituye *un segundo bien ético «trascendente»* en cuanto que es premisa y condición indispensable para que la persona pueda asumir funciones y responsabilidades en la vida social, hacia las cuales lo proyecta la dimensión racional de su ser, y que le es indispensable para que su vida tenga su significado y valor.

Las *exigencias éticas* para la efectiva realización de estos valores superan con mucho el estrecho círculo de la familia, hasta llegar a todas las «instancias educativas» y a cuantos desempeñan tareas de educación, así como al tipo de sociedad y de cultura dominante. Exigencias que se pueden resumir en el compromiso por crear las condiciones adecuadas para favorecer y no obstaculizar, bloquear o desviar, el camino de crecimiento hacia la madurez por parte del adolescente.

Ante una sociedad pluralista, y que ni con mucho cumple con sus obligaciones, se impone para los padres ante todo, y después para los diversos educadores, el compromiso por guiar en breve plazo al adolescente hacia un intenso desarrollo del sentido crítico y de la capacidad de elección autónoma.

Pero según va creciendo, es el sujeto mismo el implicado, con la exigencia de un compromiso serio y constante que le haga adoptar en medida creciente la función de responsable principal en las opciones que el camino de maduración le pone por delante⁴.

En resumen, todo lo dicho hasta el momento es referente a la sexualidad como dimensión de la persona, o sexualidad en su conjunto, o sexualidad general, que no excluye ciertamente el componente genital, pero éste no aparece con funciones o tareas específicas. Aparecen en cambio en primer plano sobre todo los componentes psico-afectivos de la sexualidad.

Esta sexualidad en relación a la persona desempeña una función determinante, o al menos de primer orden, en el rico y articulado proceso que hace de la persona un sujeto auténtico de moralidad, esto es, sujeto efectivamente responsable de sus propias opciones en cuanto que es interiormente libre.

Un papel igualmente importante juega la sexualidad en el camino que conduce a la persona a la capacidad de establecer relaciones afectivas incluso profundas con otras personas, ajenas a la familia de origen y «ajenas» también al sexo de pertenencia.

Hemos llamado valores éticos «trascendentes» a la adquisición de la dignidad de sujeto ético y de la capacidad de establecer relaciones interpersonales, incluso profundas, con personas no pertenecientes al propio sexo.

En torno a estos dos valores éticos y su gradual realización, hemos tratado de delinear algunas de las exigencias éticas que se imponen tanto al sujeto mismo cuanto a otros, comenzando por los padres y los educadores.

De la sexualidad en su conjunto pasamos ahora a la sexualidad cuyo componente genital, o genitalidad, está en primer plano. Y desde el punto de vista ético la atención nos lleva, obviamente, al comportamiento, o mejor a esos comportamientos que implican el ejercicio de la sexualidad genital.

⁴ La estructura de la persona como sujeto libre en sus elecciones debería hacer descubrir como obvio que la actuación de la indicada capacidad de amor oblativo no puede tener como única salida, y por tanto la única obligada, la donación de sí a otra persona sexualmente diversa. En ese caso, en efecto, la libertad de elección sería negada precisamente en el campo de una de las decisiones más importantes que una persona está llamada a hacer. Pero, en realidad, el descubrimiento de la validez de una elección diferente, en la donación de sí, es decir, la opción virginal o celibataria, llegó sólo dentro del cristianismo..

II. Valores éticos de la sexualidad genital

Los relacionados con la procreación, valores éticos advertidos desde siempre

Como dije al principio, mientras perduró la concepción de sexualidad sólo como genitalidad, fue lógico y coherente no descubrir en ella otro valor diverso de la trasmisión de la vida, o *procreación*. El valor «vida» era el único percibido. O mejor, un valor en torno al cual, inseparablemente de él, había (y hay todavía) toda una *constelación de grandes valores éticos*, ante todo los ligados a la maternidad y la paternidad. Valores de amor gratuito, capaz frecuentemente de auténticos heroísmos; entrega incondicional e ilimitada; y todo lo que ha hecho exaltar, incluso en la poesía, en la música y en el arte en general, los grandes valores encarnados en la figura materna y paterna.

En ausencia de todo conocimiento científico sobre la sexualidad humana, y en un contexto socio-cultural como era el de una sociedad y cultura agrícolas, que hacía familiares todos los hábitos de vida de numerosos animales, a menudo incluso conviviendo con el hombre, la concepción de la sexualidad humana no podía dejar de estar fuertemente condicionada, y derivada, del conocimiento de la del animal. Pero ésta se advertía evidentemente dirigida a un único fin: la reproducción, lograda mediante el apareamiento entre un macho y una hembra.

Los hombres, sin embargo, no se detuvieron en una comprensión tan grosera y animalesca de la sexualidad humana. Se lo impedía la evidencia misma de su experiencia. En todo el mundo antiguo extrabíblico, la sexualidad genital, con la intensidad tumultuosa y turbadora de sus dinamismos, se impuso como una realidad misteriosa, y en cierto modo divina. *La sacralización de la sexualidad*. en las múltiples formas del paganismo antiguo, tanto en occidente como en oriente, se llevó a cabo dentro de una sacralización más generalizada de toda la realidad, una sacralización que Paul Ricoeur define como *cosmos vital*⁵. Como se sabe, en el

⁵ RICOEUR P., *La meraviglia, la deviazione, l'enigma*. En AA.VV., *Problematica della sessualità*. Turín: Borla, 1966; p. 10.

paganismo se llega a sacralizar, a dar valor de acto de culto hacia la divinidad, a la misma prostitución, practicada en torno al templo de Venus o de otras diosas, deificación a su vez de algún aspecto de la sexualidad.

El mismo Ricoeur agrega: «Era necesario que esta sacralidad se derrumbara, por lo menos en su forma más ingenua e inmediata. Y cedió de golpe al monoteísmo ético y los conocimientos técnicos. El monoteísmo ético desmitificó ampliamente la sacralidad cosmovital».

¿Y qué concepto de sexualidad la sustituyó? Sigue diciendo Ricoeur: «Tras una dura batalla contra la mitología oriental, la fe de Israel supo elevarse a un *sentido de la creación*, a una sacralidad trascendente inmanente por la que *toda la tierra* canta con los cielos la gloria del Eterno; entonces puede elevarse de la carne un gozo nuevo que encuentra su maravillosa expresión en el grito que el texto sacerdotal pone en labios del primer hombre cuando descubre a la primera mujer: “He aquí, finalmente, al hueso de mis huesos y la carne de mi carne”»⁶.

Los obstáculos culturales a la percepción de otros valores

Basándose en estas perspectivas, se preparó la construcción de una nueva cultura, de nuevas concepciones respecto de la sexualidad. Pero se vio obstaculizada al sobrevenir, sigue diciendo Ricoeur, «el choque de la *oleada dualista, órfica y gnóstica*», con la contraposición entre cuerpo y espíritu, y en términos de contraposición entre mal y bien. Aunque combatido vigorosamente por el cristianismo, algo del dualismo gnóstico logró infiltrarse en el cristianismo, influyendo en su concepción de la sexualidad, hasta echar sobre ella un velo de sospecha y de desconfianza que, con periodos de menor intensidad, ha llegado casi hasta nuestros días.

Ya la *concepción inconscientemente reductiva de la sexualidad como genitalidad*, con la consiguiente percepción de un solo grupo de valores éticos en la actividad sexual, hacía imposible descubrir

⁶ *Ibid.*, pp. 10-12.

otros valores éticos en todos aquellos aspectos y elementos de la relación sexual que no estaban evidentemente al servicio de la procreación: la atracción sexual (la «libido» freudiana), tan capaz de trastornar las capacidades de raciocinio de la persona, la intensidad trastornante del placer sexual orgásmico que hace perder a la persona todo control de sí, todo esto en el plano de los valores éticos no podía sino ser percibido como algo negativo, aunque inevitable en la búsqueda del objetivo-valor de la procreación.

La posibilidad de percibir en la relación sexual genital un acto de amor, correspondiente a la dignidad de la persona humana, se veía así seriamente disminuida. El amor entre los dos era exigido y decididamente afirmado como valor y como exigencia ética irrenunciable, un amor sancionado por el pacto indisoluble del matrimonio, pero las concepciones aludidas antes no permitían descubrir un nexo éticamente válido entre este amor y el acto sexual. De aquí un dilema ético, para nosotros sorprendente, pero perfectamente lógico en aquel contexto: el acto conyugal o era realizado para procrear, y entonces tenía su dignidad ética, o no era sino un desahogo del instinto y de las pasiones, indigno de la persona humana.

Podemos útilmente buscar una respuesta a la pregunta, que surge fácilmente: *¿cómo se explica que hayan tenido que pasar siglos enteros para llegar a ver en el acto conyugal un acto de amor digno de personas humanas?* Por más sorprendente que parezca, es cierto que fue necesario recorrer todo un camino cultural, largo y complejo. Sin pretender agotar el tema, trataré de delinear brevemente algunos aspectos y pasos, suficientes para captar lo esencial⁷.

En la cultura anterior a la actual, la dualidad sexual era concebida con ventaja exclusiva para el hombre. *La inferioridad y subordinación de la mujer en las relaciones con el hombre*, después de las investigaciones de la antropología cultural, resulta ser un dato presente en todas las culturas conocidas con excepciones raras y circunscritas que no impiden hacer de ello un *universo cultural*. Pero esta disparidad tenía también fundamentos precisos. Y éstos

⁷ La exposición que seguirá debe mucho a un estudio de AUBERT J.M., *Sexualité et vie sociale*. Le Supplement 1974; 111: 467=469.

constituyen un ejemplo típico de un hecho insólito, esto es, el influjo sorprendente de conocimientos biológicos errados sobre conceptos y costumbres en modo alguno secundarios en la convivencia humana.

En nuestro caso los conocimientos biológicos equivocados se refieren a la *generación* humana y a la función de la mujer en ella. Generador, o causa eficiente de la aparición de un nuevo ser humano, era considerado sólo el varón. La así llamada «simiente» emitida por el varón era considerada como similar a la de una planta, es decir, inicio germinal, por sí mismo completo, de un individuo. Una especie de «homunculus» microscópico. La función de la mujer era considerada totalmente semejante a la de la tierra en relación con una semilla vegetal, esto es, como la de ofrecer a la semilla el ambiente adecuado y la nutrición necesaria para desarrollarse. En base al axioma considerado indiscutible de que «omne agens agit simile sibi», se afirmaba que «todo ser vivo genera un ser vivo semejante a él»; de lo que se deducía que todo hijo debía ser de por sí varón, como el generador.

¿Cómo se explicaba así la venida al mundo de las mujeres? La explicación hipotética era que debía de haber habido algo que perturbara el proceso generativo; y los factores perturbadores se individualizaban en alguna anomalía de la materia, o por influjos cósmicos astrales. Por eso, la mujer era en cierto sentido un varón fallido, un «mas occasionatus» (según la expresión de Aristóteles), pero, por otra parte, intencionalmente querida por la naturaleza, y por tanto por Dios, en vistas de la generación. La inferioridad de la mujer, así fundamentada, inducía a considerarla incapaz de desarrollar funciones sociales públicas, dada su «imbecillitas naturae», física y psíquica. Su única función, valiosa e insustituible, era la maternidad, es decir, permitir que el hombre auténtico, dotado de todas las capacidades humanas, generara otros hombres⁸.

⁸ He aquí cómo formula Santo Tomás estas concepciones, en la *Summa Theologica*, donde trata del origen de la mujer (I, q. 92). Poniendo como base el texto bíblico: «No es bueno que el hombre esté solo; hagámosle una ayuda semejante a él» (Gen 2, 18), Santo Tomás escribe: «Era necesario que, como dice la Escritura, en ayuda del hombre fuera creada la mujer: y esto no porque le fuese de ayuda en algunas otras funciones, como dicen algunos, porque para cualquier otra función el hombre puede ser ayudado mejor por cualquier otro hombre que por la mujer, sino para cooperar a la generación (...) La virtud activa de la generación está reservada al sexo masculino, y la virtud pasiva al género femenino. («Virtud», aquí, no en sentido ético, sino entendido como «vis» generativa).

De aquí se derivó una auténtica segregación de la mujer, agudamente expresada por Guillermo II en las famosas tres K: «Kinder, Künge, Kirche», hijos, cocina, Iglesia.

En una sociedad cristiana, como era la que estamos analizando, esto no impedía que se tuviera un alto concepto del amor conyugal y de su importancia, pero era un amor casi espiritualizado, sublimado, sin posibilidad de integrar en él el ejercicio de una sexualidad concebida en función exclusivamente de la procreación.

Inmersos en una cultura semejante, sumaria e inexpertamente esbozada aquí, no sorprende que los cristianos tuvieran como una pantalla selectiva ante sus ojos al acercarse a la Biblia. Pongamos un solo ejemplo: en la estupenda narración bíblica de la creación del hombre y de la mujer se tomó y se enfatizó el «sed fecundos y multiplicaos» (Gen 1,28), mientras no se reparó mucho en lo «los dos serán una sola carne» (Gen 2,24).

Ya esta disparidad de valor y dignidad entre hombre y mujer, basada precisamente en la sexualidad, ponía un ulterior y serio obstáculo para ver en el ejercicio de la sexualidad una manifestación de amor interpersonal, y orientaba más bien a verlo como una *expresión significativa de superioridad y de dominio del hombre sobre la mujer.*

Hacia el descubrimiento de valores basados en el amor

A partir de la situación descrita, para llegar a descubrir en el acto conyugal la capacidad de constituir una verdadera y digna expresión del amor, rompiendo el dilema: o acto procreativo o desahogo pasional, se requirió recorrer un largo camino cultural. Me limito a señalar aquí solamente algunos de los *obstáculos* que se

Respondiendo, después, a la objeción de quien, basándose en la autoridad del gran naturalista, además de filósofo, reconocida entonces a Aristóteles, afirmaba: «La mujer es un varón imperfecto», Santo Tomás dice: «Respecto de la naturaleza particular, la mujer es un ser defectuoso y deficiente. En efecto, la virtud activa encerrada en el semen del varón tiende a producir un ser perfecto, semejante a sí, de sexo masculino. El hecho de que se derive una mujer puede depender de la debilidad de la virtud activa, o de una indisposición de la materia, o de una mutación causada desde fuera, por ejemplo de los vientos astrales que son húmedos, como dice el Filósofo. Respecto, en cambio, de la naturaleza en su universalidad, la mujer no es un ser defectuoso, sino que es expresamente querido en orden a la generación. Ahora bien, la ordenación de la naturaleza en su universalidad depende de Dios, el cual es el autor universal de la naturaleza» (Art. 1).

interponían y *cuya superación fue constituyendo cada vez un paso hacia adelante*. Así, fue necesario:

- descubrir que la sexualidad no es una parte de la persona, sino una dimensión suya esencial, que la marca en todos los niveles;
- descubrir la verdad sobre la generación humana, fruto de una idéntica y activa relación tanto del hombre como de la mujer; y en consecuencia
- hacer desaparecer la artificiosa superioridad del hombre respecto de la mujer bien en el proceso generativo, en la determinación del sexo femenino, o en la dotación de aptitudes y capacidades; y, en su lugar,
- imponer gradualmente una concepción de hombre y de mujer como dos modalidades de una auténtica humanidad, de ser persona de igual valor y dignidad, en cada ámbito y nivel;
- por último, concebir este gesto sexual como forma de lenguaje, de comunicación interpersonal de las más significativas y profundas, porque no es simplemente verbal y gestual, sino lenguaje de toda la persona, dentro de una renovada reflexión sobre la corporeidad humana.

De este modo, respecto del acto conyugal se ha ido delineando, y sobre bases sólidas, la posibilidad de verlo como la más significativa, más propia y más plena expresión del amor conyugal.

Así, *junto al valor «vida»*, en el ejercicio de la sexualidad genital surgió otro valor ético: *el amor*. Y naturalmente esto no podía dejar de comportar *consecuencias en las exigencias éticas*; establecidas en referencia a un único valor, el de la transmisión de la vida, no podían seguir siendo las mismas ahora que la referencia era un doble y diversificado valor. Pero no era posible una nueva normativa sino después de haber resuelto el problema, evidentemente prejuicioso, de *cómo relacionar entre sí el valor de siempre con el nuevo, la procreación con el amor*, en la sexualidad genital.

La armonización de los dos grupos de valores y el consiguiente desarrollo en la normativa ética

Las relaciones *teóricamente hipotéticas* eran fundamentalmente tres:

- simple yuxtaposición, reconociéndoles igual importancia, y viéndolas como autónomas entre sí;
- jerarquización, considerando predominante a una de las dos y, por tanto, subordinando la otra;
- sustitución, asignando al nuevo valor, el amor, la misma función de valor único, antes reconocido al otro.

Para evitar la impresión de encontrarse ante un juego vacío de palabras, ejemplifico las consecuencias que traería la elección de la tercera hipótesis: para la licitud moral de la actividad sexual de la pareja, bastaría con que los dos se amaran y quisieran expresar de este modo su amor. En una palabra: «si nos amamos, todo es lícito». Una opción, ésta, muy de moda en el «ethos» hoy tan difundido. Entre los mismos moralistas católicos no han faltado quienes la han sostenido.

Pero si se está persuadido de que la afirmación del valor «procreación» en el ejercicio de la sexualidad genital no es un error, sino que es verdad, aunque con la única falla de ser verdad incompleta, en una reflexión ética sería ese valor no puede sino ser reafirmado. Esto quiere decir, en términos más concretos, que el principio tradicional que pone la integridad del acto conyugal como condición indispensable para su licitud, sigue siendo válido, pero ya no es suficiente, después de que en la reflexión ética ha aparecido también otro valor: el amor.

Entonces, si el desarrollo del conocimiento de la verdad ética, que es norma de vida, debe ser orgánico, puede realizarse *sólo integrando en una nueva síntesis los valores descubiertos recientemente con los ya conocidos*. Cualquier otra opción comporta no un desarrollo orgánico, sino el fin de una ética, y el inicio de otra totalmente diversa; implica también que se declare errada la ética anterior.

Por eso, *resulta ejemplar el camino escogido por el Magisterio eclesial*: la afirmación tradicional del valor procreativo en el ejercicio de la sexualidad genital fue integrada orgánicamente con las nuevas adquisiciones, declarando ese valor como inseparable del valor unitivo del amor, y viceversa; el uno implica al otro, es decir, que no se da generación verdaderamente humana sino como fruto de un acto de verdadero amor conyugal, y no se da expresión verdadera, completa sobre el plano sexual en el amor conyugal,

sino en un acto que exprese también la tensión hacia la donación de la vida, tensión que es una de las características esenciales del amor conyugal⁹.

He dicho que la elección de la no separación de los dos valores constituye la única capaz de respetar, en un camino de crecimiento del conocimiento de la verdad sobre el bien y el mal, la exigencia propia de todo crecimiento vital, esto es, la de operar una síntesis unitaria entre la parte de verdad ya adquirida y las nuevas adquisiciones. Obviamente esto exige *primeramente un atento examen* de las nuevas adquisiciones; en nuestro caso, un examen atento del valor «amor», y más precisamente del *amor conyugal*.

Y una vez más puede considerarse ejemplar la línea seguida por el Magisterio eclesial: tanto en la Constitución pastoral *Gaudium et Spes* (n. 49) como en la Encíclica *Humanae Vitae* (nn. 8 y 9), se llega a afrontar problemas de ética conyugal sólo después de un atento análisis del amor conyugal. Un análisis de ese tipo parece por tanto necesario cuando se quiere hacer referencia al amor en un razonamiento ético, incluso con independencia del problema en cuestión. La razón, obvia, es que el término «amor» está, como pocos otros, cargado de una verdadera madeja de equívocos en el lenguaje común, y no en éste sólo. Basta mencionar que se habla de «amor» cuando se trata de la relación sexual de una prostituta («amor mercenario»), o también para indicar el simple acto sexual, cualesquiera que sean las disposiciones y los sentimientos de quien lo lleva a cabo («hacer el amor»). Así también, se considera como amor, incluso en obras literarias de valía, una simple atracción erótica entre dos personas, el «flirteo», etc. En resumen: se da el nombre de «amor» incluso a un único elemento, o componente, de esta rica y compleja realidad humana, aislada de todas las demás. Se trata de equívocos cargados de funestos malentendidos, que emergen cuando se formulan afirmaciones acerca del valor del amor y de sus consiguientes exigencias éticas.

Limitándonos a una simple relación de lo esencial, sobre un tema que requeriría mucho más espacio puede decirse que lo que

⁹ La formulación del principio de no separación de los dos valores, aunque sea en términos de «significados» del acto conyugal, ha encontrado su más explícita formulación en la Encíclica de Pablo VI *Humanae Vitae* (25 de julio de 1968), en el n. 12. Pero lo esencial de esta enseñanza se encuentra ya en la doctrina expresada por el CONCILIO VATICANO II sobre el amor conyugal y sobre la procreación, en la Constitución Pastoral *Gaudium et Spes*, nn. 49-51.

caracteriza al auténtico amor conyugal, diferenciándolo de cualquier otra forma de relación afectiva entre un hombre y una mujer, que llega a ser una sincera y *profunda amistad*, es su característica de *totalidad*. Una totalidad que hay que entender en varios sentidos:

—es amor de toda la persona amante, en una composición armónica y unitaria de todos los componentes: biológicos, pasionales, sentimentales, intelectuales y volitivos, pero teniendo como elemento determinante una elección consciente y libre. Sólo así, efectivamente, es amor verdaderamente humano;

—es amor a toda la persona amada, y no a su cuerpo, su belleza física o alguna otra dote o cualidad;

—es amor que busca ante todo el bien del otro, y esto también en su totalidad, a todos los niveles;

—es amor, por esto, que se configura como un modo singular de amistad, y que, dadas las características aludidas, exige no una comunión cualquiera, sino la comunión total de vida, con un total y recíproco darse de sí al otro, donación de todo el propio ser, corpóreo y espiritual;

—una entrega que no sería ya donación, sino préstamo, si debiera incluir la posibilidad de ser retirada, o ser participada por otros; por tanto, un amor en el que el otro es único y exclusivo, y abarca toda la vida.

Un amor configurado de esta manera y que precisamente en la diversidad sexual de las dos personas encuentra la posibilidad de esa totalidad a todos los niveles, y que en la sexualidad tiene sus raíces más profundas y sus más intensos dinamismos, implica también necesariamente una fuerte *tensión hacia la generación*, profundamente inscrita en la sexualidad de todos los seres vivos sexuados y que en el ser humano es advertida como exigencia de maternidad y de paternidad. En este sentido entre las características esenciales del amor conyugal está también la de ser fecundo, esto es, intencionado a hacer continuar más adelante el torrente de vida que otros, y nuestros padres, hicieron llegar hasta nosotros. Y no sólo esto, sino también encarnar la unidad de amor de los dos esposos en el hijo, verdadera personificación de esa unidad.

Surge así, como un *dato objetivo la profunda conexión entre el valor unitivo del amor y el procreativo* en el amor conyugal y, por con-

siguiente, en el acto conyugal, que es la expresión más plena y específicamente propia de ese amor.

De este análisis del amor conyugal surge también que el amor, como la vida, no es un valor único, sino un complejo rico y variado de valores, resumibles en el amor: es, por ejemplo, acogida profunda del otro como persona y donación sincera de sí al otro, diálogo y comunión plena interpersonal, fidelidad y constancia capaz de superar la estructural variabilidad de los sentimientos y de las atracciones.

De ese análisis surgen, finalmente, *exigencias éticas nuevas*, y *motivaciones nuevas para las exigencias éticas tradicionalmente* basadas en el valor procreativo de la sexualidad humana. Así, por ejemplo:

—la integridad física del acto conyugal, anteriormente requerida sólo por la exigencia de no comprometer su potencialidad procreativa, surge ahora no menos fuertemente exigida por ser expresión específicamente propia, y la más completa, del amor conyugal. De éste, en efecto, debe expresar también la tensión esencial hacia una posible procreación; debe expresar la totalidad de la donación mutua, por lo que es inadmisibles cualquier reserva o exclusión de algo del propio yo, especialmente en el ámbito de la virilidad y de la feminidad. Estamos aludiendo, obviamente, a los anticonceptivos y su inaceptabilidad moral desde el punto de vista de las exigencias del amor;

—otro ejemplo: la primera y fundamental exigencia para la licitud del acto conyugal es que sea expresión veraz del amor conyugal.

En esta perspectiva, y sobre la base de una precisa y auténtica concepción del amor, se puede también *sintetizar en el amor todo el conjunto de las exigencias éticas en el campo sexual*, incluidas las que hemos visto que se deducían del estudio del valor procreativo de la sexualidad.

Es una elección ciertamente válida, también porque hace más persuasivo el mensaje a transmitir, en el clima cultural dominante, que presta más atención al sujeto y al mundo de la subjetividad. Una elección, sin embargo, que taxativamente debe basarse y desarrollarse coherentemente en cada uno de sus pasos en una seria y profunda clarificación acerca de la concepción del amor, so

pena de resolverse en una ulterior y perjudicial confusión en las personas, especialmente en los jóvenes, terminando por aparecer como un aval y una justificación del subjetivismo imperante, que pretende legitimarlo todo en nombre del amor abandonado a su espontaneidad incontrolada. Y esto (lo digo de pasada) no sólo en el campo de la sexualidad, sino también en el de la vida en general. Baste pensar en la difusión que va teniendo la idea aberrante de considerar acto de amor el matar a una persona para poner fin a sus sufrimientos.

En cuanto al ámbito de la sexualidad, son ya dramáticamente evidentes las consecuencias del eclipse del valor procreativo y, por tanto, de la maternidad y paternidad. El descenso de la natalidad y el aborto fácil y legalizado, con todos los problemas que plantean a la sociedad contemporánea, están a la vista de todos.

De cualquier modo, la elección de volver a integrar al amor en las exigencias éticas en el ámbito sexual, está significativa y claramente presente también en uno de los documentos del Magisterio eclesial anteriormente citados, el de la Congregación para la Educación Católica. Es un documento sobre la educación sexual, pero que lleva por título precisamente: *Orientaciones educativas sobre el amor humano*.

¿Hacia el descubrimiento del placer sexual como valor ético?

Como último punto desearía aludir a otro elemento que está surgiendo en la reflexión ética sobre la sexualidad, a saber, el placer sexual. La novedad no estriba en la atención que se le ha puesto: en la moral sexual tradicional siempre ha encontrado un lugar el tratamiento de la «delectatio venerea». Nueva, en cambio, es tanto la concepción como la valoración del placer sexual. Aunque todavía se están dando apenas los primeros pasos en este sentido.

También en este punto ha dado pie a ello un fenómeno cultural más amplio. Ante todo, la enfatización del placer sexual en la literatura, en la mentalidad y los hábitos de vida predominantes. Su absolutización, como valor en sí y por sí, es el núcleo esencial de la llamada «revolución sexual». Consiguientemente, en él se ha

centrado la reflexión de muchos estudiosos: «se advierten en el más reciente periodo histórico muchas tendencias en la investigación sobre su significado, con una abundante producción editorial sobre el tema»¹⁰.

¿Nos encontramos ante el descubrimiento del placer sexual como valor también ético? Al dar respuesta positiva a esta pregunta, algún moralista añade que se trata de un valor de importancia tal que requiere una valiente revisión crítica de los «sistemas ético-normativos» elaborados en la doctrina moral tradicional¹¹.

Pero lo cierto es que, más allá de ciertos entusiasmos quizá demasiados fáciles y apresurados, las nuevas formas de aproximación al tema del placer sexual han abierto *una pista de investigación interesante y prometedora*. No es éste, ciertamente, el lugar adecuado para intentar la fascinante aventura de explorar caminos nuevos. Pero me parece útil hacer *una serie de puntualizaciones*.

Como ineludible premisa para toda reflexión ética sobre el placer sexual, se debe ante todo *poner en claro cuál es la realidad en cuestión*. Ambigüedad y equívocos que hemos visto pesar sobre el término «amor» están también presentes cuando del placer sexual se trata. Con este término, en efecto, se indican cosas fuertemente diferenciables entre sí: y se va desde sensaciones poco más que físicas derivadas de la descarga de una tensión (piénsese en el placer que procura la masturbación o la relación sexual con una prostituta, etc.), al profundo e indescriptible apaciguamiento de toda la persona, que deriva del acto sexual de dos esposos enamorados, en el contexto de una vida caracterizada por un igualmente profundo y armonioso entendimiento mutuo.

Sobre la base de estas cuidadosas precisiones se debe elaborar la correspondiente *terminología diferenciada*, evitando continuar utilizando un único e idéntico término para indicar cosas entre sí claramente diversas. Como un mero ejemplo, se podría distinguir el placer sexual del gozo sexual y de la felicidad sexual. No se par-

¹⁰ RIVA A., *I vissuti del piacere e la sessualità* (Introducción). Actas del I Seminario Interregional CIS, Castel S. Pietro Terme, 27-28 de septiembre de 1986. Rivista di Sessuologia 1987; XI, 1: 7. En las notas de algunas relaciones se encuentran numerosas indicaciones bibliográficas.

¹¹ Por ejemplo, CHIAVACCI E., *I valori etici del piacere*. Rivista di Sessuologia 198; XI, 1: 22-27.

te, ciertamente, de cero. Sobre el tema del placer sexual existe una abundante literatura, antigua y moderna, filosófica, ética, psicológica, que ciertamente hay que sopesar con atención.

El placer, al igual que el sufrimiento, no son ni pueden darse como realidades existentes en sí mismas, sino que son siempre una cualidad inherente a un comportamiento, o a una situación, que el sujeto lleva a cabo, escoge, o de cualquier modo vive conscientemente. *El placer sexual, entiéndase como se entienda, es siempre una cualidad de los actos, aunque sean sólo interiores (imaginaciones, deseos, recuerdos, etc.); no es un acto o un comportamiento.* En relación con los valores éticos, esta aclaración reviste una particular importancia, si se reflexiona en que el objeto propio de la ética es el comportamiento humano en relación con valores que éste respeta y desarrolla o, por el contrario, compromete y destruye. Téngase presente lo dicho hasta ahora acerca de las exigencias éticas en el comportamiento sexual, concerniente al valor «amor» y al valor «procreación». Parece por lo menos problemático hacer como hipótesis un razonamiento similar respecto del placer sexual.

Lo que estaba, en cambio, surgiendo válidamente del estudio del placer era sobre todo el descubrimiento de aspectos positivos antes ignorados, *sobre el papel que el placer sexual puede jugar.* Se está superando una concepción exclusivamente física e individualista del placer sexual y está emergiendo una concepción más rica y relacional. En otras palabras: el placer sexual era pensado como goce físico exclusivamente subjetivo, capaz sólo de incentivar actitudes egoístas, polarizando la atención sobre la propia satisfacción. Ahora, en cambio, se está descubriendo que, teniendo en cuenta la forma verdaderamente humana de la actividad sexual, esto es, el acto conyugal como expresión del amor conyugal, en el placer intenso que lo caracteriza y que implica en profundidad a la totalidad de la persona a todos los niveles, se puede reconocer la capacidad de hacer más profunda la relación de amor que une entre sí a los dos esposos, y más gozosa la voluntad (cuando existe) de hacer del acto conyugal el momento inicial del más amplio proyecto de dar la vida a un nuevo ser humano. En definitiva, el placer sexual se configura al servicio no del egoísmo, sino del amor y de la cualidad humana de la procreación.

Bajo este punto de vista quizá se puede hablar también del placer sexual como de un *valor ético*; pero, viéndolo bien, no se trata de un valor en sí mismo, o en conexión paritaria con los otros valores, porque toda su valencia está en la capacidad de potenciar a los otros dos valores, y no en agregarse a ellos como un tercero más.

De cualquier forma que evolucionen las investigaciones sobre el placer sexual como valor ético, *parece por el momento válida, al menos sustancialmente, la posición de Santo Tomás*. Aquí no podemos sino aludir brevemente a ella¹². El Aquinate se cuidó de distinguir varias especies de placeres: sensibles, intelectuales, espirituales, contemplativos, etc.; pero algunas de sus afirmaciones son de carácter general, válidas para cualquier clase de placer. Para Santo Tomás, el placer es siempre algo que resulta en el sujeto como efecto de un comportamiento que le proporciona un bien deseado. Esta relación entre acción y placer como entre la causa y el efecto, comporta que el valor ético del placer dependa esencialmente del de la acción que lo causa. Se delinea así un criterio general para dar una valoración ética de todo placer concreto: es éticamente lícito el placer que se deriva de un acto lícito; es éticamente ilícito el que se deriva de un acto ilícito. Por tanto, el placer forma un único todo con la acción de la que emana.

Este criterio es coherentemente aplicado por Santo Tomás al placer sexual, por él considerado casi exclusivamente como placer físico, o corporal. El placer sexual es moralmente bueno si lo es la acción que lo proporciona. El placer unido al acto conyugal no es, sin embargo, automáticamente lícito, sino sólo en la medida en que es auténtica la cualidad conyugal del acto. Una valoración motivadamente severa da Santo Tomás de la búsqueda del placer sexual mediante comportamientos en los que el cónyuge es tratado como una prostituta o como un amante, o como una adúltera. Puede ser útil hacer alguna cita al propósito: «Si se busca el placer más allá de la honestidad propia del matrimonio, esto es, en el sentido de que en las relaciones conyugales uno de los cónyuges (el

¹² Una amplia y documentada exposición se puede encontrar en PERINI G., *Sociología ed etica del comportamento sessuale*, vol. II. Roma: Pontificia Universidad de Santo Tomás, 1972: 260-280.

marido) no ve ya en el otro las características propias de cónyuge, sino que ve sólo a la mujer, dispuesto a hacer con ella las mismas cosas aunque no fuera su esposa, entonces se da pecado mortal». Y añade poco después: «Hay que decir que el hombre busca en la esposa placeres de prostituta cuando la mira con la misma mirada con que miraría a una prostituta»¹³.

Y *para concluir* este punto: cuanto se ha dicho sobre el tema del placer sexual y sobre las hipótesis de hacer de él un valor ético, no pretende dar solución a los problemas que en tal perspectiva se van esbozando. Es sólo una serie de rápidas anotaciones, que hay que verificar y desarrollar. Y, por tanto, son sólo una muy pequeña aportación para estimular la investigación, el estudio y la discusión¹⁴.

Añadamos que de una reflexión renovada sobre este elemento de la sexualidad hay que esperar valiosas aportaciones para una más auténtica valoración del mismo a un nivel firmemente humano y, por tanto, ético. La necesidad de esta valoración parece evidente cuando se piensa en la concepción reduccionista y deformante, aunada a una exaltación aberrante, que del placer sexual hacen el estilo y la cultura dominantes, desde que se difundió masivamente lo que Lombardi Vallauri describe como «desacralización de la experiencia sexual o al menos de dos momentos de la misma: voluntad libidinosa y emoción sentimental. El primero se personaliza en el arquetipo libertino del orgasmo inagotable, el segundo en el arquetipo romántico del beso interminable»¹⁵.

¹³ Comentario al IV Libro de las Sentencias, de. 31, q. 2, art. 3. Véase también *De malo*, q. 15, art. 2.

¹⁴ Como un intento por dar una correcta ubicación al placer en la moral, véase PLÉ A, *Per dovere o per piacere? Da una morale colpevolizzante ad una morale liberatrice*. Turín: Gribaudo, 1984. En las notas se encuentran abundantes indicaciones bibliográficas. El autor valoriza muchas concepciones y perspectivas psicoanalíticas conjugádoles ingeniosamente con las tomistas.

¹⁵ LOMBARDI VALLAURI L., *Il pensiero moderno sulla sessualità umana*. Rivista di Sessuologia 1984-1985; VIII-IX, 4/1: 24. Interesa, no obstante, todo el estudio (pp. 14-35). Se trata de la relación presentada por el autor en la Reunión Nacional «Por una antropología sexual: persona, pareja, sociedad» (Verona, 1-3 de junio de 1984), y en cuyo número doble se publican las actas. Sobre el tema del placer sexual véase del mismo LOMBARDI VALLAURI L., *Per una filosofia del piacere*. Rivista di Sessuologia, 1987; XI, 1: 28-51, relación presentada en el Seminario ya citado sobre «Las experiencias del placer y la sexualidad».

Conclusiones

Al ser imposible resumir significativamente en tan poco espacio todos los hilos de razonamiento que he tratado de desarrollar, me parece que puedo contentarme con recoger algunos de los más centrales, sirviéndome de una página de Jean Vanier, el ex-oficial de la Marina canadiense que desde 1964, al fundar la «Comunidad del Arca», se viene dedicando en cuerpo y alma a promover la calidad humana de las relaciones mutuas a partir de la acogida amorosa de los minusválidos mentales. Hacia el final de su libro *Los hizo hombre y mujer para una vida de amor auténtica*, Jean Vanier escribe: «El ser humano tiene sed de felicidad. Si tiene la impresión de no poder ser nunca feliz, entra en un proceso de muerte. Se encuentra solo consigo mismo, con sus propios límites y sus propias pobreza. Se hunde en la tristeza y en la desesperación. La desesperación es la vida que se rebela contra sí misma. Cuando la vida no se abre al exterior, cuando no hay fecundidad, cuando no hay donación de la vida, la vida se destruye a sí misma.

En todos los tiempos, uno de los grandes símbolos de la felicidad buscada por cada hombre ha sido el de las nupcias. Este símbolo de la unidad es tan fuerte que la publicidad se ha apoderado de él para vender todo género de productos: para ser amado, para encontrar una pareja, hay que ponerse ese vestido, utilizar tal perfume, comer ese queso... Este símbolo es también el *leitmotiv* del arte, del cine y de la canción. La humanidad está siempre a la búsqueda de este amor inalterable, gracias al cual no habría ya dolor, ni sufrimiento, ni divisiones, ni guerras (...).

El fin último del hombre, al cual todos aspiramos, es el de la unidad en la que ya no habrá lucha. La lucha, de hecho, comporta la posibilidad de ser vencidos y oprimidos y, por tanto, de quedar aislados. El matrimonio es el objetivo final de toda lucha porque es la celebración del amor.

Esta búsqueda de unidad se enraiza profundamente en la humanidad. Está inscrita en el pensamiento y en las representaciones de todas las grandes religiones y, particularmente, en el hinduismo y el budismo. Está inscrita también en la visión judeo-

cristiana según la cual al final habrá un solo pueblo, una sola nación, una sola ciudad, la Jerusalén celestial, de la que se habrá desterrado toda guerra. Y para expresar la unidad de este pueblo de Dios, de esta ciudad santa, la Escritura recurre al símbolo de la boda.

En el Apocalipsis dice San Juan: «Vi un cielo nuevo y una tierra nueva... Vi también la ciudad santa, la nueva Jerusalén, bajar del cielo, de Dios, dispuesta como una esposa adornada para su esposo» (Apoc 21, 1ss.) (...).

El Reino de Dios es como una celebración del amor, un banquete de bodas, la celebración de la unidad (...). Pero esta celebración del amor es algo total, que implica a la persona en su globalidad.

(...) Para celebrar esta unidad se requiere que la persona aprenda a dejar a un lado sus egoísmos y rigideces, y esté dispuesta a superarse y abrirse a los demás. Si, en cambio, se encierra en el ansia de satisfacer sus propias necesidades, podrá celebrar sus conquistas y posesiones, pero no celebrará el amor de la unidad»¹⁶.

Sobre la base de estas clarificadoras y apasionadas afirmaciones de Vanier, parecen todavía más fundamentadas y persuasivas algunas tesis del ya citado documento de la Congregación para la Educación Católica, *Orientaciones educativas sobre el amor humano*, que transcribo a continuación:

1. «La sexualidad, orientada, elevada e integrada por el amor, adquiere verdadera cualidad humana. En el marco del desarrollo biológico y psíquico, crece armónicamente y se realiza en sentido pleno sólo con la conquista de la madurez afectiva, que se manifiesta en el amor desinteresado y en la total donación de sí» (n.6).

2. «La corporeidad es... el modo específico de existir y de obrar propio del espíritu humano» (n. 22) «...El cuerpo revela al hombre», «expresa a la persona», dice Juan Pablo II.

3. «El cuerpo, en cuanto sexuado, expresa la vocación del hombre a la reciprocidad, es decir al amor y al mutuo don de sí. El cuerpo, en fin, llama al hombre y a la mujer a su constitutiva vocación a la fecundidad, como a uno de los significados de su ser sexuado» (n. 24).

¹⁶ VANIER J., *Li fece uomo e donna, per una vita d'amore autentica*, Milán: Jaca Book, 1986: p. 180ss.

4. «En síntesis, la sexualidad está llamada a expresar valores diversos a los que corresponden exigencias morales específicas. Orientada hacia el diálogo interpersonal, contribuye a la maduración integral del hombre, abriéndolo al don de sí en el amor. Ligada además (...) a la fecundidad y a la transmisión de la vida, está llamada a ser fiel también a esta finalidad interna suya. Amor y fecundidad son, por tanto, significados y valores de la sexualidad, que se incluyen y llaman mutuamente y no pueden por tanto ser considerados alternativos ni opuestos» (n. 32).

¿Qué esperanzas, por tanto, tenemos de que sea acogido el anuncio de los valores éticos de la sexualidad, dada la situación socio-cultural descrita por los sociólogos?

Ante todo, la certeza de la correspondencia entre estos valores y la realidad auténtica del hombre y de la mujer, y de sus exigencias más profundas. El anuncio de la verdad tiene justamente en su carácter de verdad la fuerza para entrar, antes o después, en el corazón del hombre.

Se nos ha presentado la cultura dominante. Ya la palabra misma demuestra que además de ella hay otras culturas, no dominantes, minoritarias. La concepción cristiana —esto es, integralmente humana— del hombre, de la vida y de la sexualidad se cuenta entre ellas. Tengamos presente que todas las grandes etapas de desarrollo de la sociedad humana han sido obra de minorías. Lo importante es que la minoría tenga fuertes convicciones y valentía, y que no quede paralizada por complejos de inferioridad.

A fin de cuentas, la misma cultura hoy dominante no deja de tener elementos positivos: y ha hecho que entraran en el campo de la sexualidad elementos y aspectos decididamente positivos, algunos de los cuales eran hasta ahora inéditos en la historia. Yo he presentado un elenco, sólo a manera de ejemplo, en una de mis publicaciones titulada *Por una cultura de la vida a partir de la familia*, de donde ahora tomo el párrafo que lleva por título: *Aspectos positivos en el camino cultural en curso*.

«En el intento, hecho hasta aquí, de describir la evolución efectuada y la situación actual en el campo que nos interesa, han salido a la luz sólo elementos y aspectos negativos. Pero los cambios llevados a cabo en los temas de la sexualidad, el matrimonio y la

familia, presentan también aspectos positivos. Éstos deben ponerse de relieve tanto para evitar un conocimiento y una valoración distorsionados de la situación, cuanto para ofrecer la posibilidad de captar de ellos indicaciones útiles para todos cuantos quieren contribuir al desarrollo efectivo de las valiosas potencialidades de que es portador el camino de la historia humana en cada una de sus fases, incluso en las que —como es este caso— parecen prevalecer características de retroceso y disgregación.

De esos aspectos positivos ofrezco ahora una lista poco más que esquemática, pero espero que suficiente para mostrar «la otra cara de la medalla».

1. En cuanto al conocimiento de la sexualidad humana: hemos pasado de un montón de nociones precientíficas, cargadas de errores y prejuicios, a un conocimiento científico, aunque incompleto todavía, de la realidad sexual en sus diversos niveles: biológicos, psicológicos, etnológicos, etc.

2. Hemos pasado de una *concepción de sexualidad*, reducida inconscientemente a lo genital, al descubrimiento de la sexualidad como dimensión de la persona, que está profundamente marcada a todos sus niveles, desde el celular, y cada una de los miles de células del organismo, hasta los intelectuales y sociales.

3. En consecuencia, ha venido emergiendo una riqueza, antes insospechada, de *significados* y *de valores* de los que es portadora la sexualidad humana. Y así ha podido poner en marcha tanto una antropología racional como una teología de la sexualidad profundamente renovada.

4. Entre las demás consecuencias afortunadas de este nuevo razonamiento, por parte de muchos, sobre la sexualidad, en clave positiva, se puede subrayar útilmente la superación de una mentalidad y de actitudes, ampliamente difundidas, que llevaban a ver la sexualidad como un tabú, como algo vergonzoso. En su lugar se ha instalado una *visión decididamente positiva y serena* del mundo de la sexualidad.

5. Correlativamente, en la reflexión cristiana se ha abierto camino una *mejor concepción de la castidad*. Sin excluir el elemento de dominio habitual de las fuerzas y tendencias sexuales, ha aparecido predominantemente como condición para una auténtica

valorización de la sexualidad, esto es, para el efectivo desarrollo de los valores que comporta. Una valorización diversa según el concreto proyecto de vida de la persona, matrimonial o virginal. El mismo dominio de las energías sexuales ha cobrado una mejor configuración cuando, gracias sobre todo a las aportaciones de las ciencias psicológicas, se ha concebido como una lograda integración armónica de la sexualidad en el conjunto de la personalidad.

6. *El matrimonio*, ya cuando se proyecta, ha dejado de ser fruto de un pacto entre dos parejas de progenitores, al servicio de intereses y ventajas económicas de las respectivas familias, al margen de los prometidos, y se ha vuelto una verdadera opción, libre y autónoma de los mismos interesados, dictada sólo, y principalmente, por su mutuo amor.

7. *La elección del cónyuge* y el *casarse* se han convertido en decisiones que hay que madurar con sentido de verdadera responsabilidad, porque los dos, en la nueva familia que comienzan, no podrán ya contar con los demás para resolver problemas y dificultades, como ocurría en cambio cuando la nueva familia permanecía insertada dentro de la más grande familia patriarcal. La decisión, por esto, de dejar a la familia de origen para constituir otra, encuentra ulteriores incentivos para ser madurada responsablemente después de una consciente evaluación de la capacidad de asumir sus consecuencias.

8. *La procreación* ha pasado del campo de los «acontecimientos», es decir eventos dependientes de factores desconocidos e incontralables (la «casualidad» para el no creyente, la «Providencia de Dios» para los que creen), al de la elección, consciente y responsable, por parte de los esposos. Esto, merced también al conocimiento, finalmente verídico, de las leyes y mecanismos biológicos del proceso generativo. Conocimiento que ya de por sí contribuye a convertir en más auténtica y rica la responsabilidad, haciendo a las personas más conscientes de la realidad de sus actos.

9. Otro aspecto positivo en la procreación lo constituye la *calidad de las motivaciones que inducen a la decisión de generar*. En la sociedad y la civilización agrícola-artesanal, dos brazos más eran a menudo una adquisición ventajosa y duradera para la familia, y una futura esperanza para los padres de contar con asistencia y amor en su

vejez. Hoy, en cambio, todo hijo, en el plano del interés, es como una inversión a fondo perdido: exigirá mucho (en gastos, tiempo, dedicación, preocupaciones, etc.), y en cuanto pueda comenzar a rendir con su trabajo, tomará su propio camino. La decisión de generar, pues, puede más fácilmente inscribirse en la lógica de un amor que da gratis, sin esperar a cambio ventajas utilitarias.

El crecimiento en calidad humana influye no sólo en la decisión de engendrar, sino también en la relación padres-hijos. Éstos, en efecto, son más fácilmente queridos y amados por sí mismos, sin verse instrumentalizados en favor de sus padres. Estamos, pues, ante el tipo de relación para con los hijos que corresponde verdaderamente a su dignidad de personas.

10. *La educación de los hijos* no puede contar ya con una relativamente fácil transmisión de valores por ósmosis vital en el seno de la familia en una sociedad estática y con un marco de valores fundamentales compartido. Consiguientemente, la educación se ha vuelto una tarea más compleja y más difícil, que les exige a los padres, y por tanto incita a adquirir una preparación, entrega, compromiso y apertura que son un valioso incentivo para su crecimiento moral y espiritual.

11. En el clima imperante de democracia, con la creciente percepción de la dignidad de toda persona humana, se asiste en la familia a una decadencia del *autoritarismo*, casi siempre patrimonio del padre, y a la instauración de relaciones más respetuosas de la dignidad personal de cada uno de sus miembros.

12. En esta línea, y gracias a la acción de mucho otros factores, *la condición de la mujer* ha experimentado una rápida evolución hacia un efectivo reconocimiento de su dignidad y sus derechos de persona a la par del hombre, en la familia y en la sociedad.

13. Correlativamente, *el hombre*, además de una laboriosa pero debida redefinición de su figura y de sus papeles en todos los campos, pero especialmente en relación con la mujer, está volviendo a descubrir y recobrar en la familia la conciencia de las dimensiones de sus responsabilidades educativas como padre. El tema del redescubrimiento del padre está teniendo, en los últimos años, cada vez mayor cabida en la literatura sobre la familia.

14. *Las relaciones sexuales entre los cónyuges* ya no se encierran en el dilema: o al servicio de la procreación, o al servicio de una egoísta satisfacción de los instintos. Gracias, aquí también, a una serie de factores, y no en último lugar el aludido descubrimiento de significados y valores múltiples en la sexualidad y la sexualidad concebida como lenguaje (un punto que veremos más adelante), el acto conyugal ha surgido en su dignidad de expresión máxima y privilegiada del amor interpersonal entre los esposos y medio eficaz para su ulterior desarrollo.

15. *Las ciencias psicológicas* han puesto en evidencia, además, los dinamismos de la relación de pareja, a lo largo de las diversas fases y situaciones de su historia. Sobre esta base se ha podido descubrir, para los casos cada vez más frecuentes de relaciones alteradas, o de crisis, o por lo menos en dificultades, modalidades y tipos de intervención a menudo eficaces, verdaderamente respetuosos de la dignidad de las personas. A éstas, en efecto, se les ayuda ante todo a aclararse ellas mismas los términos reales de su verdadero problema, diverso casi siempre del que aparece en la superficie, y luego a elegir ellas mismas entre las varias soluciones posibles. Así fue como surgió la *asesoría conyugal* y los *consultorios* familiares.

La lista podría seguirse alargando todavía, pero sin aspirar nunca a agotar el tema.

No será, en cambio, superfluo hacer notar que, en la serie ahora expuesta de aspectos positivos de la situación, *no todos verifican la misma condición*. Algunos indican sólo las posibilidades que se han abierto, y que comienzan a ponerse en marcha, pero aún entre minorías restringidas; otros se han difundido ya ampliamente, hasta poderlos considerar como un dato de hecho, adquirido y consolidado, aun cuando todavía esté en fase de desarrollo y de expansión.

Para terminar, una última reflexión. Desde hace varios años, en diversas ocasiones y autorizadamente, los cristianos se han visto obligados a tomar como una de sus tareas prioritarias, en nuestra sociedad y nuestra cultura, la del *discernimiento*. De éste forma parte, evidentemente, el distinguir en la actual y compleja sociedad lo que se opone radical e irreconciliablemente con el mensaje cristiano y lo que, en cambio, puede, o lo está ya,

adoptarse en él para ser enriquecido posteriormente. En el campo que aquí nos interesa, el de la sexualidad, el matrimonio y la familia, lo que hasta ahora hemos expuesto quiere ser una modesta aportación para llevar a cabo el necesario discernimiento. Los aspectos positivos de la situación actual son auténticos *signos de esperanza*, como indicadores que son también de la presencia operante del Espíritu en la historia humana, gérmenes de vida nueva, que el creyente está llamado a descubrir *como llamamientos a una acción confiada* para contribuir eficazmente a su crecimiento y a su desarrollo»¹⁷.

¹⁷ CICCONE K., *Per una cultura della vita a partire della famiglia*. Turfn-Leumann: Elle di Ci, 1988: 35-37.

Anticoncepción y métodos cíclicos naturales: consideraciones

Felice D'Onofrio*

Desde hace un tiempo, la fertilización humana viene siendo objeto de frecuentes discusiones en el campo científico, así como en el teológico y en el político; pero en el presente se ha convertido en un verdadero tema de interés masivo al encargarse los medios de comunicación de llamar la atención sobre él de un público cada vez más amplio.

El problema se ha vuelto actual mayormente en relación con los diversos puntos de vista sobre el control de los nacimientos y las divergencias surgidas por los progresos de la técnica en el campo de la fecundación *in vitro* además de sobre la *vexata questio* de la interrupción del embarazo.

A parte las discusiones en el campo científico, a 20 años de distancia de la Encíclica *Humanae Vitae*, emanada por Pablo VI, se siguen registrando voces discordantes en el ámbito de algunos teólogos moralistas sobre la anticoncepción y, particularmente, sobre la relación entre los métodos naturales y los anticonceptivos estro-progestógenos orales. La oportunidad para una meditación de orden exclusivamente científico la ofrece una reciente entrevista de B. Häring¹, el conocido teólogo moralista, el cual formula reflexiones interesantes sobre la programación de los nacimientos en relación con la ética cristiana y propone una amplia investigación a fin de permitir al Magisterio «presentarse como voz profética creíble» para los hombres de nuestro tiempo. En ese artículo Häring enfatiza que es acertado no recurrir a los métodos artificiales si se puede lograr el objetivo de una paternidad responsable recurriendo a los «métodos cada vez más precisos de la programación de los nacimientos». Cuando esto no se logra, siempre

* Catedrático de Clínica Médica en la Universidad de los Estudios de Nápoles.

¹ HÄRING B., *Chiedere l'opinione dei Vescovi e dei Teologi*. Il Regno Attualità 1989; XXXIV, 609: 1-4.

salvando la armonía del matrimonio, se podría razonablemente recurrir a los métodos artificiales teniendo presente que el aborto «no puede tomarse jamás en consideración».

Precisamente sobre el acertado rechazo del aborto, la reciente intervención del ilustre moralista me ha inducido a releer un artículo suyo de 1976², repetido en italiano en 1977 por la *Rivista di Teologia Morale*³, en el que se aportan argumentos científicos como base del pensamiento expresado por Häring en aquella época acerca de la relación entre métodos naturales y anticoncepción. La actualidad del problema, las discusiones que después de más de veinte años surgen entre los moralistas y los investigadores y, finalmente, la atención que hoy todavía dedica Häring a una situación que tanta importancia tiene para la vida de la pareja, plantea comprensiblemente la pregunta sobre la evolución del pensamiento y sobre la validez de algunas consideraciones propuestas por el gran teólogo alemán hace varios años como consecuencia de algunas investigaciones médicas de aquel tiempo.

El interés del artículo de 1976 se deriva sobre todo del hecho de que el autor saca en él conclusiones morales ante algunas investigaciones concernientes al proceso de la reproducción en relación con la edad y vitalidad de los gametos, en base a observaciones científicas de las cuales resultaría una más frecuente pérdida de óvulos fecundados o abortos prematuros cuando se utiliza para la cópula el periodo final de la fase fértil en que se supone se da una mayor vejez de los gametos.

El amplio análisis que Häring hace en ese artículo plantea indudablemente interrogantes de notable interés moral, además del puramente científico; pero, al propio tiempo, estimula a releer y profundizar en las hipótesis propuestas por los investigadores citados ampliamente por él, a fin de calibrar mejor el tema sobre todo por los notables reflejos que tiene con los problemas éticos vinculados con la procreación. En particular, teniendo presente la afirmación que Häring hace en su reciente entrevista⁴ «el aborto no se debe tomar nunca en consideración», surgen ciertas per-

² ID., *New dimensions of responsible parenthood*. Theological Studies 1976; 31, 1: 120-132.

³ ID., *Nuove dimensioni della procreazione responsabile*. Rivista di Teologia Morale 1977; 33, 1: 109-124.

⁴ ID., *Chiedere l'opinione...*, p. 3.

plejidades sobre los métodos cíclicos naturales que el mismo autor en el artículo anterior considera «no sanos ni moralmente neutrales para el control de la natalidad», en cuanto que darían lugar a una «pérdida desproporcionada de cigotos, además de una frecuencia desproporcionada de abortos espontáneos»⁵.

Edad de los gametos y fertilidad

En la especie humana el proceso reproductivo no impone ninguna restricción de la actividad sexual en la época del estro ni el acto sexual induce a la ovulación, como ocurre en otras especies animales.

El huevo sería fecundable sólo durante un periodo de unas 24 horas después de la caída del cúmulo ovóforo⁶; en la especie humana, sin embargo, es mucho más difícil determinar el tiempo exacto de la ovulación.

Como se sabe, con amplias posibilidades de variación, en torno al día 14 del ciclo menstrual se da la expulsión del óvulo del ovario. En ese tiempo el cuerpo amarillo comienza a funcionar, resultando un aumento de los niveles de progesterona y un aumento en 2-4 décimas de grado de la temperatura basal⁷.

Se considera que la ovulación antecede inmediatamente al aumento de la temperatura.

La concepción podría ocurrir, en algunos casos, incluso después de un acto conyugal efectuado 4 días antes⁸ y, en casos extremos, después de 9 ó 10 días desde la ovulación en base al aumento de la temperatura basal⁹. Todo esto podría significar tanto una prolongada e inesperada supervivencia del esperma cuanto una ovulación ocurrida unos días antes del aumento de la temperatura.

⁵ ID., *Nuove dimensioni...*, p. 124.

⁶ ROS A., *Fondamenti scientifici della concezione*. Verona, 1976: 33.

⁷ BUXTON C.L., ENGLE E.T., *Time ovulation: a correlation between basal temperature, the appearance of the endometrium, and the appearance of the ovary*. Am. J. Obstet. Gynaecol. 1950; 60: 539-551.

⁸ MARSHALL J., *Statistical analysis of time of conception in relation to rise of temperature in 5,013 cycles*. Presented at United Nations World population conference, 1965, Belgrado, Yugoslavia, August 30-September 10.

⁹ VOLLMANN R.F., *Über fertilität und sterilität der frau innerhalb des menstruations cyclus*. Arch. f. Gynäk 1953; 182: 602-622.

Según las investigaciones de Abarbanel¹⁰, la ovulación podría ocurrir en un máximo de 3 días antes del aumento de la temperatura.

En cualquier caso, no parece muy fácil, en base al aumento de la temperatura, establecer el tiempo exacto de la ovulación, ni por otra parte es posible asegurarse de la efectiva capacidad fertilizante del esperma humano depositado en las vías genitales femeninas si no se dispone de un indicador seguro de la ovulación.

La vida efectiva del esperma, después de ser depositado en las vías genitales femeninas, es sumamente variable según las diferentes especies animales. El hombre y otros primates tienen, sin embargo, un comportamiento totalmente diverso en el proceso reproductivo y el periodo de supervivencia y de fecundabilidad del esperma en las vías genitales femeninas es muy breve en la fase no fértil, mientras es algo más largo en la fase fértil gracias a la presencia del moco cervical de tipo E.

El moco cervical es un factor muy importante para los fines de la fertilidad y su organización macromolecular experimenta variaciones cíclicas según la prevalencia de las hormonas estrogénicas o progestágenas. Se distingue, efectivamente, un moco cervical de tipo E o estrogénico, que es menos denso y por tanto permite el paso de los espermatozoides, y un moco de tipo G gestogénico, más denso, que impide el ingreso de los espermatozoides¹¹. La penetración de los espermatozoides en el moco cervical se inicia hacia el noveno día del ciclo menstrual, aumenta gradualmente hasta el día de la ovulación, persiste durante uno o dos días, y luego se inhibe hasta el ciclo sucesivo. Los espermatozoides pueden conservar su fertilidad en el moco cervical, y particularmente en el contenido en las criptas cervicales, durante un periodo más o menos breve dependiendo de su vitalidad intrínseca, periodo que en general no supera los 5 días¹².

¹⁰ ABARBANEL A.R., *Transvaginal pelviscopy further studies in fertility*. Proceedings of the 2nd World Congress on fertility and sterility 1956; 1: 1140-1159.

¹¹ ODEBLAD E., *The functional structure of human cervical mucus*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1968; 47, suppl. 1: 57.

¹² CHRETIEN F.C., *Le mucus cervical*. Enciclopedia Med. Chir., Gynecologie, París 1986; 62,A 10,12.

El espermatozoide podría envejecer también por la permanencia en las vías genitales masculinas en condiciones de abstinencia sexual¹³. Hay que tener en cuenta, no obstante, que el espermatozoide llega inmaduro aún al epidídimo proximal y madura sucesivamente en un periodo de muchos días, por lo que ya en condiciones normales incluso espermatozoide inmaduro entra en las vías genitales femeninas¹⁴.

En investigaciones experimentales¹⁵ se habría puesto de manifiesto que el porcentaje de fetos reabsorbidos o abortados aumentaría paralelamente al envejecimiento del espermatozoide; en la misma investigación, sin embargo, se observó también que no habría diferencia comparando el espermatozoide fresco del compartimento distal con el del compartimento proximal del epidídimo como causa de embriones defectuosos o de abortos precoces.

En el periodo de abstinencia sexual la proporción del espermatozoide viejo aumenta pero, aunque estén presentes espermatozoides anormales en la primera o segunda eyaculación, según las observaciones hechas por Lamman¹⁶ en el hombre, no parece que habría un aumento de concepciones anormales; esto porque los espermatozoides alterados serían en general incapaces de fecundar o de todos modos no parecen ser competidores de los espermatozoides normales en la penetración en el óvulo.

Además, dado que la nutrición del espermatozoide se mantiene mejor en las vías genitales masculinas, mientras que en las femeninas hay muchos leucocitos que lo fagocitan y con la dilución se produce una disminución de la supervivencia, el espermatozoide viejo que se encuentra en las vías genitales femeninas perdería su capacidad fertilizante mucho antes de que puedan ocurrir las alteraciones del material genético.

Esta afirmación de una cierta importancia no parece estar en la línea de lo que refiere Häring¹⁷, el cual aduce las investigaciones de

¹³ ORGEBIN-CRIST M.C., *Passage of spermatozoa labelled with thymidine-3-H through ductus epididymis of rabbit*. J. Reprod. Fertil. 1965; 10: 241-251.

¹⁴ LANMAN J.T., *Delays during reproduction and their effects on the embryo and fetus. I. Ageing of sperm*. New Engl. J. Med. 1968; 278: 993-999.

¹⁵ YOUNG W.C., *Study of function of epididymis III. Functional changes undergone by spermatozoa during their passage through epididymis and vas deferens in guinea pig*. J. Exper. Biol. 1931; 8: 151-162.

¹⁶ LANGMAN, *Delays during...*

¹⁷ HÄRING, *Nuove dimensioni...*, pág. 121, nota 22.

este autor precisamente para poner en evidencia las relaciones entre los gametos maduros y las anomalías cromosómicas. Por otro lado, a la luz de lo dicho hasta ahora, acerca del diferente estado del espermatozoides según se encuentre en las vías genitales masculinas o femeninas, parece bastante lógico prever que la selección en las vías genitales femeninas pueda servir para eliminar los espermatozoides menos eficaces o alterados y, por tanto, más fácilmente vulnerables.

El envejecimiento del óvulo puede concernir tanto al tiempo intrafolicular, esto es, cuando se le considera en el folículo más del tiempo normal, cuanto al tiempo después de la ovulación (sobremaduración post-ovulatoria), es decir cuando el óvulo es emitido en el tiempo normal pero la fecundación se produce más tardíamente.

Según estudios morfológicos¹⁸, los óvulos son normales si la ovulación se produce entre el día 13 y el 14, mientras en cambio se pueden advertir alteraciones cromosómicas si la ovulación ocurre después del día 14. La esterilidad femenina, o los abortos repetidos, en cambio, serían consecuencia de la ovulación tardía o de los ciclos monofásicos vinculados a insuficiencias secretorias hormonales.

En un artículo publicado en *Lancet*¹⁹ y citado por Häring²⁰, se refiere que los abortos espontáneos sobrevienen sobre todo en los primeros estadios del embarazo tanto durante la fase luteínica, sin que se advierta ninguna interrupción del ritmo natural, cuanto una semana o dos después de la fecundación; en ese caso se observa sólo una breve interrupción del ciclo menstrual que la mujer atribuye en general a un retraso trivial del ciclo por lo que, la mayoría de las veces, ni siquiera solicita el parecer del médico.

Resulta interesante observar cómo en ese artículo se subraya que el cálculo de la frecuencia de abortos espontáneos varía sensiblemente y muchas de estas variaciones se pueden explicar relacionándolas con el tipo de población estudiada o con el método

¹⁸ Cfr. PHILIPPE E., *Avortements spontanés*. Encyclop. Med. Chir. Obstetrique, París 1984; 5075, A10, 12.

¹⁹ *Spontaneous abortion*. *Lancet* 1975; September 27: 591-592.

²⁰ HÄRING, *Nuove dimensioni...*, pág. 114, nota 11.

de estudio. Además, parecería que no se diera ninguna proporción entre anormalidades cromosómicas y abortos repetidos.

Como se observa por los datos de Roberts y Lowe²¹, citados también por Häring²², no más del 22 por ciento de todos los óvulos fecundados están destinados a proseguir en su maduración hasta el nacimiento del niño.

Las observaciones se refieren, sin embargo, a mujeres entre los 20 y los 29 años por lo que hay que considerar que el porcentaje aumenta mucho para las mujeres de más de 30 años a medida que aumenta su edad.

Las observaciones relativas a los periodos más frecuentes de los abortos espontáneos, juntamente con los datos de Roberts y Lowe acerca de la gran incidencia de los abortos o de la no anidación del óvulo fecundado en las mujeres entre los 20 y los 29 años, ponen de relieve las notables dificultades que surgen cuando se quiere cuantificar o sacar conclusiones acerca de las posibles pérdidas de cigotos cuando se trata de regular los nacimientos con los métodos naturales.

Envejecimiento de los gametos y abortos espontáneos

Las reflexiones de Häring en el artículo citado publicado en 1976 se refieren a los métodos cíclicos naturales y parten de algunas consideraciones como la mayor frecuencia de abortos espontáneos por excesiva maduración de los espermatozoides y la posibilidad de un aumento de las anormalidades cromosómicas como consecuencia de fecundaciones con gametos viejos²³. Basándose en estos presupuestos, el autor saca la conclusión de que el método cíclico podría ser considerado en algunos casos como abortivo. Según Häring, el método cíclico más que una anticoncepción debería ser considerado como «un control de los nacimientos pero en sentido peyorativo», en cuanto que «sería una prevención del nacimiento por medio de un aborto espontáneo»²⁴ e incluso se

²¹ ROBERTS C.J., LOWE C.R., *Where have all the conceptions gone?* Lancet 1975, March 1: 498-499.

²² HÄRING, *Nuove dimensioni...*, pág. 120, nota 21.

²³ *Ibid.*, p. 112.

²⁴ *Ibid.*, p. 113.

podría configurar por tal método una similitud de acción como el de la píldora del día después o del DIU²⁵.

Por tanto, según el autor, «aunque se tratara sólo del derroche de cigotos antes de la anidación, debemos tener el valor de cambiar nuestra evaluación moral de manera que se aplique el método cíclico»²⁶ o mejor «no puede ciertamente calificarse como método sano y moralmente neutral de control de la natalidad: su apertura a la procreación no es apertura a la vida humana segura y sana. Esto causa una pérdida desproporcionada de cigotos además de una frecuencia desproporcionada de abortos espontáneos»²⁷.

Todas estas afirmaciones que tanto inciden en el campo ético y científico, hay que tomarlas en consideración precisamente por las notables implicaciones que pueden surgir sobre la debatida cuestión que implica plenamente a la ciencia y a la moral acerca de las intervenciones sobre la procreación y en especial sobre las interferencias que la anticoncepción, entendida en todas sus expresiones, tiene sobre el proceso reproductivo e incluso sobre la mujer misma.

Entre las diversas aportaciones científicas citadas, Häring pone particularmente de relieve la de Guerrero y Rojas²⁸ que incluso considera «el informe más clarificador» acerca de la mayor frecuencia de abortos por fecundación de gametos excesivamente maduros y por tanto lo toma como fundamento de las consideraciones que hace sobre el método cíclico como regulador de los nacimientos. Basándose en las investigaciones de Guerrero y Rojas, se subraya la manera como con los métodos cíclicos se tiene una elevada frecuencia de abortos espontáneos pero aún más frecuentemente pérdida de óvulos fecundados y abortos no advertidos, puesto que ocurren en las primerísimas fases del embarazo, esto es, en el momento del anidamiento o inmediatamente después. Todo ello podría ser atribuido al hecho de que los blastocitos derivados de gametos demasiado maduros no tendrían la ca-

²⁵ *Ibid.*, p. 114.

²⁶ *Ibid.*, p. 115.

²⁷ *Ibid.*, p. 124.

²⁸ GUERRERO R.V., ROJAS O.I., *Spontaneous abortion and aging of human ova and spermatozoa*. New Engl. J. Med. 1975; September 18: 573-575.

pacidad necesaria para una favorable anidación en el endometrio²⁹.

De la lectura de la publicación de Guerrero y Rojas se obtienen, sin embargo, algunos datos que proponen reflexiones sobre las conclusiones sacadas por Häring.

Ante todo, una primera consideración general es que de 965 casos de los que los autores tienen certeza, sobre la base de la afirmación de los cónyuges, de una sola inseminación durante el periodo fértil calculado con el método de la temperatura, se tuvo un 7.8 por ciento de abortos espontáneos; cifra claramente inferior a la referida por Roberts y Lowe³⁰ para las mujeres entre 20 y 29 años en general.

De las investigaciones de Guerrero y Rojas, además, no se puede sacar la edad de las mujeres y ese dato no lo cita tampoco el trabajo anterior de Guerrero referente al tiempo de inseminación y el sexo de los nacidos³¹.

Para definir el tiempo cero, es decir el momento más probable de la ovulación, los autores que acabamos de citar utilizaron el método de la temperatura. Sobre esta base se observó que el mayor número de abortos espontáneos se producía a 3 días del aumento de la temperatura, lo cual manifestaría una sobremaduración del huevo, y a 5 días antes del aumento de la temperatura, y esto significaría que había espermatozoides fecundantes más viejos. Basándose en estos datos los autores adelantan la hipótesis de que el método del ritmo cíclico podría ser particularmente riesgoso para la prosecución del embarazo. Hay que hacer notar que, incluso si los casos se han observado en clínicas especializadas en planificación familiar y en esterilidad, todo ello se basa siempre en el sólo recuerdo de los cónyuges acerca del día del acto conyugal y en la toma de la temperatura.

En el trabajo citado, además, no se menciona la época del aborto ni otras metodologías para poner en evidencia eventuales productos abortivos.

²⁹ GERRERO R.V., LANCTOT C.A., *Aging of fertilizing gametes and spontaneous abortion: effect of the day of ovulation and the time of insemination*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1970; 107: 263-267.

³⁰ ROBERTS-LOWE, *Where have...*, p. 498.

³¹ GUERRERO R.V., *Association of the type and time of insemination within the menstrual cycle with the human sex ratio at birth*. New Engl. J. Med. 1974; November 14: 1056-1059.

Es interesante notar que ya en 1975 Hecht y sus colaboradores³² objetaron algunos puntos de las afirmaciones de Guerrero y Rojas y en especial el hecho de que los datos obtenidos en la planificación familiar y las clínicas de la infertilidad no pueden representar un muestreo normal, ni por otra parte en la investigación se demostró la homogeneidad de los datos resultantes.

Por otro lado, la hipótesis sobre la vitalidad de los gametos viejos fue adelantada ya desde hace tiempo para diversas especies animales pero los datos obtenidos en el hombre prueban muy poca cosa. Además incluso Guerrero y Rojas dicen que Marshall³³, utilizando una metodología similar a la suya, no encontraron asociación entre edad de los espermatozoides y anormalidades o malformaciones congénitas del producto de la concepción.

En su artículo Häring³⁴, citando a Roberts y Lowe³⁵, refiere la opinión de estos autores quienes consideran difícil establecer la entidad natural de la pérdida de los cigotos antes y durante la anidación y que las pérdidas más grandes ocurren entre la fecundación y la anidación por lo que los abortos precoces no pueden ser ni advertidos ni comprobados.

En el artículo de Roberts y Lowe, más arriba citado, se alude también a la observación de Austin³⁶, según el cual la eliminación espontánea prenatal por reabsorción o aborto del embrión o el feto, sería una consecuencia de la anormalidad del producto de la concepción y todo ello entraría en el ámbito de una importante previsión de la naturaleza en un mayor interés de la raza.

En base a estas premisas y sus observaciones, Roberts y Lowe afirman que las mutaciones genéticas, ya en condiciones normales, y por tanto sin interferencia de ritmos cíclicos naturales o de productos hormonales farmacológicos, son mucho más comunes de lo que en realidad se observa en el nacimiento (de hecho son

³² HECHT F., PERNOLL M.L., MCCAW B.K., *Perinatology begins before conception*. New Engl. J. Med. 1975; September 18: 604-605.

³³ MARSHALL J., *A field trial of the basal-body-temperature method of regulating births*. Lancet 1968; July 6: 8-10.

³⁴ HÄRING, *Nuove dimensioni...*, p. 120, nota 21.

³⁵ ROBERTS-LOWE, *Where have...*, p. 498.

³⁶ AUSTIN C.R., *In reproduction in mammals* (Austin C.R., Short R.V. edits.), Londres 1972; vol. II: p. 134.

bastante raras las alteraciones cromosómicas en el porcentaje de los nacidos), pero esto manifiesta un recurso de la naturaleza que, para mantener la estabilidad genética, hace que 3 de cada 4 concepciones se pierdan.

Esta observación induce a los autores a considerar al aborto provocado como una función natural cualquiera no sólo para contener la cantidad de los nacidos sino también la calidad de la vida y por tanto concluyen que las leyes morales, éticas y legales del embrión, del feto o de la madre podrían ser muy diferentes de las que ahora se aplican.

Afirmaciones semejantes suscitan verdadera perplejidad puesto que, ante la perspectiva de un aborto provocado visto en función de la cantidad y calidad, parece oírse el grito de alarma que nuestra civilización ha lanzado por la drástica selección que se llevaba a cabo en la antigüedad en Esparta y que más recientemente implicó la locura hitleriana en el inhumano proyecto sobre la pureza de la raza. Por otro lado, el mismo control de la natalidad podría interferir sobre los mecanismos de la selección natural³⁷.

Alteraciones cromosómicas y fertilidad

El problema de las alteraciones cromosómicas en relación con las modalidades de la fecundación merece una alusión particular tal como lo pone especialmente de relieve incluso Häring, el cual entre otros cita a Hellegers³⁸ que por aquella época dio a conocer, en la sección biológica de la Comisión Pontificia sobre los problemas de la población, la hipótesis de que la fecundación con gametos excesivamente maduros podría inducir incluso en la fecundación humana el fenómeno observado en los animales de las anomalías cromosómicas. Entre las investigaciones científicas citadas, Häring enumera también las de Yamamoto e Ingals³⁹.

³⁷ Cfr. LUGARO P., «Contaminazione genetica» allarme-invito a selezionarè. Avvenire, miércoles 6 de diciembre de 1988.

³⁸ HÄRING, *Nuove dimensioni...*, pág. 111, nota 4.

³⁹ YAMAMOTO M., INGALS T.H., *Delayed fertilization and chromosome anomalies in the Hamster Embryo*. Science 1972; 176: 518-521.

Estos autores dan cuenta de experimentos en ratones en los cuales, mediante artificios experimentales, provocaron un retraso en la ovulación y la cópula y por tanto una fertilización gradualmente retrasada en el tiempo. En tales condiciones los autores refieren que un retraso de la cópula podría comportar un aumento en la tasa de óvulos no fecundados y de fetos no reabsorbidos. En los embriones sobrevivientes se daría una alta prevalencia de aberraciones cromosómicas. Hay que subrayar que estos experimentos se llevaron a cabo haciendo variar notablemente el ritmo del estro y de la ovulación mediante artificios de laboratorio, que representan ciertamente variables que hay que tener en cuenta en la interpretación de los resultados que lógicamente no pueden ser extrapolados a la fecundidad humana considerada en los límites de la fisiología.

En el ámbito de las alteraciones cromosómicas se habrían señalado defectos en algunas especies por una sobremaduración preovulatoria⁴⁰; además se proyectó la hipótesis de que las mujeres que recurren al método de los ritmos cíclicos naturales podrían correr un especial riesgo de una posible fertilización retrasada. En realidad, releando la colaboración publicada en *Nature*⁴¹ sobre este tema, nos quedamos perplejos al observar cómo sobre la base de algunas observaciones de difícil confiabilidad, por lo demás discordantes entre sí, se pueden sacar indicaciones negativas sobre los métodos cíclicos naturales. Además, suponer que la incidencia del síndrome de Down puede variar según la confesión religiosa que proponga o no el método rítmico en presencia de datos estadísticos no significativos, parece cuando menos un pretexto.

Es interesante la observación hecha por algunos autores⁴² según los cuales, aunque haya una alta incidencia de defectos cromosómicos en los fetos abortados, tal cosa no se da en los abortos recurrentes, en los que el porcentaje de defectos cromosómicos es menor.

⁴⁰ FUGO N.W., BUTCHER R.L., *Overripeness and the mammalian ova I: overripeness and early embryonic development*. *Fertil. Steril.* 1966; 17: 804-814.

⁴¹ WELCH J.P., *Down's syndrome and human behaviour*. *Nature* 1968; 219: 506.

⁴² WRIGHT C.S.W., CAMPBELL S., BEAZLEY J., *Second-trimester abortion after vaginal termination of pregnancy*. *Lancet* 1972, June 10: 1278-1279.

Tab. 1
Detailed histories of mongoloid births, Framingham, Massachusetts, 1967-71
(Tomado de: INGALS T.H., *Maternal health and mongolism*. Lancet 1972; July 29: 214).

Date	Baby		Age (yr.)	Gravidity	Parity	Maternal history
	No.	Sex				
1971 Nov. 27 Nov. 30 Sept. 28 July 30	1	M	20	1	5	Unplanned pregnancy. Foam jelly contraceptive. Has had D. and C.; appendectomy, cholecystectomy, and sympathectomy. Pregnancy not Planned. Rhythm method. Excellent health. Had used pill for 6 mo. after 1st child was born; did not become pregnant for over a year. Further pregnancy thought unlikely because of endometriosis and fibroids. Had never used contraceptives. Last pregnancy produced stillborn term infant. Has had two major depressions. Irregular periods 35-42 days. Judging by L.M.P. was 1 month overdue, i.e., long cycles, late fertilisation. In excellent health. Unplanned; basal temperature method. 'Gantrisin' for pyelonephritis started 3 days before L.M.P. Pregnancy probably not planned.
	2	F	42	6		
	3	F	28	2	1	
	4	M	40	4	2	
	5	M	29	4	2	
June 1 April 12 Jan. 22 1970	6	F	42	11	7	Irregular menstrual cycle. Infertile for 10 years; had not expected to conceive. Unplanned. Was taking oral contraceptive. Had active infection (pelvic inflammatory disease) at conception. Treated with tetracycline.
	7	F	33	4	3	
	8	M	38	3	2	
	9	M	37	7	6	
Aug. 13 May 10 April 20 Jan. 23 1969	10	F	35	2	1	In 1956, aet. 19, had dull pain, right lower quadrant, with menstruation, diagnosed as endometriosis. Ovarian cystectomy, uterine suspension, and appendectomy performed. Spastic colon afterwards. Conception late in menstrual cycle. Rhythm method.
	11	M	31	5	4	
	12	F	18	1		
	13	F	32	4	2	
1968 Feb. 8 1967 Nov. 29 July 11 Feb. 25	14	M	21	1		Risked pregnancy in late menstrual cycle. Circumvallate placenta. Had two children in 1967. Circumvallate placenta. Had primary infertility. Conceived late in menstrual cycle. 4 other children, 16, 14, 12, 10 years older than patient.
	15	M	18	2	1	
	16	M	30	1		
	17	F	36	5	4	

Todo esto indica la gran pluralidad de causas que provocan el aborto, y lo difícil que es sacar conclusiones más generales cuando se examina un proceso como la fertilización del óvulo, su implantación y el desarrollo de su formación desde la mórula al embrión, al feto y finalmente al nacimiento del nuevo ser.

Los resultados de Ingals⁴³, citados también por Guerrero y Rojas⁴⁴, acerca de la posibilidad de que las causas del mongolismo en el hombre haya que atribuirles a un retraso de la fertilización del óvulo, además de otras causas, dejan más bien perplejos, sobre todo por lo que se refiere a la afirmación sobre la fertilización retardada. De hecho, en el estudio Framingham sobre 25,000 nacidos presentado por el autor, mientras parece claro que la edad materna superior a los 35 años puede ser la causa más frecuente de malformaciones, no parece lo mismo por lo que se refiere al uso de los métodos cíclicos naturales. En realidad, por los datos presentados por el autor (véase Tab. 1), se observan casos de mujeres de menos de 24 años en los que parece discutible la afirmación sobre la atribución al uso de los métodos naturales de una mayor frecuencia de mongolismo, dado que, en las 4 mujeres citadas, la historia clínica pone en evidencia la posibilidad de que otras causas pudieran haber intervenido en la malformación. Igualmente parece poco probable poder atribuir a una hipotética concepción retardada los dos casos de mongolismo reseñados en mujeres de menos de 24 años.

Controversias

Son ciertamente muy interesantes los estudios sobre las alteraciones de la concepción en relación con la edad y la vitalidad de los gametos.

Precisamente el profundo y rápido cambio cultural de nuestra época, relacionado con el progreso en el campo científico, aunque debe llevar a una mayor conciencia y responsabilidad por parte de

⁴³ INGALS T.H., *Maternal health and mongolisme*. Lancet 1972; July 29: 213-215.

⁴⁴ GUERRERO-ROJAS., *Spontaneous abortion...*, p. 573.
Gaudium et Spes, n. 50.

los cónyuges respecto de la procreación, debe tener también en cuenta las leyes inmutables de la naturaleza que están en la base de cualquier proceso fisiológico.

A diferencia de algunas especies animales, en las cuales la ovulación se produce durante la cópula, en la especie humana hay una separación entre ambas actividades, al ser la ovulación una expresión rítmica en el tiempo. Por eso mismo, considerar el método cíclico de control de la natalidad como abortivo o como algo que facilita el aborto espontáneo porque el envejecimiento de los gametos predispondría a alteraciones tanto del producto de la concepción como de su anidación, es, a mi juicio, una afirmación por lo menos aventurada, dado que actualmente siguen siendo muy escasos los conocimientos sobre la vitalidad de los gametos en relación con su producción.

Por otra parte, es ciertamente poco confiable sacar consecuencias acerca de la mayor frecuencia de abortos espontáneos basándose en observaciones realizadas durante la inseminación artificial, dado que la misma técnica de obtención y de inseminación del esperma es lo más innatural que hay, y por tanto no es extraño que pueda ser causa de aborto o de alteraciones del producto de la concepción.

Como dice la *Gaudium et Spes*⁴⁵, los padres tienen una responsabilidad positiva desde el momento mismo de la concepción. Yo creo que esta responsabilidad debe abarcar a todo el estado psíquico y físico del hombre y de la mujer que se dispongan a concebir; tabaco, droga, alcohol, excitantes diversos o actos al límite de lo natural, son factores todos que pueden ciertamente influir negativamente en el momento de la concepción. Estas situaciones son mucho más importantes que la elección del día infecundo para la relación sexual, al que Häring muestra tener cierto temor, considerando incluso que se trata de una práctica que probablemente podría llevar al aborto indirecto, por lo que «se pondría en serio peligro nuestra credibilidad sobre la posición

⁴⁵ INGALS T.H., *Maternal health and mongolisme*. Lancet 1972; July 29: 213-215.

⁴⁶ GUERRERO-ROJAS., *Spontaneous abortion...*, p. 573.
Gaudium et Spes, n. 50.

respecto del aborto y en especial de toda la vida humana». Häring añade que «la elección de días particulares para la relación sexual antes o después de la ovulación comporta un riesgo mayor para la vida y la salud de los embriones»⁴⁶, y saca de ello consecuencias morales. En este contexto cita el trabajo de Hecht y colaboradores⁴⁷. Sin embargo, son precisamente estos autores los que ponen en duda la validez de la metodología seguida por Guerrero y Rojas; considerando más bien que son aún muy escasas las pruebas que pretenden relacionar los abortos espontáneos o las anormalidades cromosómicas con el envejecimiento de los gametos. Por otro lado, leyendo atentamente las investigaciones de Guerrero y Rojas, los porcentajes de probabilidad de aborto en relación con el presunto envejecimiento de los gametos parecen en cierto sentido discutibles por las grandes diferencias entre los sujetos examinados y también en relación con los días particulares de inseminación, tratándose además de parejas que usaban el método de la temperatura, de cuya confiabilidad existen muchas dudas, dado que presenta un alto margen de error⁴⁸. De hecho la temperatura basal no ofrece ninguna información sobre la fertilidad pre-ovulatoria, sino sólo sobre la post-ovulatoria; por lo cual, queriendo distanciar o evitar la concepción, sólo se puede utilizar el periodo que sigue a la subida térmica desde el cuarto día en adelante.

En relación con el presunto envejecimiento de los gametos respecto de la inseminación, parece muy oportuna la observación de Thibault, según el cual más que la edad fisiológica de los gametos, lo que se debe tener en cuenta es su maduración, que, particularmente para el espermatozoide, tiene lugar en el tracto cervical del útero⁴⁹.

Pero aparte las investigaciones citadas por Häring, que en realidad parecen haber sido utilizadas para atacar al método cíclico, a distancia de varios años estos métodos rítmicos se consi-

⁴⁶ HÄRING, *Nuove dimensioni...*, pág. 113.

⁴⁷ HECHT-PERNOLL-MCCAW, *Perinatology begins...*

⁴⁸ LENTON E., WESTON G.A., COOKE I.D., *Problems in using basal body-temperature recordings in an infertility clinic*. Br. Med. J., 1977: 1: 803-805.

⁴⁹ Cfr. BONOMI G., *Häring attacca Paolo VI, l'Humanae Vitae e i sostenitori di tale enciclica*. La Coppia 1977; 51-52: 83-104.

deran aún como una expresión «de las variaciones fisiológicas para determinar el periodo fértil»⁵⁰.

En realidad, es precisamente éste el objetivo fundamental de las investigaciones de Guerrero y Rojas y de los autores citados por Häring, esto es, el de verificar la posibilidad de concebir incluso en días diferentes del periodo fértil.

Si los métodos cíclicos parecen los menos seguros para limitar el embarazo, hay que decir que en el curso de estos últimos años se han incrementado las investigaciones sobre los mismos, por lo cual, conjuntando diversas observaciones como las de la temperatura, la del moco cervical o la medición de los estrógenos y del prenandiol urinario, se está buscando lograr una metodología más segura, de modo que se puedan reducir al mínimo los días de abstinencia. Al mismo tiempo la cada vez mayor posibilidad de llevar a cabo en el domicilio propio las mediciones hormonales hace posible un conocimiento más preciso de los días fecundos.

En el ámbito de la anticoncepción considero que no es científicamente exacto confrontar los métodos cíclicos con los físicos, químicos u hormonales en cuanto que, mientras los primeros son expresión sólo de una abstinencia de un acto fisiológico facultativo, los otros en cambio interfieren de todos modos en el proceso fisiológico de la reproducción. Aparte de la esterilización, que es la abolición de una función indispensable para la misma evolución fisiológica del ser durante el desarrollo de su vida, condón, diafragma, espermaticidas y anticonceptivos orales representan todas manipulaciones de la función sexual que se llevan a cabo a nivel del cuello o bloqueando las funciones hormonales mediante la administración excesiva de esas mismas hormonas.

Parece claro, por esto, lo difícil y forzado que resulta hacer un juicio de negatividad moral, o tan siquiera de paridad, respecto de los métodos rítmicos a los que ciertas investigaciones atribuirían, basándose en una medición discutible como lo es la de la temperatura, una hipotética pérdida de cigotos fecundados en relación con una más hipotética aún ovulación precoz o tardía o con un mayor envejecimiento de los espermatozoides. A parte de la notable difi-

⁵⁰ MISHALL D.R. Jr., *Contraception*. New England J. Med. 1989; March 23: 777-787.

cultad para verificar y controlar semejante eventualidad, los métodos rítmicos son todos expresión de periodos de abstinencia que no interfieren en lo más mínimo en alguna función fisiológica y mucho menos pueden acarrear alteraciones al complejo de los aparatos sexuales masculino y femenino, a diferencia de lo que sucede con todos los otros métodos verdaderamente anticonceptivos.

A este propósito es muy significativo el que, en un reciente informe sobre la anticoncepción⁵¹, mientras no se alude para nada a la peligrosidad o alteración cualquiera de los gametos por los métodos naturales cíclicos, se refieren en cambio las posibles alteraciones consiguientes a los anticonceptivos físicos, químicos y hormonales.

Resultaría demasiado largo enumerar las numerosas observaciones en este campo; parece oportuno hacer sólo alguna alusión a los efectos de los anticonceptivos orales que son ciertamente los que más se usan en la actualidad.

Barajando las posibles complicaciones, no hay que subestimar las investigaciones de las que se saca en conclusión que en mujeres de menos de 45 años, las cuales habían utilizado anticonceptivos orales durante muchos años, se observaba un más alto riesgo de cáncer de mama, especialmente en las mujeres jóvenes⁵².

Muchos estudios refieren, además, que el uso de los anticonceptivos orales lleva a una creciente incidencia tanto de la displasia del cérvix, cuanto del carcinoma epidermoide y del adenocarcinoma cervical, razón por la cual esos compuestos deben ser considerados como de alto riesgo, de manera que hacen aconsejable una citología cervical una vez al año, especialmente si el uso es continuo y dura desde hace más de cinco años⁵³.

Parece, además, que los anticonceptivos orales podrían ser un factor de riesgo en el desarrollo de los melanomas⁵⁴.

En mujeres fumadoras que utilizaban también anticonceptivos, se han observado anomalías o alteraciones cromosómicas del

⁵¹ *Ibid.*

⁵² MERIK O., LUND E., ADAMI H.O., BERGSTROM R., CHRISTOFFERSEN T., BERGSJO P., *Oral contraceptive use and breast cancer in young women.* Lancet 1986; September 20: 650-653.

⁵³ OMS, *Collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. Invasive cervical cancer and combined oral contraceptives.* Br. Med. J. 1985; 290: 961-965.

⁵⁴ HOLLY E.A., *Cutaneous melanoma and oral contraceptives: a review of case-control and cohort studies.* Recent Results Cancer Res. 1986; 102: 108-117.

producto de la concepción⁵⁵.

Dado que los estrógenos inhiben la acción de la prolactina sobre los receptores del tejido mamario, el uso de anticonceptivos conteniendo estrógenos puede llevar a la disminución de la producción láctea⁵⁶.

Hay que considerar luego los efectos sobre el metabolismo a la luz de la descomposición hormonal de los anticonceptivos orales; por ejemplo, el etinilestradiol puede llevar a un incremento de producción en el hígado de diversas globulinas responsables del proceso de coagulación y por tanto a un creciente riesgo de tromboembolias⁵⁷.

El componente estrogénico del anticonceptivo oral puede provocar, además, un aumento del angiotensinógeno, lo cual comporta un aumento de la tensión arterial⁵⁸.

En cambio, cuando aumenta el porcentaje de progestágenos en los anticonceptivos orales, se puede observar una respuesta anormal de la tolerancia a la glucosa⁵⁹, así como pueden aumentar las lipoproteínas de alta densidad y el colesterol⁶⁰. Parece, finalmente, que en las mujeres «consumidoras» de anticonceptivos puede haber mayor riesgo de trombosis venosa, mientras que no se apreciaría una significativa incidencia de infarto del miocardio, especialmente cuando las mujeres evitan el fumar⁶¹.

Estas breves anotaciones sobre los datos más recientes en el tema de eventuales complicaciones por anticonceptivos pretenden indicar solamente que se trata de composiciones hormonales, aunque

⁵⁵ HARLAP S., SHIONO P.H., RAMCHARAN S., *Congenital abnormalities in the off-spring of women who used and other contraceptives around the time of conception*. Int. J. Fertil. 1985; 30: 39-47.

⁵⁶ KOETSAWANG S., *The effects of contraceptive methods on the quality and quantity of breast milk*. Int. J. Gynecol. Obstet. 1987; 25: Suppl.: 115-127.

⁵⁷ MEADE T.W., *Oral contraceptives, clotting factors, and thrombosis*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982; 142: 758-761.

⁵⁸ WILSON E.S.B., CRUICKSHANK J., MC MASTER M., WEIR R.J., *A prospective controlled study of the effects on blood pressure of contraceptive preparations containing different types and dosages and progestogen*. Br. J. Obstet. Gynecol. 1984; 91: 1254-1260.

⁵⁹ SPELLACY W.N., *Carbohydrate metabolism during treatment with estrogen. Progestogen and low-dose oral contraceptives*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982; 142: 732-734.

⁶⁰ KNOPP R.H., WALDEN C.E., WAHL P.W., HOOVER J.J., *Effects of oral contraceptives on lipoprotein triglyceride and cholesterol: relationships to estrogen and progestin potency*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982; 142: 725-731.

⁶¹ STAMPFER M.J., WILLET W.C., COLDITZ G.A., SPEIZER F.E., HENNEKENS C.H., *A prospective study of past use of oral contraceptive agents and risk of cardiovascular diseases*. New Engl. J. Med. 1988; November 17: 1313-1317.

sean sintéticas, las cuales, por la diversa preponderancia del componente estrogénico o progestágeno, pueden acarrear alteraciones de algunos sistemas; por lo que está claro que es necesario afinar cada vez más la investigación para evitar en lo posible alteraciones orgánicas por su uso en los casos en que esos fármacos están indicados, por otro lado es necesario tener presente que en un sujeto sano su utilización interfiere de todos modos con las hormonas de producción endógena, llevando inevitablemente a una desviación en el curso normal de los procesos fisiológicos.

Si de la literatura no parecen emerger datos significativos de una mayor incidencia de abortos espontáneos⁶², ni de anomalías cromosómicas⁶³ con el uso de anticonceptivos orales, parece verdaderamente aventurado afirmar, basándose fundamentalmente en los datos de Guerrero y Rojas, que los métodos naturales son, en cambio, responsables de más abortos espontáneos. Incluso la mayor incidencia de anomalías cromosómicas como consecuencia de métodos cíclicos naturales, referidos por Häring⁶⁴, parece ser desmentida por las investigaciones llevadas a cabo en muchos centros de la Organización Mundial de la Salud que, por el contrario, no ponen de manifiesto un aumento de anomalías congénitas en recién nacidos de embarazos no deseados cuando se están utilizando métodos cíclicos⁶⁵.

Pasados ya varios años —como por otra parte puede demostrarse fácilmente según un reciente informe⁶⁶—, yo creo que puede afirmarse la buena adhesión a la fisiología de los métodos naturales, aun cuando su uso pueda resultar a veces menos fácil o menos aceptable en la vida de la pareja, así como es irrefutable que el uso de los anticonceptivos orales en un sujeto sano interfiere de algún modo en los procesos fisiológicos.

Basándose en ciertas observaciones parece ya aceptado que la mujer puede concebir si tiene relaciones como máximo dentro de

⁶² VESSEY M., MEISLER L., FLAVEL R., YEATES D., *Outcome of pregnancy in women using different methods of contraception*. Br. J. Obstet. Gynecol. 1979; 86: 548-556.

⁶³ JACOBSEN C., *Cytogenic study of immediate post contraceptive abortion*. Report of a study under Food and Drug Administration contract, 1974.

⁶⁴ HÄRING, *Nuove dimensioni...*, pág. 121, nota 22.

⁶⁵ OMS, *A prospective multicentre Study of the Ovulation Method of Natural Family Planning. The Outcome of Pregnancy*. Fertil. Steril. 1984; 41: 593.

⁶⁶ MISHELL, *Contraception...*

los siete días desde el periodo fértil de su ciclo menstrual. Es de desear que la investigación continúe para poner a punto metodologías cada vez más simples y seguras acerca de los periodos fértiles e infértiles, de manera que se puedan proporcionar datos más ciertos a la pareja sea que quiera utilizar anticonceptivos orales o recurra a los métodos rítmicos naturales. Respecto de estos últimos, el uso de diversas observaciones puede resultar muy útil y especialmente ahora que se han puesto a punto técnicas mucho más sencillas que puede aplicar en su misma casa la mujer, como por ejemplo la de inmunodosificación de los estrógenos y del pregnandiol urinario⁶⁷. De esta manera pueden monitorearse incluso las variaciones hormonales que tanta importancia tienen para los periodos de fertilidad e infertilidad.

A veinte años de distancia de la *Humanae Vitae* la confrontación de opiniones contrapuestas sirve de estímulo para la investigación y representa, a mi juicio, la vitalidad de un problema aún actual tanto en el aspecto moral como en el científico.

Consideraciones finales

Personalmente considero que las recientes tomas de posición de los moralistas han sido sumamente útiles puesto que me han dado pie para revisar investigaciones antiguas y recientes, por las que se advierte igualmente la notable atención prestada por los investigadores al momento más importante para el hombre como lo es el del inicio de la vida. Y es este comienzo, y todo el complejo aparato hormonal y sexual del varón y de la mujer, predispuestos para dar continuación a la vida, lo que debemos considerar siempre en la fisiología que representa, en último análisis, la expresión de la ley biológica querida por Dios. En ese contexto, ciertamente, hay que considerar los métodos para el control de la natalidad que se basan en la abstinencia durante algunos días del ritmo cíclico, como

⁶⁷ BROWN J.B., BLACKWELL L.F., BILLINGS J.J., CONWAY B., COX R.I., GARRET G., HOLMES J., SMITH M.A., *Natural family planning*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1987; 157: 1082-1089.

plenamente en concordancia con los procesos fisiológicos que regulan las relaciones entre los cónyuges, y por tanto las hipotéticas alteraciones del producto de la concepción, o la expulsión del mismo —presumiblemente ligadas a una fecundación retardada con gametos viejos—, forman parte de la historia común de la investigación, la cual avanza también confrontando las opiniones, manifestación a veces de visiones parciales y preconcebidas. En este sentido, la reciente entrevista de Häring que no alude ya a lo que él mismo afirmaba en el citado artículo de 1976⁶⁸ sino que subraya la necesidad de «alcanzar la finalidad de una paternidad y una maternidad responsable y de un amor conyugal fiel, recurriendo a métodos cada vez más precisos de la programación familiar», expresa la seriedad y la plena adhesión del investigador a la evolución y al progreso científico. Por otra parte, el hecho de que Häring mismo, en su reciente entrevista, afirme que «el recurso a métodos artificiales para una programación familiar responsable representa el problema más grave que el uso de una pastilla para el dolor de cabeza» y que «el aborto no debe ser tomado nunca en consideración», representa a mi parecer la respuesta a la cuestión que me planteé acerca de las conclusiones que, con base en la investigación científica consultada, el autor había sacado sobre los métodos rítmicos naturales en el artículo de 1976.

Los métodos cíclicos naturales pueden considerarse, por tanto, como uno de los tipos de relación de la pareja en el que los cónyuges no están envueltos en una obsesiva búsqueda de la relación sexual que no deja lugar a una convivencia basada en un amor que abarque también los valores del espíritu y no exija a la mujer, y a veces también al hombre, alterar su propia fisiología con el sólo propósito de una satisfacción egoísta de los sentidos.

Es de desear que el hombre se dé cuenta de esta verdad y que recuerde siempre que el producto de la concepción es la obra más bella de la Creación, y en ese sentido todo lo que lo inhibe, o peor aún, lo destruye, significa un rechazo o desprecio de la ley eterna de Dios. Admitido lo cual, las recientes polémicas sobre la píldora

⁶⁸ HÄRING, *Chiedere l'opinione...*, pág. 3.

abortiva representan la expresión de la inquietud que invade a la humanidad frente a los ataques cada vez más repetidos contra la vida y que manifiestan una absoluta falta de todo sentido moral.

En este avanzar de la investigación, que induce cada vez más al hombre a verse sólo a sí mismo y su egoísmo ignorando el daño que provoca a su organismo, yo creo que los investigadores deben revisar y enmarcar los estudios teniendo siempre como fin al hombre integral con todo el ciclo biológico en que está inmerso, y que algunos moralistas deberían ser menos posibilistas al aceptar manipulaciones de la fisiología del hombre so pretexto de una psicología de perspectivas casi exclusivamente inmanentes.

Documentación

*

Del Magisterio del Santo Padre

I

El Papa a los fieles de Guinea Bissau: unidad y fidelidad en el amor conyugal

Mis queridos hermanos y hermanas
en nuestro Señor Jesucristo:

1. «iConsiderad vuestra vocación!» (1 Cor 1,26).

Estas palabras, dirigidas por el Apóstol san Pablo a los primeros cristianos de Corinto, las dirige la Iglesia a cuantos participan en la celebración de la Eucaristía, la santa misa, de este cuarto domingo del año litúrgico. Y las repite hoy el Obispo de Roma, Sucesor de Pedro, en esta visita que os hace aquí, en Guinea Bissau. «iMirad, hermanos, quiénes habéis sido llamados!».

iLlenaos de confianza al considerar vuestra vocación! «Ha escogido Dios lo débil del mundo, para confundir lo fuerte» (v. 27). Os escogió a vosotros que, humildes y pobres, no os gloriáis delante de los hombres,

sino solamente delante de nuestro Señor Jesucristo, ciertos de que Él es para vosotros «sabiduría, justicia, santificación y redención» (v. 30).

Que Dios os bendiga y os haga felices, hermanos y hermanas de los varios grupos étnicos que componen el pueblo de Guinea Bissau: balantas y fulas, manjacos y mandingas, pepeis y todos los demás.

Sed todos bienvenidos a esta celebración eucarística: vosotros, los que pertenecéis a la comunidad católica; vosotros, los hermanos de otras confesiones cristianas, que queréis participar con nosotros en la oración; y vosotros, los que aún esperáis de la Iglesia la luz de Cristo y el anuncio de su Palabra.

Mi saludo se extiende igualmente a los amigos musulmanes, así como a cuantos, siguiendo otras creencias, especialmente las más tradicionales de Africa, adoran al único Dios, el Creador del cielo y la tierra, el Dios vivo, misericordioso y omnipotente, que se reveló a los hombres.

Saludo en particular a las autoridades: a los representantes del Gobierno y de las instituciones públicas. A ellos va mi gratitud por la acogida y la hospitalidad. Pido a Dios que se mantengan y se prodi-

guen aquí la concordia y la colaboración entre todos los que sirven a este pueblo y a su comunidad eclesial.

2. Considerad —continúa el Apóstol— la vocación que tenemos en Jesucristo: «al cual hizo Dios para nosotros sabiduría de origen divino, justicia, santificación y redención, a fin de que, como dice la Escritura: “el que se gloria, gloríese en el Señor” (1, 30-31)».

Y ¿cuál es la vocación que tenemos en Jesucristo?

Es Él mismo, el Señor, quien nos da una respuesta muy profunda en el sermón de la montaña, con el mensaje de las ocho bienaventuranzas. Acabamos de oírlas, ahora mismo, en la lectura del evangelio de este día:

Felices los pobres, que lo son en su interior, en espíritu;

felices los que lloran;

felices los mansos, los humildes;

felices los que tienen hambre y sed de justicia;

felices los misericordiosos;

felices los puros de corazón;

felices los constructores de la paz;

felices los que sufren persecución por causa de la justicia.

Estas bienaventuranzas —las ocho bienaventuranzas del sermón de la montaña— muestran de forma muy clara cuál es nuestra vocación en Jesucristo, en este mundo.

La vocación cristiana se nos da en el sacramento del bautismo y se refuerza con el de la confirmación. Pero se expresa en plenitud a través de la Eucaristía, de este sacramento en el que estamos participando. Estos tres sacramentos se llaman «los sacramentos de la iniciación cristiana».

3. La vocación de todos vosotros que aquí, en Guinea Bissau, constituís la Iglesia de Cristo es la de las bienaventuranzas.

Estáis radicados en Cristo y sois vivificados por Él, como miembros vivos de su Cuerpo, sarmientos de la misma vid, brotes de olivo injertados en el único tronco.

Vuestra vocación os exige, por tanto, que produzcaís fruto, según vuestra manera específica de estar en Cristo, es decir, en comunión con Él. Dar fruto es exigencia esencial de la vida cristiana; de este modo, comunión y misión caminan juntas y una implica la otra. Quien no da fruto, quien se dispensa de trabajar en la misión que Cristo le confió, o no responde a la invitación de anunciar el Evangelio, se excluye a sí mismo de la vida y de la comunión con el Maestro. Él es, al mismo tiempo, la fuente y el fruto de la misión (cfr. *Christifideles laici*, n. 32).

Queridos hermanos y hermanas de Guinea Bissau, procurad tomar conciencia de vuestra vocación, que

es esencialmente misionera: Cristo os llamó para que por vosotros, en vuestra tierra, todos conozcan y acepten la vida nueva, que entró en la historia del mundo a través del Hijo de Dios.

4. Procurad tener siempre presente la comunión misionera que os une con las iglesias particulares de Africa y que compromete vuestra comunidad en el testimonio de tantos otros hermanos del continente. Sed, por tanto, vigilantes, generosos y perspicaces en discernir las funciones y responsabilidades que os han sido confiadas, para que deis a conocer el significado genuino de la vida cristiana en el corazón de las tradiciones culturales y religiosas de estas tierras africanas, felices por descubrir en ellas las semillas del Verbo. Atended a las profundas evoluciones que se han dado en los tiempos recientes, prontos a interpretar e iluminar riquezas y problemas con la luz del Evangelio, en diálogo sincero y comprensivo.

Como sabéis, es también ésa una de las finalidades que se propone la asamblea especial del Sínodo de los Obispos que va a tratar el tema de la Iglesia en Africa en el umbral del tercer milenio. Estamos cada vez más cerca de este acontecimiento, que deberá constituir para todos los cristianos de Africa un momento privilegiado y de responsabilidad en

el complejo camino de la evangelización. Muchas amadas poblaciones, de las que me siento hoy, de manera especial, muy próximo tienen puestas grandes esperanzas en ella.

5. La comunidad católica de Guinea Bissau vive en una sociedad caracterizada por un clima de paz, de tolerancia y de respeto entre las comunidades religiosas que integran la población. Muchos aquí miran a la Iglesia católica con interés y viva esperanza, confiando en su mensaje. La ven con simpatía muchos hermanos musulmanes. La interrogan esperanzados sobre todo aquellos que, siendo herederos de las más antiguas tradiciones animistas, precisamente de la Iglesia esperan una respuesta esclarecedora, para sus numerosos interrogantes sobre el misterio de Dios.

En este territorio, la Iglesia recorre también, con todos los hombres, el camino difícil de la liberación, de la conquista y de la promoción de los derechos fundamentales del hombre —de cada persona— y participa de la común aspiración de una auténtica solidaridad y cooperación social y económica, fruto de la superación de ideologías fijas y condicionadoras. Es un momento de búsqueda de la pacífica y justa convivencia, de la participación y apertura, en el camino de un verdadero progreso humano.

6. Este empeño corresponde a

todos los hijos de la Iglesia y especialmente a los laicos. Éstos han de procurar actuar con sentido de responsabilidad, iluminados por la fe y por la doctrina social de la Iglesia, para servir en la caridad y en la verdad a la persona humana y a la sociedad.

La Iglesia camina con todos los hombres, vive con ellos y se solidariza con su historia; pero, al mismo tiempo, mantiene firme la conciencia de que el servicio de la salvación en Cristo y el anuncio de su Reino constituyen su objetivo primario y la fuente, singularmente eficaz, de la liberación plena y de la salvación total de cada hombre.

La Iglesia sabe muy bien cuánto puede y debe dar el cristiano a una sociedad concreta en el camino del progreso y del crecimiento; sabe cuánto se proyecta, en cierta manera, en todos los sectores de la vida la imagen cristiana del hombre, de su dignidad y de su destino. Cristo revela plenamente el hombre al propio hombre. Es el anuncio de esa revelación lo que lleva al hombre a reconocer los valores propios de su humanidad. De este modo, Cristo mejora y eleva a la persona humana; y, a través de las relaciones sociales, consolida la colaboración orgánica y desinteresada en las estructuras que buscan el bien común.

Es necesario, pues, que se exalte

debidamente la dignidad individual de la persona humana, de modo que todos sean llevados a redescubrirla a la luz del Evangelio. Poned en esto, queridos hermanos y hermanas, vuestro empeño primario y unificador, al servicio del bien común de vuestra querida nación. Procurad actuar con pleno respeto del orden moral, como ciudadanos que obedecen a la autoridad; pero que, al mismo tiempo, sienten solicitud responsable por la genuina libertad, comprometidos como están en la afirmación de los derechos de todos, y dispuestos a colaborar para que se alcance lo que para todos es bueno y justo.

Estad vigilantes y no os dejéis vencer por las tentaciones de la corrupción y del abuso del poder y de la riqueza. Impugnad siempre, cristianamente, lo que dañe los derechos y bienes indispensables para la dignidad de todos vuestros hermanos. Sed firmes en mantener el principio de que «el individuo nunca puede quedar reducido a todo aquello que lo querría aplastar y anular en el anonimato de la colectividad, de las instituciones, de las estructuras del sistema» (cfr. *Christifideles laici*, n. 37).

7. «Estáis injertados en Cristo Jesús» (cfr. *1 Cor 1, 30*). Sois testigos de su amor. También de aquel amor divino con que el mismo Cristo

quiso restituir al hogar toda su dignidad y a la familia toda su solidez.

La familia cristiana es señal y anuncio de la profunda relación que el matrimonio tiene con el misterio de Cristo y de la Iglesia. Amaos, por tanto, «como Cristo amó a la Iglesia y se entregó por Ella» (Ef 5, 25). Especialmente en el mundo misionero, la familia cristiana constituye un lugar particularmente privilegiado para dar a conocer el valor salvador del Evangelio.

Cristo proclama la unidad del amor conyugal y su fidelidad absoluta en un mundo donde muchas veces se presentan otros tipos de cultura y de moral; un mundo que aceptó tradiciones de poligamia y admitió el menosprecio de la mujer, frecuentemente considerada más como objeto que como persona, al servicio de los intereses de una cultura de poder. «El cristiano está llamado a desarrollar una actitud de amor nuevo, manifestando para con su propia esposa la caridad delicada y fuerte que Cristo tiene para con la Iglesia» (cfr. *Familiaris consortio*, 25).

¡Haceos defensores valerosos de este anuncio liberador de la familia, de todas las familias! ¡Aprestaos a sobrepasar, con energía, toda forma de desigualdad abusiva, de malos tratos, de desprecio y de descuido de la dignidad de la esposa, de los

niños, de los menores! ¡Testimoniad, de modo claro y evidente, la estima que tenéis por la vida, empeñándoos en protegerla desde su mismo inicio, y rechazando toda especie de desinterés o descuido en relación a los más pequeños!

Vuestros hogares, vuestros grupos familiares deberán constituir un ejemplo de acogida, de amor y de servicio, como es propio de una familia cristiana. Haced todo lo posible para que la familia sea considerada como primer núcleo de la vida social. ¡Y que todos, comenzando por las austeridades públicas y las leyes de la comunidad, respeten sus derechos naturales!

8. La Iglesia considera su deber preocuparse por el desarrollo de los hombres y de los pueblos; e incluye esa preocupación en su tarea pastoral. La mueve el amor de Cristo, a la luz de la cual se ha de llegar al conocimiento de la auténtica promoción del hombre.

Ya se sabe cómo las opiniones sobre el desarrollo pueden ser reductivas, lo cual acontecerá si los caminos del progreso encierran sólo una disponibilidad mayor de bienes materiales y de consumo, o privilegian la mera expansión de las tecnologías en función del crecimiento económico.

Pero está claro que la mera posesión de bienes materiales, si no va

acompañada también por la conciencia de la dimensión moral, puede fácilmente llevar al hombre a la esclavizante avidez de un inmediato poseer y gozar. Y esto conduce inevitablemente al consumismo, y provoca, finalmente, una insatisfacción radical en la propia vida.

El verdadero desarrollo humano exige que el hombre redescubra el plan de Dios, que Él confió al mundo creado para que lo conozca y domine, en el contexto de la sabiduría de su ley divina. Dios quiere que el hombre conozca y se sirva de los bienes y energías de la naturaleza, considerándolos como un don necesario para su realización personal, sin que se ofusquen los valores del espíritu.

Para llegar a una relación armoniosa del hombre con el universo creado, es preciso recorrer los caminos del cultivo del pensamiento y del amor; por estas dimensiones el hombre se eleva a su suprema dignidad, la de ser espiritual y libre. Tal cultivo se realiza desarrollando conocimientos y medios de expresión, con estima hacia el propio patrimonio cultural, sin omitir el diálogo que el mundo moderno favorece.

Éste es el lema de las escuelas que la Iglesia abre, para facilitar también a la población guineana esa «cultura animi» (Cicerón), una buena preparación humana y pro-

fesional, encaminada al progreso, indispensable para que cada persona pueda realizar automáticamente la propia vocación. Esa misma intuición guía a los hijos de la Iglesia aquí peregrina cuando, especialmente en el campo de la salud, se esfuerzan por asegurar con la práctica de las buenas obras la propia vocación (cfr. 2 Pe 1, 10), en un trabajo que exhorto vivamente a continuar y por el cual les expreso aquí mi mayor aprecio.

9. ¡Consideremos, pues, hermanos y hermanas, la vocación que tenemos en Jesucristo!

Y volviendo, una vez más, a las ocho bienaventuranzas del sermón de la montaña, oigamos al Maestro que nos dice: bienaventurados... porque de ellos es el Reino de los cielos, porque serán consolados..., saciados..., alcanzarán misericordia... verán a Dios..., serán llamados hijos de Dios, aquellos que pongan en práctica las bienaventuranzas.

Nuestra vocación en Jesucristo es una vocación para la vida eterna en Dios: «Alegraos y regocijaos, porque vuestra recompensa será grande en los cielos» (Mt 5, 12). Así nos dice nuestro Salvador. Así nos enseña el Redentor del mundo: ¡Aquel que tiene palabras de vida eterna!

Oigamos sus palabras. ¡Creemos en ellas! Pues Dios es eternamente

fiel a su Palabra (cfr. Sal 145/146, 6).

Por eso, con el profeta, digo aquí a cuantos habitan en Guinea Bissau: «Buscad al Señor, vosotros todos, humildes de la tierra... Buscad la justicia, buscad la humildad...» Y tened confianza en el nombre del Señor (cfr. So 2, 3; 3, 13).

¡Dios «guarda por siempre lealtad»! (Sal 145/146, 6).

los que se dicen cristianos, a la reflexión sobre el deber de una acción urgente y eficaz para desterrar esa gravísima enfermedad que, en el día de hoy, aún afecta a millones de seres humanos. Éstos, a la condición de enfermos, juntan casi siempre una existencia marcada por la pobreza, por la insuficiente asistencia sanitaria, por la marginación y por el abandono.

El Evangelio nos recuerda, refiriéndose al profeta Isaías (cfr. Is 35, 5), cómo gracias a la actuación de Jesús los ciegos veían, los sordos oían y los leprosos quedaban limpios (cfr. Mt 11, 5). Los Apóstoles, a su vez, eran conscientes de que cumplían una orden explícita del Maestro, cuando en sus peregrinaciones misioneras se dedicaban a la asistencia y a la curación de los leprosos (cfr. Mt 10, 8).

La Iglesia, que durante toda su historia siempre consideró la solicitud para con los que sufren como parte integrante de su propia misión, hace siglos que se hizo activa en primera persona, tanto en la asistencia de aquellos que son víctimas de la lepra, en todas partes del mundo, como en la creación de condiciones capaces de preservar contra los riesgos de este temible contagio.

2. De entre las iniciativas que asocian la evangelización a la pro-

II

Mensaje del Santo Padre para la Jornada de los Enfermos de Lepra: la difusión de la lepra en el mundo es un escándalo para la comunidad internacional

Queridos hermanos y hermanas en Cristo:

1. La celebración del Día Mundial contra el Azote de la Lepra lleva a todos los hombres de buena voluntad y, de modo particular, a

moción humana, la debida atención y el cuidado de los afectados por la lepra pueden considerarse, aún hoy, prioritarios. En este día especial quiero recordar a los pastores, a los sacerdotes, a los religiosos, a las religiosas, a los laicos consagrados y al considerable grupo de voluntarios que, en los sitios más difíciles y muchas veces en situaciones de verdadera emergencia, optaron por permanecer junto a los enfermos de lepra, asistirlos y favorecer unas condiciones de vida más humanas en las leproserías, empeñándose en una actividad sanitaria encaminada a contener y a delimitar la propagación de esta enfermedad endémica.

Al recordar a todos éstos, no puedo olvidar la contribución de las comunidades eclesiales de los países del mundo no afectados por este azote: dan pruebas de que perciben cada vez más las dimensiones y la gravedad del problema y, con generosidad ejemplar, apoyan iniciativas públicas y privadas, instituciones y organizaciones específicamente empeñadas en la lucha contra la lepra. Gracias a esta prueba tangible de solidaridad y de caridad cristiana ha sido posible limitar, de forma decisiva, la difusión del contagio incluso en las áreas de mayor riesgo, de tal modo que ahora ya hay bases para prever, al menos en perspectiva, la posibilidad de una derro-

ta definitiva de esta enfermedad.

No hay problemas de un país que hoy en día no envuelvan la responsabilidad de todos los demás. Esto es válido también por lo que respecta a esta enfermedad. El Día Mundial de hoy tiene la finalidad, ante todo, de recordar que no se actuará con pleno éxito en favor de la salud de un pueblo, si no se pone al mismo tiempo empeño en favor de la salud de todos. También ante el problema de los leprosos, cuyas imágenes, de personas deformadas, en un mundo marcado por la extensión y la rapidez en las comunicaciones, son presentadas a todos, la solidaridad internacional constituye la primera y más urgente respuesta. Por otra parte, los índices numéricos de la difusión de la enfermedad, cuando se comparan con la módica cantidad de los recursos necesarios para su definitiva extirpación, no pueden dejar de considerarse como un escándalo para toda la comunidad internacional.

3. Por tanto, es urgente despertar la sensibilidad de toda persona y de las instituciones públicas en relación con este problema. En efecto, «las instituciones son muy importantes e indispensables; sin embargo, ninguna institución puede de suyo sustituir el corazón humano, la compasión humana, el amor humano, la iniciativa humana, cuando

se trata de salir al encuentro del sufrimiento ajeno. Esto se refiere a los sufrimientos físicos; pero vale todavía más si se trata de los múltiples sufrimientos morales y cuando la que sufre es ante todo el alma» (Salvifici doloris, 29; cfr. L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 19 de febrero de 1984, pág. 16). Es importante, pues, tomar seriamente conciencia del sufrimiento en toda su dimensión física, moral y espiritual, causado por la lepra en los millones de personas que de ella son víctimas.

En la antigua tradición bíblica, la curación de la lepra va constantemente asociada a la idea de purificación, como si quisiera recordarnos: la humanidad, para limpiarse totalmente de esta enfermedad, tiene que purificarse de las múltiples formas de egoísmo y de indiferencia por el sufrimiento ajeno, que disturban su espíritu. Cuando el corazón de cada uno se abre con mayor generosidad a las necesidades de los hermanos, se abrevia ciertamente el tiempo para la curación definitiva de esta enfermedad. Si; si el extraordinario progreso de la ciencia y de la técnica fuese puesto sin reservas al servicio del hombre, se haría efectiva, mediante los dones divinos de la inteligencia y de la gracia, la fuerza curativa de Jesús, médico de las almas y de los cuerpos.

4. En este día de reflexión, de oración y de renovado empeño, mi pensamiento se dirige con profundo afecto a todos aquellos que, en las diversas partes del mundo, viven en la propia carne el drama de la lepra. Nos vienen a la mente las palabras que el leproso dirigió al Señor Jesús: «Si quieres, puedes limpiarme», y la respuesta consoladora del mismo Jesús: «¡Quiero, queda limpio!» (cfr. Mc 1, 40).

Queridos hermanos que sufrís esta dolorosa enfermedad, perseverad en vuestra oración al Señor, y ique nunca se apague vuestra esperanza! Del tesoro precioso de vuestro sufrimiento brota, si sabéis aceptarlo con abandono confiado en Dios y con esperanza en la Virgen Madre, una fuente de gracia para la Iglesia y la humanidad. Ojalá sepáis encontrar «en el amor... el sentido salvífico de vuestro dolor y las respuestas válidas a todas vuestras preguntas» (Salvifici doloris, n. 31; cfr. L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 19 de febrero de 1984, pág. 16).

A aquellos que, de muchas formas, se encuentran al servicio de los enfermos de lepra, llegue el debido reconocimiento de toda la Iglesia, la cual, gracias a su acción orgánica y vasta, se da cuenta cada vez más de que a Ella compete solicitar medidas más amplias y eficaces. La acción

pastoral de la Iglesia en el campo de la sanidad y de la salud, como ya he repetido varias veces, se coloca bajo el signo de la esperanza, dado que, al prestar asistencia al hombre que sufre en el cuerpo, Ella se esfuerza por consolarlo y dar esperanza a su espíritu.

Por tanto, el Día Mundial de los Enfermos de Lepra constituye para todos una ocasión de oración y de renovado compromiso concreto. Cada victoria sobre los males físicos es también una victoria del espíritu pues se consigue con el esfuerzo de la mente, la dedicación de la voluntad y la participación solícita del corazón.

En este día de buen grado invoco sobre todos los que padecen esta enfermedad, sobre todos los que colaboran en el campo de la salud, sobre la multitud anónima de los que están al servicio de los leprosos, y sobre las instituciones y organizaciones comprometidas en la lucha contra la lepra, la especial bendición de Dios y la protección de María, quien, en Cristo su Hijo, mira a cada uno con corazón de Madre.

Bissau, 28 de enero de 1990

III

El Santo Padre en la homilía en el Santuario de Yagma: garantizar la estabilidad de la familia y defender el derecho a la vida desde la concepción

Hermanos y hermanas, os saludo a todos, pueblo de Burkina:

1. Os saludo a todos, miembros del pueblo de Dios de Burkina, seáis y viváis donde viváis en esta tierra de hospitalidad y de paz. Gracias por vuestra alegre acogida al Papa, el Sucesor de Pedro, que ha recibido del Señor la misión de fortalecer la fe de sus hermanos. Éste es el objetivo de mi nueva peregrinación entre vosotros, diez años después de mi primera visita a Uagadugu.

Saludo de todo corazón a mi Hermano el cardenal Paul Zoungrana, y le agradezco sus palabras de bienvenida. Le presento mi felicitación por sus veinticinco años de cardenalato, que va a celebrar el 22 de febrero.

Mis saludos cordiales se dirigen a todos vuestros obispos, a los sacerdotes, a los religiosos y religiosas, a los catequistas y a los animadores de

los movimientos. ¡Gracias a todos por vuestro fervor y vuestra alegría!

Dirijo también mis saludos a las autoridades civiles y les doy las gracias por haber facilitado nuestro encuentro.

2. Nos hemos reunido aquí para celebrar la santa Eucaristía, para participar en ella. Como decían los antiguos Padres de la Iglesia, preparamos dos mesas: sobre una está el pan de la Palabra de Dios; sobre la otra colocamos el alimento eucarístico del Cuerpo y la Sangre del Señor.

¿Qué nos dice hoy la Palabra de Dios? Nos dice que «al llegar la plenitud de los tiempos, envió Dios a su Hijo, nacido de una mujer... para que recibiéramos la filiación adoptiva» (Gal 4, 4.5).

Según las enseñanzas de San Pablo, que ha escrito estas palabras a los Gálatas, la «plenitud de los tiempos» llega con el nacimiento terreno del Hijo de Dios, Jesús, nacido de la Virgen María por obra del Espíritu Santo. En este tiempo nuevo los hijos y las hijas del género humano son adoptados, elevados a la dignidad de hijos de Dios, hermanos del Hijo eterno de Dios. Esto es lo esencial del mensaje de la Palabra de Dios hoy.

3. Esta verdad la confirma San Mateo en el evangelio que acabamos de oír. Nos dice que un día

Jesús enseñaba: estaba cumpliendo su misión de Mesías. Alguien le dice que su Madre y sus hermanos, es decir, unos miembros de su familia, se encontraban entre el gentío y querían hablar con Él.

Jesús no interrumpió su enseñanza, sino que aprovechó la presencia de María, su Madre, y de los miembros de su familia para mostrarles los verdaderos lazos que unen a los hombres en Dios, iunos lazos más fuertes que los de la sangre!

«¿Quién es mi madre, y quiénes son mis hermanos?» (Mt 12, 49), pregunta Jesús. «Y extendiendo su mano hacia sus discípulos, dijo: “Éstos son mi madre y mis hermanos”» (Mt 12, 49).

Sí. Gracias al Hijo de Dios hecho hombre se han establecido nuevos lazos espirituales, que derivan de la «filiación adoptiva» que el Padre eterno nos ha concedido enviando al mundo a su Hijo único, nacido de una mujer.

4. Estos lazos nuevos entre el hombre y Dios, y entre los hombres unidos por la «filiación adoptiva» son los frutos del Espíritu Santo que obra en nuestras almas.

Y san Pablo dice a los Gálatas: «La prueba de que sois hijos es que Dios ha enviado a nuestros corazones al Espíritu de su Hijo que clama: “¡Abbá, Padre!”» (Gal 4, 6).

El Hijo dice al Padre: «¡Abbá, Padre!». El Hijo de Dios nos ha enseñado a decir a su Padre que está en los cielos: «Padre nuestro». La oración que Jesús nos ha enseñado, la oración dominical, es la oración de los hijos y de las hijas de la adopción divina, de todos los que han recibido en Cristo la «filiación adoptiva».

El Apóstol añade que ninguno de ellos es ya esclavo, sino hijo y heredero por voluntad de Dios (cfr. Gal 4, 7). Todos tienen parte en la herencia del Hijo único. ¡Todos, a cualquier edad, grandes o pequeños, ricos o pobres! Todos pueden recibir el don de la fe. Todos pueden ser bautizados en Cristo.

5. Aquí, en Burkina, la fe os ha sido anunciada desde hace ya noventa años, cuando los Padres Blancos y las Hermanas Blancas vinieron a traer la semilla de la Palabra a vuestra tierra. Ellos merecen vuestra gratitud. Sé con qué celo han formado entre vosotros a cristianos convencidos y han fundado comunidades fervientes, y han hecho florecer en las familias el fruto precioso de las vocaciones al sacerdocio y a la vida religiosa. Ahora están contentos de colaborar con los obispos y los sacerdotes locales.

Los misioneros han estado respaldados en su inmenso trabajo de

evangelización por el valiente ejército de los catequistas que han sabido preparar para su papel de apóstoles entregados. Estos hombres de fe, a veces fundadores de comunidades, a menudo los únicos que las animaban, han permanecido ocultos. Dios sabe cuál ha sido su sufrimiento y qué privaciones han tenido que aceptar. Ellos tienen derecho a nuestro reconocimiento. ¡Alegrémonos nosotros también con ellos, ya que la Iglesia en Burkina es también su corona!

¡Sí! Esta Iglesia con toda su belleza: sacerdotes, religiosos y religiosas, catequistas, laicos, todos unidos en esta Familia de Dios que con vuestros pastores, mis hermanos en el episcopado, queréis hacer crecer! «Iglesia-Familia de Dios»: éste es el lema que elegisteis para celebrar los setenta y cinco años de la evangelización. Ésta es una orientación que responde a vuestras profundas aspiraciones; ella os ayudará a enraizar la fe en vuestra tierra africana. ¡Seguid reflexionando en los valores de la Iglesia-Familia, y seguid avanzando en su construcción!

6. Quisiera saludar a todos los que forman esta Familia de Dios, al conjunto de los laicos que toman parte fielmente en la misión de evangelización en las parroquias, en la animación de pequeñas

comunidades, en la catequesis. Pienso en los que militan en vuestros múltiples movimientos, en los grupos de oración, en los servicios eclesiales. En particular quisiera saludar a los más pobres. Sé con cuánta generosidad saben ayudar a los que son más pobres que ellos, volver a construir la casa de una familia despojada, como me ha escrito uno de vosotros.

Incluso sin pertenecer a ningún grupo, cada uno recibe una misión para la Iglesia, es decir, para servir a Dios, para servir a sus hermanos y a la sociedad. Es para vosotros para quienes he escrito la Exhortación *Christifideles laici a continuación del Sínodo de los Obispos*.

7. En el periodo de renovación que vive vuestro país la Iglesia, y en particular los laicos, están llamados a trabajar para que esta renovación se realice sobre la base del respeto a la persona humana y a la familia. La vida humana es inviolable. El derecho a la vida debe ser defendido con la máxima determinación «como el derecho primero y fontal, condición de todos los otros derechos de la persona» (*Christifideles laici*, n. 38; cfr. *L'Osservatore Romano*, edición en lengua española, 5 de febrero de 1989, pág. 14).

Es la familia la que constituye «el primer campo para el compro-

miso social de los fieles laicos». Ellos deben convencerse «del valor único e insustituible de la familia para el desarrollo de la sociedad y de la misma Iglesia» (n. 40). Y para ello es necesario que se respete y se haga respetar la vida humana «en cada fase de su desarrollo, desde el momento de su concepción hasta la muerte natural» (n. 38). Es necesario garantizar la estabilidad de los hogares y permitir a las parejas vivir una paternidad y una maternidad responsables, resistiendo a la invasión de métodos que van contra la dignidad de la mujer, y que por ello no hacen honor al hombre. Hago un llamamiento a todos los laicos a luchar por el saneamiento y la santificación de la familia. Hago un llamamiento en particular a las mujeres que, en vuestro país, han sabido trabajar por una sociedad sana y vigorosa.

8. Quisiera también animar a vuestra juventud, tan numerosa y dinámica. Ella debe hacer frente a los azotes modernos, a las seducciones de la droga o de una sexualidad mal entendida, a la dificultad en formarse bien o en asegurarse la vida. Yo les manifiesto a los jóvenes mi estima y mi afecto, y también mi confianza: los creo capaces de construir su vida sobre el sentido de la verdad, de la libertad y del servicio.

Queridos jóvenes: sed los dignos

herederos de las riquezas humanas de vuestro pueblo. Mantened el ánimo en el trabajo y la voluntad de dominio que caracteriza a los habitantes de Burkina. Mantened este sentido de la dignidad que constituye vuestra honra. ¡Permaneced en la unidad y la concordia, que son los frutos de la reconciliación entre los hijos de este país!

9. Hermanos y hermanas: venid todos a la mesa de la Palabra de Dios, y recibiréis la Palabra de vida, la Buena Noticia de que Dios es fiel en su amor, que sana y perdona, que os consolida en la esperanza.

Venid a la mesa del alimento eucarístico donde se unen los jóvenes y los ancianos, todos los miembros del Cuerpo de Cristo, unidos por la comunión a Jesús resucitado, fortalecidos en la fe y estimulados a actuar juntos para cumplir la voluntad del Padre.

Jesús os dice: «Todo el que cumpla la voluntad de mi Padre celestial, ése es mi hermano, mi hermana y mi madre» (Mt 12, 50). Por su presencia y por el don de su Espíritu en vuestros corazones, Él hace de sus hermanos los herederos del Reino del Padre.

10. En este alto lugar de oración

que es Yagma, queridos hijos e hijas de Burkina, nos volvemos hacia la Madre de Jesús, Nuestra Señora de Yagma, como a vosotros os gusta llamarla. Gracias a Ella el Hijo de Dios ha «nacido de mujer» (Gal 4, 4), porque Ella ha aceptado ser su Madre por la fe y la obediencia a la Palabra que le fue dirigida. En su cuerpo virginal, María, a quien Dios había elegido, ha merecido concebir este Hijo, guardando en su corazón la Buena Noticia que significa este nombre: Jesús, Dios salva. ¡Dichosa la Virgen que escucha la palabra de Dios y la guarda! (cfr. Lc 11, 27).

Sé que venís a menudo a rezar aquí, y deseo que podáis edificar un santuario digno de la Virgen María; éste será el signo visible de vuestra confianza en Ella. Rezad fielmente a la Madre del Salvador. Uno de vosotros me ha escrito que el rosario es «como la calabaza del mendigo». Guiados por las palabras del ángel, podéis siempre dirigiros a Ella como hijos suyos. Con vosotros, le pido que vele con su ternura sobre la Iglesia-Familia en Burkina-Faso.

Hermanos y hermanas, que Dios os ayude a todos, que os bendiga a todos y que acoja nuestra plegaria.

IV

El Papa a la Asamblea plenaria del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Operadores Sanitarios: llamados a ser signo de la misión de la Iglesia hacia el hombre que sufre

1. Este encuentro con vosotros cobra un especial significado puesto que tiene lugar con ocasión de la primera asamblea plenaria de este Pontificio Consejo que —como se sabe— sustituyó a la Pontificia Comisión para la Pastoral de los Agentes Sanitarios.

Mi cordial saludo va ante todo al Presidente del dicasterio, el arzobispo monseñor Fiorenzo Angelini, a los señores cardenales y a los venerados hermanos en el episcopado, que son miembros del mismo. Se extiende, luego, al secretario y al subsecretario, a los sacerdotes, a los religiosos y a los laicos, a los consultores y también a los expertos. Todos habéis contribuido de forma generosa y laudable al vasto y delicado trabajo que ha llevado a cabo con gran eficacia este dicasterio en su primer

quinquenio de vida. Os felicito sinceramente por ello a cada uno de vosotros.

La gran actividad desarrollada en tan breve tiempo confirma la oportunidad, es más, la necesidad que había de que entre los organismos centrales de la Iglesia existiese también un dicasterio específicamente dedicado a la pastoral para el mundo tan amplio y complejo de la sanidad. Un dicasterio, el vuestro, que aun siendo «joven» por su institución y su estructuración, está llamado a realizar tareas que han sido siempre primarias y constantes en la vida de la Iglesia de todos los tiempos. «De hecho, en el correr de los siglos, la Iglesia ha sido muy sensible al ministerio para con los enfermos y los que sufren, como parte integrante de su misión», siguiendo en ello «el preclaro ejemplo de su Fundador y Maestro» (cfr. *Motu proprio Dolentium hominum*, 1).

2. Este Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios no fue creado sólo para responder a una urgencia especialmente sentida hoy en la vida de la Iglesia, sino también para afrontar de modo nuevo, más orgánico y efectivo, las exigencias de nuestro tiempo, los problemas y las instancias que afectan directamente al bien de la persona humana y de la sociedad. En efecto, antes aún que un específico

sector de la pastoral de conjunto o global, la pastoral sanitaria es una prerrogativa que no puede menos de acompañar e integrar la acción evangelizadora de la Iglesia. Las nuevas fronteras abiertas por el progreso de la ciencia y de la técnica, la así llamada socialización de la medicina, la creciente interdependencia entre los pueblos, colocan los problemas de la sanidad y de la salud en el centro del esfuerzo en favor de la promoción de los derechos humanos, y entre éstos —no cabe duda— son fundamentales los que se refieren a la tutela de la vida desde su concepción hasta su término natural.

Ya en 1982, hablando a los médicos católicos de todo el mundo, subrayaba yo la urgencia de que las diversas instituciones creadas y promovidas directa o indirectamente por la Iglesia en el campo sanitario encontrasen una nueva ordenación operativa. Y añadía: «la coordinación a nivel mundial podría consentir un anuncio mejor y una defensa más eficaz de vuestra fe, cultura, y compromiso cristiano en la investigación científica y en la profesión» (cfr. *L'Osservatore Romano*, edición en lengua española, 17 de octubre de 1982, pág. 16). Esto vale para todos aquellos que, con funciones y tareas diversas, actúan en el ámbito de la sanidad y de la

salud, y quieren inspirarse en la enseñanza y en el ejemplo de Cristo, bajo la guía del Magisterio de la Iglesia.

En efecto, desde el tiempo en que el Señor Jesús vivió en esta tierra hasta nuestros días, el anuncio de la Buena Nueva ha ido siempre preparado y acompañado por una atención preferencial hacia los que sufren, bajo cuyos rasgos quiso esconderse el mismo Hijo de Dios (cfr. Mt 25, 36-40).

Por eso muy oportunamente el Concilio Vaticano II en la Constitución dogmática sobre la Iglesia quiso reafirmar la relación entre evangelización y pastoral sanitaria: «Como Cristo fue enviado por el Padre a evangelizar a los pobres y levantar a los oprimidos (Lc 4, 18), para buscar y salvar lo que estaba perdido (Lc 19, 10), así también la Iglesia abraza con su amor a todos los afligidos por la debilidad humana; más aún, reconoce en los pobres y en los que sufren la imagen de su Fundador pobre y paciente, se esfuerza en remediar sus necesidades y procura servir en ellos a Cristo» (Lumen gentium, 8).

3. La coordinación y la colaboración en el plano eclesial y en el de las relaciones entre los pueblos es el primer fruto de aquella solidaridad que no sólo es una virtud humana sino que también, a

la luz de nuestra fe, «tiende a superarse a sí misma, al revestirse de las dimensiones específicamente cristianas de gratuidad total, perdón y reconciliación. Entonces el prójimo no es solamente un ser humano con sus derechos y su igualdad fundamental con todos, sino que se convierte en la imagen viva de Dios Padre, rescatada por la sangre de Jesucristo y puesta bajo la acción permanente del Espíritu Santo» (Sollicitudo rei socialis, 40; cfr. L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 28 de febrero de 1988, pág. 20). Cuando esa colaboración y coordinación se llevan a cabo en el campo de la sanidad y la salud, de verdad se les proporciona voz también a los más débiles e indefensos, y se recupera en todos los hombres el vínculo que más profundamente y casi necesariamente los une, a saber, el amor a la vida.

En este objetivo general entran las finalidades distintivas de este dicasterio, como fueron formuladas en el Motu proprio con que fue creado (loc. cit., 6). El cuadro de las actividades realizadas por el Pontificio Consejo durante el pasado quinquenio demuestra claramente el celo, la entrega y el rigor con que sus responsables, sus miembros y los generosos colaboradores voluntarios —a los que van mi agradecido aprecio y vivo aliento— han seguido

las indicaciones contenidas en dicho documento. La amplitud del trabajo realizado, su rica articulación, las múltiples iniciativas llevadas a cabo, o al menos comenzadas, han puesto de manifiesto tres prerrogativas particulares, que merecen ser destacadas: me refiero a la visión integral de los conceptos de sanidad y de salud, que se ha ido afirmando; a la perspectiva internacional que ha asumido vuestra acción; y, en el ámbito del mundo cristiano, a la dimensión ecuménica de vuestro trabajo.

4. La visión integral de los conceptos de sanidad y de salud —la primera, entendida como política, legislación y programación sanitaria, y la segunda como bienestar físico, psíquico y espiritual— comprende todo un conjunto de intereses e intervenciones que van más allá de la simple atención o cuidado de los enfermos. En efecto, con ella se abraza el vastísimo campo de las exigencias que plantea la educación sanitaria y la medicina preventiva, curativa y rehabilitativa, con las respectivas e inseparables implicaciones de orden ético, moral, espiritual y social. Salud individual y salud de la comunidad política son «condición necesaria y garantía segura para el desarrollo de "todo el hombre y de todos los hombres"» (Sollicitudo rei socialis, 44).

En otras palabras, como la pastoral sanitaria está llamada a revestir de esperanza toda la acción pastoral de la Iglesia, así la solicitud por la salud integral del individuo y de la comunidad social implica atención no sólo a los problemas médicos sino también a todas las ansias, a los interrogantes y a las expectativas por los que siempre se siente «tocado» el hombre que sufre.

Estos y otros temas, afrontados y profundizados a lo largo de esta asamblea plenaria, revisten una singular importancia pastoral. En efecto, entre los diversos asuntos que estáis estudiando se encuentra también el esfuerzo por la formación de quienes están llamados al servicio espiritual de los enfermos; tema éste que está estrechamente vinculado con el objeto del próximo Sínodo de los Obispos.

Por lo demás, nunca se subrayará lo suficiente la función formativa que la pastoral sanitaria desempeña en favor de los candidatos al sacerdocio y a la vida religiosa de especial consagración: es para ellos una auténtica escuela de vida y medio seguro de madurez personal y de elecciones generosas, puesto que se inspira directamente en el ejemplo de Jesús, médico de las almas y de los cuerpos.

5. La perspectiva internacional de la acción de la Iglesia fue una

preocupación profunda del Concilio Vaticano II, que invitó explícitamente a los cristianos a colaborar, con todo generoso esfuerzo, en la edificación del orden internacional (cfr. Gaudium et spes, 88). Los resultados obtenidos por vuestro dicasterio y las premisas puestas para ulteriores pasos adelante en este campo, vienen a confirmar que el mundo de la sanidad y de la salud presenta singulares oportunidades de cooperación a nivel internacional. Por lo demás, los problemas de la salud, entendida en su sentido más amplio, nunca son ajenos a las más importantes cuestiones de orden internacional, como lo atestigua, por ejemplo, el grave problema ecológico.

Los mismos temas tratados en las Conferencias internacionales promovidas por vuestro dicasterio —desde los medicamentos hasta la humanización de la medicina, desde la longevidad y calidad de la vida hasta el Sida y la reflexión sobre la mente humana, sobre la que tratará otra Conferencia que se halla en fase de preparación— están tan estrechamente vinculados con el problema de los derechos humanos y de la persistencia de los desequilibrios entre las diversas áreas del mundo, que ponen de manifiesto que nada mejor que el derecho a la salud lleva a la defensa del derecho prioritario a la vida y a su calidad, en el contexto

del respeto a la persona humana, creada a imagen y semejanza de Dios.

6. La dimensión ecuménica, por último, ya felizmente proyectada desde el momento de la institución de este dicasterio, ha permitido a vuestro trabajo expresarse con creatividad y dinamismo, manteniéndolo alejado de todo riesgo de burocratización y de aridez. Si nada mejor que la necesidad de la salud favorece el encuentro entre los hombres, independientemente de su condición, cultura, mentalidad e ideología, esta misma exigencia en el campo cristiano contribuye eficazmente a promover el encuentro entre los miembros de Iglesias y comunidades eclesiales diversas, en el espíritu de aquella caridad única que caracteriza, que debe caracterizar ante el mundo a los verdaderos discípulos de Cristo (cfr. Jn 13, 55; 1 Cor 13, 1ss.). Este espíritu de apertura y de diálogo ha hecho posibles también formas de estrecha y útil cooperación con instituciones sanitarias y para-sanitarias no vinculadas a la Iglesia católica, pero que están dispuestas a actuar juntamente con ella y que —en muchos casos— ya lo han hecho, con buenos resultados.

He observado con alegría en vuestras relaciones la aportación que ha dado a esta dimensión

ecuménica la eficaz colaboración prestada por las Representaciones pontificias, así como también por el Pontificio Consejo «Cor Unum» y por «Caritas» en todo el mundo.

7. Además, dentro de la comunidad eclesial la tarea de vuestro dicasterio es y sigue siendo siempre preciosa e insustituible. Como prueba de ello, me complace recordar la rapidez con que el Pontificio Consejo ha solicitado de las Conferencias Episcopales —encontrando una pronta acogida— el nombramiento de un obispo delegado para la pastoral sanitaria; la puesta en marcha del censo, que ha dado origen ya a un primer catálogo de las instituciones sanitarias católicas; el ingente esfuerzo para lograr una información constante acerca de las directrices del Magisterio de la Iglesia sobre los más graves problemas relacionados con la ética médica y la investigación científica (información asegurada por la revista «*Dolentium hominum. Iglesia y salud en el mundo*», publicada en varias lenguas, y por otros oportunos subsidios). Quiero también recordar los numerosos encuentros que se han tenido en varios países y a todos los niveles; la promoción de ayudas a áreas y lugares necesitados de equipos médicos, incluso sofisticados; el esfuerzo realizado para acrecentar la sensi-

bilidad de las Iglesias particulares y de los institutos religiosos con respecto a la pastoral sanitaria; la constante disponibilidad a mantener la conexión con los demás dicasterios de la Curia romana en relación con el mundo sanitario y sus problemas. Todo esto constituye una concreta manifestación de aquella ansia pastoral que, además de contribuir a que la acción de la Iglesia sea acogida con agrado, ha aumentado su esfuerzo en la pastoral sanitaria.

En todo el mundo la Iglesia católica está presente al lado de quien sufre, con sus diversas instituciones, cuya historia abunda en radiantes ejemplos de santidad, en silenciosa y heroica entrega, en laboriosas pero seguras conquistas. Y es significativo el hecho de que los años de vida de vuestro joven dicasterio hayan sido distinguidos con la elevación al honor de los altares de figuras de sacerdotes, religiosos y laicos que han exaltado, con la caridad cristiana, la ciencia médica y la pastoral sanitaria.

Pastores, sacerdotes, religiosos, religiosas y fieles laicos constituyen una fuerza muy notable al servicio de la sanidad y de la salud. Sin embargo, hoy problemas nuevos apremian la conciencia cristiana, exigiendo de parte de cuantos están empeñados en la pastoral sanitaria,

y de cuantos por su profesión trabajan en la investigación científica y en la asistencia médica, una actualización formativa, a la que vuestro dicasterio puede ofrecer una contribución determinante.

8. Amadísimos hermanos y hermanas, la conciencia de que el mandato de evangelizar, confiado a la Iglesia, está estrechamente vinculado con el anuncio del Evangelio del sufrimiento, ha de ser para vosotros motivo de creciente entusiasmo: «En el programa mesiánico de Cristo, que es a la vez el programa del Reino de Dios, el sufrimiento está presente en el mundo para provocar amor, para hacer nacer obras de amor al prójimo, para transformar toda la civilización humana en la civilización del amor» (Salvifici doloris, 30).

A esta luz, vuestro dicasterio está llamado a convertirse en «signo» de la misión que la Iglesia tiene de salir al encuentro del hombre en su sufrimiento.

Acoged, por tanto, mi cordial aliento a perseverar con firme entrega en vuestro trabajo. Que os sirva de estímulo la oración de tantas y tantas personas que en su dolor se encomiendan a la misericordia y a la infinita bondad del Señor. Y la Virgen Santísima, Sede de la sabiduría y Salud de los enfermos, Madre del amor y del dolor, Con-

suelo de cuantos sufren y Sostén de quien actúa a su servicio, enriquezca vuestro ministerio con las prerrogativas de la bondad, de la misericordia, de la ternura pronta a socorrer y de la inagotable generosidad.

Con estos deseos os imparto de corazón la bendición apostólica.

V

El Papa a la Confederación Italiana de los Consultorios Familiares de Inspiración Cristiana: que los Consultorios familiares sean lugares de auténtico servicio a la familia

Queridos hermanos y hermanas:

1. He acogido con alegría la invitación para encontrarme con vosotros que participáis en el sexto congreso nacional de la Conferencia Italiana de Consultorios Familiares de Inspiración Cristiana. Dirijo a todos y a cada uno mi afectuoso y cordial saludo. Expreso en particular mi estima hacia el consultor eclesialístico Mons. Dionigi Tetta-

manzi, arzobispo de Ancona-Osimo, y hacia la presidenta nacional Inés Boffardi.

La Iglesia contempla con gran interés la actividad que vuestros consultorios vienen desarrollando desde hace años con competencia profesional y profundo espíritu humano y cristiano, desde el momento en que el objeto de vuestro servicio es la familia, esa misma familia que en la conciencia viva de la Iglesia constituye un bien fundamental del hombre y reviste la dignidad de «Iglesia doméstica» en el interior del pueblo de Dios.

La familia, que corresponde, por un lado, al eterno e inmutable proyecto de Dios, pero experimenta, por otro, las características contingentes de las diversas épocas históricas, encuentra en la sociedad y en la cultura de hoy, junto a estímulos positivos, múltiples dificultades y peligros. Vive hoy una época afortunada por la creciente afirmación de sus valores personalistas y sociales en el interior de la comunidad civil y de la Iglesia. Al mismo tiempo, sin embargo, sus valores fundamentales, los del amor y de la vida, están hoy amenazados con fuerza de modos diversos y a niveles diferentes.

Afortunadamente, para la salvaguardia y la promoción de la familia disponemos hoy de nuevos recursos y ayudas preciosas: entre

éstos se deben contar los consultorios familiares, siempre que respeten su verdadera naturaleza al servicio de la familia.

2. El tema de los trabajos de vuestro congreso ha sido formulado de modo sugestivo con estas palabras: «Nacer persona, crecer personas». Es un tema que expresa muy bien la lógica propia de los consultorios de inspiración cristiana, cuyo servicio se dirige a la persona, a la pareja y a la familia: por tanto, a la persona-en-relación. En realidad, la persona como tal debe definirse como relación viviente, como «yo» abierto al «tú» del otro, en especial en la experiencia primordial de la vida de pareja y de familia.

Sobre esta relación habéis querido profundizar en dos momentos esenciales: el del nacimiento y el del crecimiento. Sin duda es de extrema importancia asumir y proponer la dimensión «humana», y por tanto típicamente personal del «nacer» y del «crecer» en el contexto de una cultura que demasiado a menudo afronta estos momentos de vida considerando sólo algunos de sus aspectos parciales y superficiales.

El servicio de los consultorios familiares, ya sea por la necesidad de llegar a las causas más profundas del malestar que caracteriza las

relaciones interpersonales en el interior de la pareja y de la familia, ya sea por la exigencia de desarrollar una tempestiva y amplia obra de prevención, o sea de educación de la persona, se dirige ante todo a los aspectos humanos, psicológicos, afectivos y relacionales de la persona.

En este sentido vuestros consultorios familiares pueden encontrar en la inspiración cristiana que los anima el estímulo para una acción más eficaz a favor de la globalidad y unidad de los valores y de las exigencias de la persona y, al mismo tiempo, el motivo para una contribución totalmente nueva y original a la persona misma: la inspiración cristiana, en efecto, radica en esa fe que descubre, con maravilla y gran estupor, la verdad interna del hombre como ser creado en Jesucristo a imagen y semejanza de Dios: de Dios-Persona, de Dios-Amor que se entrega (cfr. *Mulieris dignitatem*, n. 7).

3. A esta luz, el «nacer» de la persona se plantea como fenómeno profundamente personalista, no sólo porque incluye las personas de los padres y del hijo, sino también porque unos y otro se encuentran implicados por su dignidad de personas que se dan.

El «nacer» humano es fruto y signo de una donación de amor.

Donación del esposo respecto a la esposa y de ésta respecto al esposo. Y, más aún, donación de los dos juntos al hijo, ya que en último término se hacen «una sola carne» en la «nueva carne» del hijo. En la perspectiva intuitiva de alguna forma por la misma razón humana y luminosamente esclarecida por la fe, la donación conyugal y paternal expresa en el tiempo y hace visible la donación eterna de Dios creador y padre. De esta donación misteriosa, que es la raíz primigenia de la que brota todo hombre que viene a este mundo, los padres son los instrumentos y colaboradores conscientes y responsables. Entonces, para que el «nacer persona» revele y realice su verdad integral, es urgente que los cónyuges, como escribe el Concilio Vaticano II, «en el deber de transmitir la vida humana y de educarla... sepan que son cooperadores del amor de Dios creador y como sus intérpretes» (Gaudium et spes, 50).

De ello se deriva que el hijo, desde el inicio y siempre, ha de ser considerado y amado en su incommensurable dignidad de persona, como un valor en sí y por sí, como un bien, como un don. Sí, como un don, porque ésta es su dignidad profunda: «si es fruto de su recíproca donación de amor es, a su vez, un don para ambos, un don que brota del don», como dije en el discurso al

VII Simposio de Obispos europeos (17 de octubre de 1989, n. 5; cfr. L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 19 de noviembre de 1989, pág. 9).

4. La perspectiva del don, que pone a los padres y al hijo en idéntico plano de dignidad personal, se hace decisiva y determinante para todos los problemas que se vinculan al crecimiento y maduración humana de las personas, en especial su relación recíproca.

Todas las relaciones interpersonales, y de modo especial las relaciones entre cónyuges y entre padres e hijos, que se presentan como fundamentales y emblemáticas respecto a las demás, se deben realizar según la dignidad y la finalidad propia de la persona humana. El Concilio Vaticano II, en un pasaje bastante simple pero de extraordinaria densidad, califica así tal dignidad: «El hombre es la única criatura terrestre a la que Dios ha amado por sí misma y no puede encontrar su propia plenitud si no es en la entrega sincera de sí mismo a los demás» (Gaudium et spes, 24).

El «crecer personas» significa, pues, ofrecer a cada uno los medios y las condiciones para que «encuentre su propia plenitud», es decir, se realice como persona en su dignidad de «don» y en su finalidad de «donación» a los demás.

Éste es el primero y fundamental deber de la familia como he escrito en la Exhortación apostólica Familiaris consortio: «Su primer cometido es el de vivir fielmente la realidad de la comunión con el empeño constante de desarrollar una auténtica comunidad de personas» (n. 18; cfr. L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 20 de diciembre de 1981, pág. 8).

También el servicio de consulta puede ofrecer una ayuda importante para la realización mejor de esa tarea, sobre todo en las situaciones en las que, por dificultades psicológicas, educativas, ambientales y sociales, las relaciones en el interior de la pareja y de la familia se hacen problemáticas y tienden a resquebrajarse o incluso a romperse.

5. Esta visión de la persona como don-que-se-hace-don no legitima en absoluto una interpretación individualista y cerrada de las problemáticas conyugales y familiares; al contrario, si se comprende bien, una perspectiva semejante funda y estimula un compromiso específicamente social.

En realidad, la carga humanística que brota de ella, enriqueciendo las relaciones interpersonales en el interior de la pareja y de la familia, contribuye benéficamente a la humanización de toda la sociedad. Ésta, a su vez, descubre en

esa perspectiva responsabilidades precisas respecto de la pareja y de la familia, a la que comprende que debe ofrecer la posibilidad de desarrollar al máximo su característico papel humanizante.

También en este sentido recordé el compromiso apostólico de los fieles laicos, un compromiso que lleváis a cabo vosotros, consultores, de una forma privilegiada: «Urge, por tanto, una labor amplia, profunda y sistemática, sostenida no sólo por la cultura, sino también por medios económicos e instrumentos legislativos, dirigida a asegurar a la familia su papel de lugar primario de "humanización" de la persona y de la sociedad. El compromiso apostólico de los fieles laicos con la familia es ante todo el de convencer a la misma familia de su identidad de primer núcleo social de base y de su original papel en la sociedad, para que se convierta cada vez más en protagonista activa y responsable del propio crecimiento y de la propia participación en la vida social» (Christifideles laici, n. 40; cfr. L'Osservatore Romano, edición en lengua española, 5 de febrero de 1989, pág. 14).

Amadísimos hermanos, he aquí los nobles cometidos que tenéis ante vosotros. Al exhortaros a perseguirlos con empuje renovado, os bendigo a todos de corazón.

Jurisprudencia

*

Sentencia de la Corte del Distrito de Blount, Maryville, Tennessee (EUA) Nº 14496

Con una Sentencia del 21 de septiembre de 1989, el Estado de Tennessee (EUA) encomendó, en una causa de divorcio, a la madre genética —la señora Mary Davis— siete embriones fecundados «in vitro» y crioconservados con el fin de implantarlos en el útero materno.

Esta decisión suscitó sorpresa en el mundo científico y jurídico, sobre todo por las motivaciones que le sirvieron de base. Efectivamente, la Corte del Estado de Tennessee, poniendo en tela de juicio tanto la ley sobre el aborto voluntario como la normativa sobre la tutela de los hijos en caso de divorcio, estableció que la vida individual humana comienza desde el momento de la concepción y que, por tanto, los siete embriones humanos crioconservados deben ser respetados y defendidos igual que se hace con quien ha nacido ya, reconociéndoles, sobre todo, el derecho a la vida.

En la formulación de la Sentencia, la Corte del Estado de Tennessee recurrió a la competencia de algunos médicos y biólogos, pero confió sobre todo en el testimonio del doctor Jérôme Lejeune, genetista de fama mundial.

El doctor Lejeune aportó a la Corte suficientes datos biológicos como para poder tomar las decisiones mencionadas a propósito del estatuto del embrión humano.

Desde el punto de vista ético no podemos dejar de compartir las decisiones de la Corte del Estado de Tennessee, aunque pensamos que no se deberían crear a priori condiciones tales que pongan en juego la vida de un ser humano en cualquier fase de su desarrollo.

Transcribimos a continuación el texto original de la Sentencia y del Apéndice de la misma.

AT MARYVILLE,
EQUITY DIVISION JUNIOR
L. DAVIS - Plaintiff
versus
MARY SUE DAVIS - Defendant
versus
RAY KING, M.D. (Fertility Center
of East Tennessee) - Third Party
Defendant

OPINION OF THE COURT

IN THE DOMESTIC RELATIONS case, the only issue before the Court is the disposition of seven cryogenically frozen embryos maintained by the Third Party Defendant and the product of in vitro fertilization undertaken by the Plaintiff and the Defendant.

THE CASE is one of first impression.

IN ITS OPINION below, the Court has made certain findings of fact and conclusions of law resulting in judgement.

THE SALIENT findings, conclusions and the judgement are summarized as follows, to-wit:

1) Mr. and Mrs. Davis undertook *in vitro* procedures for the purpose of producing a human being to be their child.

2) The seven cryogenically pre-

served embryos are human embryos.

3) American Fertility Society Guidelines are for intra-professional use, are not binding upon the Court, but are of probative value for consideration by the Court.

4) The term «preembryo» is not an accepted term and serves as a false distinction between the developmental stages of a human embryo.

5) From fertilization, the cells of a human embryo are differentiated, unique and specialized to the highest degree of distinction.

6) Human embryos are not property.

7) Human life begins at conception.

8) Mr. and Mrs. Davis have produced human beings, *in vitro*, to be known as their child or children.

9) For domestic relations purposes, no public policy prevents the continuing development of the common law as it applies to the seven human beings existing as embryos, *in vitro*, in this domestic relations case.

10) The common law doctrine of *parens patriae* controls children, *in vitro*.

11) It is to the manifest best interests of the child or children, *in vitro*, for their Mother, Mrs. Davis, to be permitted the opportunity to bring them to term through implantation.

JUDGEMENT OF THE COURT:

The temporary custody of the seven cryopreserved human embryos is vested in Mrs. Davis for the purpose of implantation. All issues of support, visitation, final custody and related issues are reserved to the Court for consideration and disposition at such time as one or more of the seven human embryos are the product of live birth.

APPENDICES TO OPINION OF THE COURT

BECAUSE of much public interest in the case, *Appendix A* will assist the parties and the public to understand some fundamental rules and principles required to be applied the Court in the process of deciding the case. *Appendix B* is the Court's summary of the testimony given in the case over a period of almost three days (August 7th, 1989, August 8th, 1989, and August 10th, 1989). *Appendix C* is footnote references to the Court's Findings of Fact and Conclusion of Law section of the Opinion.

FINDINGS OF FACT AND CONCLUSIONS OF LAW

The Davises - Their Marriage

Based on the record before it, the Court finds that Mr. Davis is a

gentleman; he is 30 years of age, employed as an electrician and a refrigeration technician by the Maryville Housing Authority, Maryville, Tennessee, earning about \$17,500.00 annually. Mrs. Davis is a lady: she is 28 years of age who, at the trial, was employed by the Sea Ray Boat Company, Vonore, Tennessee, as a sales representative earning about \$18,000.00 annually. Subsequents to the trial, Mrs. Davis has become domiciled in the State of Florida.

Infertility of Mrs. Davis

Mr. and Mrs. Davis have been married about nine years. They very much wanted to have a family, but after Mrs. Davis suffered five tuval pregnancies, her physician advised and she undertook surgical treatment which rendered her incapable of natural conception. The Court finds tha Mrs. Davis suffered significant trauma and pain resulting from the parties' attempts to procure their family by way of natural childbirth. *In vitro* fertilization is the only option now available to her to have own child.

In vitro and Adoption Attempts

Remaining committed to having a family, Mr. and Mrs. Sougth the advice and counsel of Dr. Ray King in the Fall, 1985, became familiar with and participated in the *in vitro*

fertilization program under Dr. King's direction and guidance. Dr. King was assisted by his colleague, Dr. Charles A. Shivers, who performed the necessary laboratory work in connection with the *in vitro* fertilization program. In addition, Dr. King was assisted by his patient coordinator, Deborah Cooper McCarter, a Registered Nurse and Dr. King's administrative assistant.

After some six attempts by the couple to produce a child through the *in vitro* fertilization process, resulting in no pregnancy, the parties temporarily suspended their participation in the program and sought to obtain a child through adoption. The adoption process did not work, and the parties abandoned adoption attempts and returned to the *in vitro* fertilization program conducted by Dr. King.

Cryopreservation Technique

In the Fall, 1988, Mrs. Davis learned of the new cryopreservation programa sponsored by King's clinic whereby several ova (4) could be aspirated, inseminated in the laboratory and if the insemination process produced fertilized zygotes, the zygotes could be allowed to mature in the laboratory to a medically accepted point for the purpose of either impantation or cryopreservation for future implantation. Mrs. Davis discussed the new technique with her husband

and armed with that information the parties proceeded to re-enter the program with the intent of producing a child or children which would constitute their family.

Further *In Vitro* Attempts

It is undisputed in the record and the Court finds that in order to prepare her reproductive system to produce quality ova for insemination, Mrs. Davis went through many painful, physically tiring, emotionally and mentally taxing procedures, both before the December, 1988, events and after those events. As a prospective Mother, she spent many hours of anxious moments waiting for word as to whether she would be a Mother. The cryopreservation technique offered Mrs. Davis much welcomed relief from the rigors of the full procedure each time *in vitro* fertilization was attempted.

It is further undisputed and the Court finds that Mr. Davis donated the sperm for the December, 1988 insemination and resulting fertilization process, that he spent many anxious hours, early in the morning and late at night, waiting at the hospital while Mrs. Davis underwent the aspiration and implant procedures and that he spent many anxious hours, as a prospective Father, awaiting word as to whether he would be a Father.

On December 8th, 1988, nine ova were aspirated from Mrs. Davis, nine ova were inseminated with Mr. Davis' sperm by Dr. Shivers in his laboratory and the nine ova were fertilized, producing acceptable zygotes for implantation consideration by Dr. King and Dr. Shiver. The zygotes were permitted to mature under laboratory conditions, variously developing from the four-cell cleavage stage to the eighth-cell cleavage stage, all of which were found to be of excellent quality by Dr. Shivers and Dr. King. On December 10th, 1988, two of the embryos were implanted in Mrs. Davis, neither of which resulted in pregnancy, and the remaining seven embryos were placed in cryogenic storage for future implantation purposes.

Cryopreservation For Davis Family Only

The Court finds that before their embryos are committed to cryogenic storage, Mr. and Mrs. Davis knew, were aware of and had discussed between themselves (and with at least Dr. Shivers) the fact that reliable medical data indicated the practical storage life of the human embryos would probably not exceed two years. Mr. and Mrs. Davis had discussed the fact that if Mrs. Davis became pregnant as a result of her implant on December 10th, 1988, the possibility existed

that the remaining seven embryos in cryopreservation could be donated to another infertile couple, but the parties made no decision about that matter.

The Court further finds that during the time between December, 1988, and the filing of the original Complaint in this case (February 23rd, 1989), Mr. and Mrs. Davis discussed the possibility of and had tentatively planned to implant at least one of the cryopreserved embryos in Mrs. Davis' body in March or April, 1989.

The Intent of Mr. and Mrs. Davis

The Court further finds that Dr. King and Dr. Shivers engaged in a concerted effort with the Davises to help Mr. and Mrs. Davis become parents, both as to the IVF procedures before and after the utilization of the cryopreservation technique; and the Court finds and concludes that Mr. and Mrs. Davis participated in the IVF program, both before and after the employment of the cryopreservation technique, for one purpose: to produce a human being to be known as their child.

The Issues for the Court

There is no fact in the record to persuade the Court that Mr. and Mrs. Davis discussed or had any thought or changing their intent

until the Complaint was filed in their case on February 23rd, 1989, and it must be determined from the proof whether Mr. and Mrs. Davis accomplished their intent. That determination is to be made by the answer to the most poignant question of the case: When does human life begin?

To answer this question, several additional questions must first be asked and answered, based on the record in this case: Are the embryos human? Does a difference exist between a preembryo and an embryo? Are the embryos beings? Are the embryos property that may become human beings?

Human Embryos - The Experts

Of the eight witnesses who gave testimony in this case, five of the witnesses presented themselves possessing the requisite knowledge, special skill, experience and education necessary to establish themselves as experts in their respective fields of professional endeavor.

Because of her special training as a Registered Nurse, Mrs. McCarter is an expert witness; Dr. King is a medical Doctor and is a well qualified specialist in the field of Infertility-Reproductive Endocrinology; Dr. Shivers is a well qualified Embryologist and is experienced in the laboratory work necessary for in vitro fertilization

and cryogenic storage of human embryos: Professor Robertson an eminently qualified Professor of Law whose scholarly treatises, dealing primarily with non-coital reproduction, have served as the basis for consideration of many medical-legal subjects; and Dr. Jerome Lejeune is an eminently qualified Medical Doctor, Doctor in Science, Professor of Fundamental Genetics and recognized throughout the world in his specialty, Human Genetics.

The expert witnesses (except Mrs. McCarter) offered opinions to assist the Court in determining when human life begins. It should be noted that all four witnesses agree that the seven cryopreserved embryos are human: that is «belonging or relating to man; characteristic of man...»

The Court finds and concludes that the seven cryopreserved embryos are human.

Preembryo vs. Embryo: Human Beings

Three of the experts, however, respectfully disagree with Dr. Lejeune that the human embryos are in «being»: that is, in «existence: conscious existence; as, things brought into being by generation...» or living, alive. The three experts insist the entities are at a stage in development where they simply possess the potential for life.

In the analysis of the testimony offered on the point of whether or not the seven embryos are human beings, the Court believes it is helpful to even further condense the already summarized opinion testimony (*Appendix B*) of each expert on the subject:

1) **Dr. Irving Ray King:** There is a first a one-cell gamete, a zygote (after the first cell divides), a pre-embryo (up to 14 days after fertilization) and finally an embryo (after 14 days and upon cell differentiation).

2) **Dr. Charles Alex Shivers:** A preembryo is a zygote up to 11-14 days and consists largely of undifferentiated cells; that after attachment to the uterus wall and the appearance of the primitive streak, the cells then become different; that is organs, organ systems, body parts and the like are formed. At the time of fertilization, genetic controls are «locked in forever» and control who the preembryo will later be, but, «...as far as we know..., to my knowledge..., there is no way to distinguish the cells (at the zygote stage)... They are the same (undifferentiated)...»

3) **Professor John A. Robertson:** A human preembryo is an entity composed of a group of undifferentiated cells which have no organs of nervous system. That at about 10-14 days, the preembryo attaches itself to the uteran wall, develops its primitive streak and life then

commences. It is «...not clear...» that a human preembryo is a unique individual; that simply because fertilization has occurred, the gamete contributors have not pre-created.

4) **Dr. Jerome Lejeune:** Each human has a unique beginning which occurs at the moment of conception. Embryo: «...that youngest form of a being...» Preembryo: there is no such word. There is no need for a subclass of the embryo to be called a preembryo, because there is nothing before the embryo: before an embryo there is only a sperm and an egg: when the egg is fertilized by the sperm the entity becomes a zygote; and when the zygote divides it is an embryo. When the first cell exists, all the «tricks of the trade» to build itself into an individual already exists. Shortly after fertilization at the three-cell stage, a «...tiny human being... » exists. When the ovum is fertilized by the sperm, the result is «...the most specialized cell under the sun...»; specialized from the point of view that no other cell will ever have the same instructions in the life of the individual being created. No scientist has ever offered the opinion that an embryo is property. As soon as he has been conceived, a man is a man. New findings recited (Jeffrey's-DNA) definitely prove differentiation and that from the very beginning there exists an embryo.

Dr. King, Dr. Shivers and Professor Robertson rely at least to some degree on the report of the Ethics Committee of The American Fertility Society in forming the basis of their opinions. Each makes a distinction between «embryo» and «preembryo» in conformity to the AFS guidelines.

The ethical considerations by the committee for the AFS were referred to in, cited and relied upon by the Brief filed by Mr. Davis; testimony was given about the Committee and its work. Professor Robertson is a member of the Ethics Committee, Dr. King is a member of the American Fertility Society and various witnesses gave testimony indicating reliance on the pronouncements of the Committee.

The AFS guidelines were published by the Society in September, 1986, after the Committee's last deliberation of April 14th, 1986, in Norfolk, Virginia. The guidelines were promulgated by the Committee pursuant to the charge of the Society's President by letter dated November 7th, 1984, requesting the committee to address ethical issues regarding reproduction and to disseminate the committee's knowledge of these positions on those matters.

In its report, the committee defined the term «preembryo», and prefaced its definitions section with the following language: «In order

to avoid confusion, the committee found it necessary to adopt certain definitions for the purposes of this document.» (Emphasis supplied). The Committee then defined the word «preembryo» this way: «A preembryo is a product of gametic union from fertilization to the appearance of embryonic axis. The preembryonic stage is considered to last until 14 days after fertilization. This definition is not intended to imply a moral evaluation of the preembryo»

In reviewing the guidelines, it is of interest to call attention to several considerations set forth in the report. One of those considerations is the recognition by the committee that there are several respected views relative to the moral and legal status of a preembryo. The committee adopted this view: «A third view- one that is most widely held-takes an intermediate position between the other two. It holds that the preembryo deserves respect greater than accorded to human tissue but not the respect accorded to actual persons. The preembryo is due greater respect than any other human tissue because of its potential to become a person and because of its symbolic meaning for many people. Yet, it should not be treated as a person, because it has not yet developed the features of personhood, is not yet established as developmentally

individual, and may never realize its biologic potential».

Under the heading «Emerging Consensus on Preembryo Status», the following statement is made: «The Ethics Advisory Board, for example, unanimously agreed in 1979 that “the human embryo (i.e., preembryo in this report) is entitled to profound respect, but this respect does not necessarily encompass the full legal and moral rights attributed to persons.” (Ethics Advisory Board, 1979)» (Emphasis supplied). In the Committee's summary of points of special interest, the following is found: «The committee finds that the human preembryo is not a person but is entitled to respect because it has the potential to become a person. This view limits the circumstances in which a preembryo may be discarded or used in research....»

The Court finds and concludes that the report of the Ethics Committee of the American Fertility Society constitutes guidelines for those professionals involved in the field of fertility treatment: as Professor Robertson testified, they constitute guidelines for these professionals to be primarily utilized for litigation purposes. In other words, they are the self imposed standards one professional would testify must be met by another professional, for example, in a medical malpractice suit. The guidelines do not have the force and effect of the law but

must be considered by this Court for whatever probative value they may possess.

The Court finds and concludes that the guidelines of the AFS do not serve as authority for this Court in making a determination of whether the seven human embryos in question are human beings, and concludes the term «preembryo» has arisen in this suit primarily because the AFS Committee chose that term to avoid confusion for the purposes of its own guidelines. The Court has made a through search of encyclopedias and dictionaries of which the Court may take judicial notice and the Court can nowhere find the word «preembryo» defined nor can the Court find even a reference to that term.

Careful scrutiny of the testimony and an exhibit at the trial gives the Court even greater assurance that the term «preembryo» serves as a false distinguishing term in this case. Exhibit 8, at the trial, are the handwritten notes of Dr. King. Dr. King's notes concerning the status of his patient, Mary Davis, covering the period of time from December 8th, 1988, at 10:08 a.m. through and including December 10th, 1988, at 3:31 p.m., all refer to the ova after fertilization as «embryo»; and the last document in that series of notes makes reference to the «condition of embryo» and variously describes the seven embryos as «...4 cell embryo-perfect...»

The Court finds it curious that Dr. King, who adopts the AFS guideline definition of a «preembryo» to distinguish it from an «embryo» would in his own notes call them embryo(s). Counsel for Mr. Davis furnished the Court a revised copy of Professor Robertson's paper written recently by him (probably finished in July, 1989), dealing specifically with the case at bar. The solution Professor Robertson set-forth in his paper is the same solution he offered through his testimony. He was asked about that opinion on direct examination by Counsel for Mr. Davis; he was cross-examined by Counsel for Mrs. Davis about his opinion cited therein. The paper is entitled «Resolving Disputes Over Disposition of Frozen Embryos»; from the title page through 31 additional pages (the entire text), Professor Robertson, speaking about the case at bar, referred time and again to the «embryos».

It is curious that this very scholarly paper does not reflect the very fine distinction between «preembryo» and «embryo» made by Professor Robertson throughout his testimony at the trial.

The Court is persuaded that the debate between these most sincere and knowledgeable witnesses perhaps boils down to much the same debate Sweet Juliet had with herself when she rationalized her strong

affection for Romeo, who was not a Montague:

«...This but thy name that is my enemy; Thou art thyself, though not a Montague.... What's in a name? that which we call a rose by another name would smell as sweet....»

The Court finds and concludes there is no such term as «preembryo»; that to use the term in the context of this case creates a false distinction, one that does not exist.

The Court finds and concludes the seven cryopreserved entities are human embryos. DNA Manipulation Verifies Uniqueness Based on the analysis of the testimony comprising the positions of Dr. King, Dr. Shivers and Professor Robertson, it appears that where these gentlemen most sharply defered with Dr. Lejeune, is in the area of cell differentiation. Dr. Lejeune, of course, gives emphatic testimony that the cells are especially differentiated and that such position is a proven scientific fact.

The term «differentiate» means to distinguish by a specific difference. If the cells, therefore, of a four cell zygote are undifferentiated, the cells lack any distinction; a skilled scientist could not distinguish the cell of any one zygote from those of another zygote nor could the scientist distinguish between any of four cells within the hypothetical zygote. Dr. Lejeune bases his emphatic opinion to the

contrary («...the most specialized cell under the sun...») on a complicated scientific process of manipulating and reading the DNA molecule, characterized by him as new findings which definitely prove differentiation, now known through the science of molecular genetics beyond any doubt.

The testimony given by Dr. Lejeune relative to conclusive proof induced through DNA examination is highly technical, incapable of observation by the Court and requires the Court to either accept or reject the scientist's conclusion that it can be done. While this factor requires the Court to proceed with special caution, it does not of itself render testimony or other evidence based on this highly specialized field of molecular genetics unreliable. Quite to the contrary, DNA profiling, through «genetic fingerprint» evidence by which strands of coating found in genetic molecule of deoxyribonuclei acid (DNA), has been accepted as competent and admissible evidence in Courts of law, is considered reliable, is performed by a number of laboratories around the world and is generally accepted in the scientific community.

As indicated in footnote 39, the Andrews case was decided by the United States Court of Appeals of Florida, Fifth District, on October 20th, 1988, and review of the case

was denied in 1989. It is the only case this Court has been able to find dealing with the reliability of the DNA procedures so forcefully relied on by Dr. Lejeune. Andrews approves the reliability of DNA profiling, a process very similar to the one described and relied on by Dr. Lejeune.

Both Dr. Shivers and Professor Robertson cite undifferentiated cells as one basis for their opinions that human embryos are not human beings, but each hedges on the point. Dr. Shivers says «as far as he knows» there is no way to distinguish the cells; that they are undifferentiated; and Professor Robertson says «it is not clear that a unique individual» then exists.

The testimony of Dr. Lejeune stands unrebutted in the record; the Court accepts his testimony that DNA manipulation of chromosomes reliably proves cell differentiation. The Court is persuaded that this relatively new technique opens a tiny window to the world to see and be aware of the most intimate and intricate details of man from his very beginning.

The Court finds and concludes that the cells of human embryos are comprised of differentiated cells, unique in character and specialized to the highest degree of distinction.

Dr. Shivers and Professor Robertson testified that the preembryo is not a being because he or she has

no (observable) organs or nervous system, no body parts. Dr. Lejeune, on the other hand, says a man is a man; that upon fertilization, the entire constitution of the man is clearly, unequivocally spelled-out, including arms, legs, nervous systems and the like; that upon inspection via DNA manipulation, one can see the life codes for each of these otherwise unobservable elements of the unique individual.

The testimony of Dr. Lejeune stands un rebutted in the record; the Court accepts his testimony founded on the fact that DNA manipulation of the molecules of human chromosomes reliably detect these features of man; that the life codes for each special, unique individual are resident at the conception and animate the new person very soon after fertilization occurs.

The argument that the human embryo may never realize its biological potential, it appears to the Court, is statistically and speculatively true, but is a hollow argument. A newborn baby may never realize its biological potential, but no one disputes the fact that the newborn baby is a human being. And if it is a part of the logic that an embryo, only a few hours old and perhaps only four cells in development, is not a being because it cannot sustain itself, then we must also reason that a newborn baby (which no one disputes is a human

being) can likewise not sustain itself without the aid and assistance of a mature individual (hopefully its Mother); and we must reason the newborn also lacks a necessary criteria to qualify as a human being. For surely it is good logic that a newborn human being, left naked in a field without the sustenance, aid and assistance of another human being will surely die; it is utterly helpless; it, too, lacks the capacity to sustain itself.

It must be noted that one solution offered for the Court's disposition of the embryos is to allow them to die a passive death. Mrs. Davis reasons that in order to die, one must first live. Her logic is appealing, persuasive and accepted by the Court.

The technical arguments of human genetics aside, Mr. Davis asserts the theory that embryos constitute property jointly owned by the parties; that the embryos do not constitute life, but have the potential for life. Professor Robertson also adopts this view and suggests the embryos, at this stage of development, might properly be designated fungible property.

In light of all the proof before the Court, it is impossible for the Court to find the assertion well founded in logic and good reason. Perhaps Tennessee's Senator Albert Gore best expressed the Court's apprehension when then Congressman Gore (in 1984), hearing a simi-

lar theory asserted during testimony before the U.S.

House of Representatives' Subcommittee on Investigations and Oversight of the Committee on Science and Technology, said: «I disagree that there's just a sliding scale of continuum... with property at one point along the spectrum and human... beings at another. I think there's a sharp distinction between something that is property and something that is not property...»

The Court finds and concludes that by whatever name one chooses to call the seven frozen entities —be it preembryo or embryo— those entities are human beings; they are not property.

Human Life Begins at Conception.

The answer then, to the question: When does human life begin?... from the record in this case, the Court finds and concludes that human life begins at the moment of conception; that Mr. and Mrs. Davis have accomplished their original intent to produce a human being to be known as their child.

What then is the legal status to be accorded to a human being existing as an embryo, in vitro, in a divorce case in the state of Tennessee?

For the purpose of the Tennessee Wrongful Death Statute, an

unborn child is accorded status only if the child is viable at the time of injury; that is: if a child had achieved a stage of development where it could reasonably be expected to be capable of living outside the uterus. For the purpose of the Tennessee Criminal Abortion Statute, the child is accorded no recognized status during the first three months of its Mother's pregnancy. But the legislature for the state of Tennessee has not yet, and to the best of the Court's knowledge, information and belief, no state in the union has, established a public policy declaring the rights to be accorded a human embryo, in vitro, in a divorce case.

In order to give effect to this Court's judgment, it is necessary to establish, in the absence of any authority to give the Court guidance, the status of these unborn human beings in this divorce proceeding.

As my learned colleague in the law, Professor Robertson, pointed out during his testimony, the recent Webster case leaves open the door for a state to establish its compelling interest in protecting even potential human life by legislation declaring its public policy. Even as to the abortion issue, the Webster Court opined that it saw no reason why the state's interest in protecting potential human life should come into existence only at the point of viability.

The Court understands that both Roe and Webster dealt with questions of the constitutionality of abortion statutes and the Court's decisions in those cases have a profound effect on the states' compelling interest in the protection of human life, but only as it deals with the abortion issue.

In its research of Tennessee law, the Court finds only one case that gives it solace. In *Smiths vs. Gore*, 728 SW 2nd 738 (1987), a tort action was brought for a wrongful pregnancy resulting from a failed tubal ligation. While the case deals in the main with the tort aspect of the claim, the Court, in its discussion of public policy recognizes that the state places great value on human life. But of greater importance, it appears to the Court, is the Smith's Court consideration of the distinction between judicial decisions which infringe on the legislative right to set public policy and a Court's finding that no public policy prevents the continuing development of common law.

The function of the Courts is to declare the law as the Courts find it, and it is for the Legislature to weigh the effect (sic) and the consequences of legislation enacted.

The Legislature has exclusive and ample power to determine the public policy of the state. The law in Tennessee, therefore, restricts this Court's role in declaring public policy. The Court is not free to

establish what it believes to be the best policy for the state; rather, the Court must determine where public policy is to be found, what the specific public policy is, and how it applies to the case in hand. For the Court to find that no public policy prevents the continuing development of the common law is wholly different from positively declaring the public policy of the state.

This Court finds and concludes that for domestic relations purposes in Tennessee no public policy prevents the continuing development of common law as it may specifically apply to the seven human beings existing as embryos, in vitro, in this domestic relations case. The Court is of the opinion, finds and concludes that the age-old common law doctrine of *parens patriae* controls these children, in vitro, as it has always supervised and controlled children of a marriage at live birth in domestic relations cases in Tennessee.

The common law doctrine of *parens patriae* is defined as that power of the sovereign to watch over the interests of those who are incapable of protecting themselves. It is well settled that Court's having historic Chancery or equity jurisdiction exercise and control the sovereign power called *parens patriae*. The thrust of the equitable nature of this doctrine is that it turns its full focus on the best interests of the child; its concern is not

for those who claim «rights» to the child, nor for those who claim custody of the child, nor for those who may suffer perceived or real inequities resulting from scrupulously guarding the child's best interest.

The doctrine of *parens patriae* is most commonly expressed as the «best interests of the child doctrine» and its sole objective is to achieve justice for the child. In the case of very young children, it was a former practice in Tennessee for many years to confuse the so-called «Tender Years Doctrine» (the placing of children of tender years with their Mother, regardless of the circumstances) with the «best interests of the child» rule. In 1987, our legislature amended the custody provisions of our Tennessee divorce statute to create a rebuttable presumption of parental fitness in child custody cases, mandating the longstanding test, however, «...as the welfare and interest of the child or children may demand...».

In the case at bar, the undisputed, uncontroverted testimony is that to allow the parties seven cryogenically preserved embryos to remain so preserved for a period exceeding two years is tantamount to the destruction of these human beings. It was the clear intent of Mr. and Mrs. Davis to create a child or children to be known as their family. No one disputes the fact that unless the human embryos, in vitro, are implanted, their lives will

be lost; they will die a passive death.

Mr. Davis strenuously objects to the anonymous donation of the human embryos even for their survival, Mrs. Davis wants to bring these children to term; the human embryos were not caused to come into being by Mr. and Mrs. Davis for any purpose other than the production of their family. Therefore, the Court finds and concludes that it is to the manifest best interest of the children, in vitro, that they be made available for implantation to assure their opportunity for live birth; implantation is their sole and only hope for survival. The Court respectfully finds and concludes that it further serves the best interest of these children for Mrs. Davis to be permitted the opportunity to bring these children to term through implantation.

It is the judgment of the Court that the temporary custody of the parties' seven cryogenically preserved human embryos be vested in Mrs. Davis for the purposes set forth herein above, and that all matters concerning support, visitation, final custody and related issues be reserved to the Court for further consideration and disposition at such times as one or more of the seven cryogenically preserved human embryos are the product of live birth.

Mr. Christenberry, Counsel for Mrs. Davis, will prepare an appropriate Order, pursuant to and in

DOCUMENTACIÓN

accord with the provisions of the Court's Opinion, submit same to Counsel for Mr. Davis and to Counsel for Dr. King for approval as to form, and the Order will be

tendered to the Court for entry on or before October 23rd, 1989, taxing the costs hereof to the Plaintiff.

This 21st day of September, 1989.

Noticiero



Conferencia Internacional sobre el SIDA: «Vivir, ¿por qué?»

Ciudad del Vaticano, 13-15 de noviembre de 1989

Un asesino astuto y despiadado. Es la impresión que provoca el virus del SIDA. Lo llaman «HIV». Un nombre aséptico, inocente. Pero al conocer sus propiedades se tiene la sensación de estar ante un verdadero criminal, habilísimo en camuflarse, multiplicarse, destruir las células que le atacan y, finalmente, matar impunemente. Un virus que está causando estragos, sin que nadie sea aún capaz de terminar con él, o siquiera de controlarlo.

La epidemia de SIDA se ha convertido en un problema internacional. Ha sonado la alarma. Se requiere el esfuerzo sincero de todos los que pueden contribuir a su detención. Entre ellos se encuentra la Iglesia católica, muy consciente de su insustituible papel en esta lucha mundial contra el SIDA.

Esta fue la razón de ser del Congreso organizado por la Santa Sede en Roma, con el lema: *Vivir, ¿por qué?* Del 13 al 15 de noviembre del año pasado, unas 1,500 personas se reunieron en el aula del Sínodo de los Obispos, en el Vaticano, para reflexionar sobre la «epidemia

del siglo». Se trataba de la IV Conferencia Internacional organizada por el Pontificio Consejo para el Apostolado de los Asistentes Sanitarios. Una reunión interdisciplinar. Por primera vez se afrontó el grave problema del SIDA desde los diversos ángulos implicados en él: no sólo el médico-científico, sino también el sociológico, psicológico, humano, moral, espiritual y pastoral. Para hacerse una idea del nivel en el que se situó la Conferencia bastaría considerar la calidad de sus ponentes y participantes: los doctores Robert Gallo y Luc Montaigner, descubridores del virus HIV, los directores de los laboratorios y clínicas más avanzadas en el estudio del mismo, el director general de la Organización Mundial de la Salud y el director del programa especial de lucha contra el SIDA de esa organización, varios cardenales y representantes de los dicasterios romanos relacionados con el tema, algunos de los filósofos y teólogos morales más destacados, representantes de la Comunidad Económica Europea, testigos notables de la lucha contra el SIDA en todo el mundo, etc.

Abrió los trabajos el cardenal John Joseph O'Connor, arzobispo de Nueva York. Los abrió en el sentido más pleno: su conferencia,

testimonio ardiente del amor profundo y generoso de la Iglesia hacia los enfermos, concretamente hacia los afectados por el SIDA, determinó el clima de hondura humana y espiritual que reinó en el Congreso. Varios conferencistas aludieron después a su discurso, agradeciéndolo sinceramente y diciendo que les había afectado profundamente. El Cardenal denunció la mentalidad «anti-vida» hoy reinante (anticonceptivos, aborto, eutanasia) y recordó que si bien la investigación científica en sí es amoral, no lo son sus aplicaciones en relación con el hombre. Insistió luego en la necesidad de pensar no sólo en la cura física del SIDA, sino también, y sobre todo, en la cura humana y espiritual del enfermo.

Varios científicos, dedicados a la investigación del virus del SIDA, ilustraron al auditorio la naturaleza de ese «asesino astuto y despiadado». El doctor Robert Gallo, tras mencionar que en realidad no es nuevo que aparezca una epidemia desconocida después de un largo periodo de ausencia de infecciones generalizadas (suele aparecer una epidemia cada 100 ó 200 años; la última fue la de la influenza», hace medio siglo), se centró en la explicación de las particularidades del HIV, que hacen de él un virus diferente de los conocidos hasta ahora, especialmente «virulento» y difícil de combatir. Ante todo, el HIV, una vez que ha penetrado en

una célula, se adentra hasta su núcleo, llegando a fundirse nada menos que con el ADN, o sea el código genético mismo de la célula. Esto hace que, desde ese momento, la célula infectada y el sistema inmunitario en general, no detecten su presencia como cuerpo extraño y dañino: es ya parte de su mismo código genético. De ese modo, después de la reacción inmunitaria inicial, el cuerpo deja de responder, pues ignora su presencia. El HIV puede permanecer en esa situación de latencia periodos largos, de hasta diez años, en los cuales la persona afectada, «seropositiva», no percibe ningún síntoma de enfermedad, pero sí puede contagiar a otros, a través de la relación sexual, del contacto con su sangre o cuando una mujer infectada queda encinta, transmitiendo al hijo el código genético que lleva dentro el virus del SIDA.

Después de un tiempo de latencia, por diversas razones, la célula infectada comienza a producir el virus presente en su núcleo. El HIV se multiplica muy rápidamente y, lo que es peor, se diversifica en múltiples variantes, lo que hace que el sistema inmunitario no alcance a defender al organismo de un ataque tan masivo y diferenciado. Por otra parte, el virus suele esconderse en las células cerebrales, de modo que resulta casi imposible a la medicina atacarlo en esa delicada «trinchera». Finalmente, como úl-

timo recurso para escapar del sistema inmunológico, el HIV no sólo huye de las células defensivas, sino que las elimina; más aún, provoca que las células afectadas aglomeren a otras muchas que, sin estar afectadas, acaban muriendo por una especie de «asfixia».

Las consecuencias de esta invasión del virus son catastróficas. Ante todo, la grave deficiencia inmunológica que provoca, al destruir las células defensivas. Este es el corazón del problema del SIDA. Una vez eliminado el sistema inmunitario, el organismo queda expuesto a cualquier infección; lo que para otros puede significar un resfriado, para el enfermo de SIDA puede significar la muerte. La presencia del virus en el cerebro provoca la demencia, uno de los síntomas frecuentes de la enfermedad. El HIV provoca también una enorme proliferación celular, lo cual puede causar cáncer. El doctor Luigi Ortona ilustró los síntomas clínicos de la infección: fiebre alta, diarrea, infecciones cutáneas, desequilibrios neurológicos, disfagia, demencia, neumonía, tuberculosis, candidosis oral, infección del esófago, hepatitis...

Atención particular se dedicó a los efectos del SIDA en los niños. El Dr. Wade Parcks dio cifras preocupantes: el 2 por ciento de los niños nacidos este año en Nueva York han visto la luz infectados por el SIDA; el 33 por ciento de los

nacidos de madres infectadas heredan la enfermedad; de un grupo de 19 mujeres seropositivas que transmitieron el virus a sus hijos, sólo una presentaba síntomas de enfermedad. El 50 por ciento de los nacidos con virus desarrolla la enfermedad en el primer año, el 25 por ciento en el segundo, el resto en los años siguientes; más del 50 por ciento de los niños seropositivos mueren en los dos primeros años de edad.

Mucho se ha especulado en torno a los orígenes de la enfermedad. Se ha llegado incluso a afirmar que fue provocada por la Iglesia católica para hacer volver a la gente a la práctica de la castidad, o que es producto de los laboratorios químicos controlados por el Pentágono norteamericano en su búsqueda de nuevas armas biológicas... El Dr. Luc Montagnier explicó la teoría más seria que ve los orígenes del virus del SIDA en Africa central y oriental. Según parece, el HIV1 y el HIV2, las dos variantes del virus, provienen de ciertos virus presentes en algunas razas de primates africanos. Al pasar accidentalmente esos virus al hombre, le encontraron impreparado. De ahí la infección.

Uno de los mayores intereses de los participantes en el Congreso era conocer el estado actual de la investigación en torno a la cura del SIDA. Hay que reconocer que la medicina no ha descubierto todavía la solución adecuada. Los in-

vestigadores que hablaron de la vacuna anti-SIDA se referían siempre a las posibles «candidatas a vacuna».

La mayor dificultad en esta investigación proviene del hecho de que el virus se esconde en el núcleo de la célula infectada sin ser advertido por el sistema inmunológico. El Dr. Daniel Zagury hizo ver que los esfuerzos actuales se centran en el intento de lograr que las células perciban, ayudadas por alguna vacuna, la presencia del virus. Durante el periodo de latencia es imposible, porque forma parte del código genético de su núcleo; una vez que suelta el virus ya es tarde, porque se reproduce rapidísimamente. Hay que conseguir que la célula muestre síntomas de la presencia del HIV en el momento en que éste empieza a reproducirse en su interior. Se ha experimentado ya alguna «candidata a vacuna» en laboratorio y en chimpancés; e incluso en doce enfermos voluntarios, con resultados bastante satisfactorios. La vacuna consistiría en células infectadas y tratadas en laboratorio. Hay que seguir analizando si ese medicamento puede tener efectos colaterales graves, y sobre todo si hace posible su uso masivo, pues es difícil extraer células infectadas, tratarlas y reinyectarlas a miles de personas.

Otro de los fenómenos del HIV que dificulta su eliminación es su

enorme diversificación en el momento de reproducirse: apenas ha logrado el organismo producir defensas contra un tipo de virus, cuando aparece una variante que escapa a su acción. Como hizo notar el Dr. Fritz Melchers, es imposible crear tantas vacunas cuantas variantes puede crear de sí mismo el virus del SIDA. Pero los doctores Gallo y Montagnier han descubierto ya la estructura molecular del HIV y han identificado algunos elementos que le son necesarios para sobrevivir y reproducirse. La ciencia médica está buscando el modo de atacar ese núcleo de elementos fijos y necesarios en todas las variantes del virus, y acabar así con él.

El Dr. Gallo afirmó que cree firmemente en la posibilidad de encontrar la vacuna adecuada hacia el año 1992. Algún otro calificó esa previsión de excesivamente optimista.

Mientras tanto, la medicina sigue trabajando en otras direcciones: la mejora de las terapias intensivas para los enfermos graves de SIDA, y la elaboración de medicamentos que detengan la multiplicación del virus en la persona infectada y controlen o disminuyan sus efectos destructivos. De la terapia intensiva habló el Dr. Corrado Manni. Los resultados obtenidos hasta hoy son muy escasos: entre un 85 y un 100 por ciento de los enfermos graves mueren enseguida, a pesar de la aplicación de la cura intensiva. Un

50 por ciento de ellos fallece por fallos del aparato respiratorio. En cuanto a las medicinas paliativas, el Dr. Erick De Clercq explicó que la «sudamina» detiene la reproducción del virus, pero es tóxica a largo plazo. Por ello se probó después otro medicamento, el «AZT», que disminuye eficazmente la mortandad de los infectados y protege al organismo contra algunas «infecciones oportunistas». Otras sustancias anulan la compatibilidad entre el HIV y las células, evitando así su propagación a otras células. También el Dr. Robert Yarchoan habló del «AZT», anotando que ayuda a restablecer la glucosa del cerebro, disminuida por el HIV, mejorando así notablemente el funcionamiento de las facultades cerebrales. Pero aclaró que esa sustancia puede ser tóxica. Se sigue buscando medicamentos que puedan detener de tal modo el desarrollo de la enfermedad que las personas infectadas puedan llevar una vida casi normal. Hoy por hoy se trata de deseos y esperanzas. Hay que seguir hablando aún de «candidatas».

Esta situación todavía precaria de la medicina acentúa la necesidad de una adecuada «prevención». Un tema controvertido. Se entremezclan aquí factores médicos y científicos, con otros políticos, administrativos y hasta morales. Todos están de acuerdo en la necesidad de prevenir el contagio y la difusión del SIDA; no todos concuerdan

acerca de los medios que conviene usar para lograr ese objetivo.

Establecida ya la certeza de que el virus sólo puede transmitirse por dos vías: el contacto genital y el contacto sanguíneo, nadie puede negar que la enfermedad del SIDA se ha convertido en una epidemia en continua expansión a causa de ciertos comportamientos sumamente difundidos en nuestras sociedades.

En primer lugar el abuso de la droga, que fomenta el contacto sanguíneo por el uso de la misma jeringa (lo cual constituye para algunos parte esencial del «rito» de estupefacción, como sucede con los consumidores de cocaína). La práctica de la homosexualidad contribuye también notablemente a la difusión de la epidemia, a causa de la efusión sanguínea frecuente en esas relaciones sexuales y de la enorme promiscuidad y variedad de los «partners» que suele distinguir al homosexual. Finalmente, el SIDA se propaga velozmente por culpa de la difusión de relaciones heterosexuales promiscuas, el llamado «turismo sexual», que pone en contacto a personas que desconocen si el otro quedó contagiado en alguna aventura sexual anterior.

La conclusión parece obvia: abandonar ese tipo de comportamientos propagadores del SIDA. Y sin embargo la tarea no es fácil. El Dr. Arsène Burny subrayó la dificultad de lograr el cambio de

comportamiento: a pesar de que hay una clara relación estadística entre el número de «partners» por año de una persona y el porcentaje de infecciones, y de que muchos son conscientes de ello, el 80 por ciento de quienes cultivan la promiscuidad sexual continúa teniendo relaciones con muchas personas que ellos saben que están infectadas por el virus.

La dificultad aumenta a causa de la propaganda y las campañas que pretenden ayudar a evitar el contagio, manteniendo inalterados esos comportamientos peligrosos. Como dijo el profesor Rocco Buttiglione, después de la «revolución sexual» operada a partir de los años sesenta, se pretende ahora combatir el SIDA sin tocar las «conquistas» de esa liberalización sexual.

En esa línea se sitúa muchas veces la propaganda en favor del uso del «condón» o «preservativo». Sabido es que en muchos países se están realizando intensas campañas para promover el uso de ese dispositivo que es presentado como la garantía del «sexo seguro».

También en el Congreso sobre el SIDA celebrado en el Vaticano hubo varios científicos que, con toda libertad, propusieron su uso como medio de prevención. El profesor Augusto Wilhem von Eiff afirmó que, aunque es consciente de la doctrina contraria de la Iglesia, en cuanto médico recomienda su uso

en el matrimonio, para que no se interrumpa el acto conyugal cuando uno de los esposos está infectado. También el Dr. Burny y el Dr. Montagnier mencionaron el «condón» entre los medios de prevención del SIDA.

Sin embargo, todos ellos reconocieron dos puntos que parecen importantes para la evaluación de ese medio. Ante todo, la eficacia del profiláctico va de un 80 a un 85 por ciento. Esto quiere decir que de 100 personas que lo usan en situaciones de riesgo, entre 15 y 20 quedarán infectadas; con una infección de muerte segura que fácilmente transmitirá la enfermedad a otros, en una cadena mortal anónima, y hoy por hoy imparabile. En segundo lugar, todos reconocieron que el fomento del uso del condón aumenta la difusión de costumbres sexuales que favorecen la difusión del SIDA.

Son éstas las razones principales que llevan a la Iglesia católica a rechazar el uso del preservativo como medio preventivo contra el SIDA. Una posición ilustrada por varios filósofos y teólogos moralistas presentes en el Congreso. La donación sexual debe ser donación amorosa. ¿Cómo puede un cónyuge decir que ama a su esposo y al mismo tiempo poner en serio peligro su vida, exponiéndolo al riesgo de contagio, aunque sea un riesgo de un 20 por ciento? Mons. Elio Sgreccia hizo ver, por tanto, que si

uno de los esposos está contagiado, debería abstenerse de las relaciones sexuales, por amor al cónyuge, ofreciendo por ese amor los sacrificios que la continencia comporta. Si ambos esposos se encontraran infectados, queda el problema de la responsabilidad de evitar una concepción que podría engendrar un ser humano condenado a la enfermedad. El condón es inseguro. Pero tampoco el uso de otros medios anticonceptivos soluciona el problema, ya que es sabido que el contacto de la persona infectada con otra también infectada acelera el desarrollo de la enfermedad: dos esposos enfermos de SIDA que siguieran manteniendo relaciones sexuales, aunque intentaran evitar la concepción de un hijo, estarían procurándose mutuamente la aceleración de la propia muerte.

Hay que añadir a ello que, como recordó Mons. Carlo Caffarra, el uso del condón es en sí contrario a la visión cristiana de la sexualidad dado que, por una parte, es un medio artificial de anticoncepción y, por otra, hace que el acto sexual no sea verdaderamente «conyugal», al impedir la donación completa de quienes se unen, de modo que no llegan a ser «una sola carne».

Vistas así las cosas, se impone un juicio moral negativo acerca de las campañas que en muchos países promueven, frecuentemente con la participación directa de los go-

biernos, el uso del preservativo. A menudo el tono de esa propaganda crea en el pueblo la ilusión del «sexo seguro»; es gravemente deshonesto ocultar el riesgo serio que supone el uso del condón. Por otro lado, las acciones de los gobiernos y de las instituciones públicas deben buscar la verdadera eficacia en el combate de problema tan serio. Ahora bien, es un principio básico de la medicina anti epidémica que toda profilaxis correcta ha de procurar primero eliminar las causas de la epidemia, y sólo en segundo lugar ofrecer medios que protejan del contagio a los ciudadanos. Las actuales campañas «pro-condón» hacen justo lo contrario: recomiendan un artificio para evitar el contagio, sin procurar para nada animar a que se abandonen los comportamientos sexuales y de drogadicción que son causa de la epidemia. Más aún, la difusión del condón promueve el permisivismo sexual, agravando la situación y oscureciendo a la vez en las conciencias de los ciudadanos valores fundamentales, como el sentido de la vida conyugal, el respeto de la vida ajena, etc.

Los defensores de tales campañas públicas apelan convencidos a la «neutralidad moral» del Estado y a la «tolerancia civil». Pero, como señaló George Cottier, el llamado «Estado de derecho» no puede ser totalmente indiferente a los valores, se funda en valores, que son la base

de los derechos humanos que él debe defender. El Estado debe, pues, contribuir al respeto de los valores y ayudar a las instituciones que los promuevan. Caffarra añadió que «tolerancia civil» significa solamente que el Estado no debe prohibir a los ciudadanos todo lo que va contra el bien moral; no significa de ningún modo que pueda favorecer el mal moral. Agudamente puntualizó Buttiglione que los estados que promueven campañas de prevención contra el SIDA en las que se invita al uso del condón, en realidad no actúan con neutralidad ideológica sino que adoptan y sostienen la ideología de la «revolución sexual».

A quienes argumentan que, dado que la gente no va a abandonar sus costumbres sexuales, es conveniente promover el condón para disminuir al menos en parte el peligro de contagio, respondió eficazmente Mons. John Foley. En Estado Unidos, dijo, se ha prohibido totalmente la publicidad del tabaco, lográndose una efectiva disminución de su consumo.

Según la lógica de los defensores de la publicidad del condón, se debería promover el consumo de los cigarrillos con filtro, que disminuyen la peligrosidad del tabaco. Pero las autoridades saben muy bien que la publicidad de los cigarrillos con filtro llevaría al aumento del consumo del tabaco, con filtro o sin él.

Favorecer el cambio de los comportamientos dañinos. Es ésta sin duda la mejor política de prevención contra el SIDA. Lo señalaron la mayoría de los ponentes que se ocuparon del tema. Un favorecimiento que, como apuntaba el Card. O'Connor, significa preparar la solución del problema para un futuro duradero, trabajando a largo plazo; y que no ha de consistir en una lucha negativamente condenatoria de los comportamientos desviantes sino, positivamente, en la promoción de los valores de la vida, el verdadero amor, el auténtico sentido de la sexualidad, etc.

Además de ese cambio de costumbres, se hacen necesarios otros medios de prevención: la información correcta sobre el SIDA (sin los alarmismos frecuentes en muchos medios de comunicación social), la práctica de «tests» médicos para detectar la presencia del virus en personas que pueden contagiar a otros (por ejemplo, antes de una operación), e incluso los procedimientos penales contra los sujetos responsables de la propagación del virus (cuestión muy debatida actualmente en los Estados Unidos),

Procedimientos complejos y en ocasiones problemáticos también desde el punto de vista ético. En efecto, el fenómeno del SIDA provoca una serie amplia de interrogantes y desafíos morales, en diversos planos, además del ya analizado a propósito de la

prevención a través del uso del preservativo.

Ante todo, en relación con los enfermos mismos. Dada la causa del contagio en la mayoría de los casos, es muy frecuente el sentimiento de culpa entre los afectados por el SIDA. Sentimiento al que se suma demasiado fácilmente el desprecio y la marginación por parte de la sociedad: escuelas, empresas, asociaciones, y hasta los propios familiares. Ante todo, hay que tener mucho cuidado para no juzgar indebidamente sobre la causa que puede haber originado el contagio (que puede deberse a una transfusión de sangre o a una unión sexual con el propio cónyuge sin saber que se encuentra enfermo). En segundo lugar, como recordó el Card. O'Connor, la Iglesia pide siempre que se distinga el pecado y el pecador. Hay que ser claros en el juicio moral sobre los comportamientos moralmente desordenados que provocan la expansión del SIDA; pero hay que ser comprensivos con quienes, a causa de los mismos, sufren una enfermedad mortal y se sienten además marginados por la sociedad.

El enfermo de SIDA debe ser consciente también de sus deberes éticos. El deber de evitar seriamente contagiar a otros; el deber de ser claro al manifestar la causa de su enfermedad, para que los médicos puedan ayudarle mejor y sea posible el avance de la medicina en la lucha

contra el SIDA; el deber de buscar ser curado, de defender su propia vida.

También los médicos y el personal sanitario en general han de considerar ciertas obligaciones morales. El Dr. Edmund Pellegrino, recordando que el médico hace un juramento en el que se compromete a usar sus conocimientos para el bien de los pacientes, señaló que los doctores deben tratar a todos los enfermos de SIDA sin discriminación alguna; lo cual no significa que no pueda tomar las medidas prudenciales necesarias para evitar el contagio, suyo o de otras personas. Un punto delicado en el tratamiento de los enfermos de SIDA es el del secreto profesional. Lo trató ampliamente el P. Javier Elizarrri, C.S.S.R. Primero ponderó el valor del secreto médico: en general, responde a la necesidad de respetar la dignidad del enfermo; en el caso del SIDA, además, estimula a los posibles infectados a someterse a la consulta médica y protege a los enfermos de la discriminación social. Pero luego aclaró que no se trata de un valor absoluto, como pretende una «declaración de los derechos de los enfermos de SIDA». Puede haber ocasiones en que sea posible e incluso moralmente necesario romper el secreto, dado que puede estar en juego la vida de otras personas. Tanto el Dr. Pellegrino como Mons. Caffarra afirmaron que el personal sanitario debe advertir

al enfermo de la gravedad moral de avisar a su cónyuge, y que si él no está dispuesto a hacerlo, el médico debe asumir la responsabilidad de informarle.

Otro tema espinoso: los «test» para identificar a los portadores del virus HIV. En general hay que mantener el principio de que no se puede obligar a nadie a someterse a un examen médico contra su voluntad: sería una violación de la intimidad personal. En circunstancias en las que haya peligro inmediato de contagio (por ejemplo, antes de realizar una intervención quirúrgica) y se tengan razones serias para sospechar que la persona en cuestión puede ser seropositiva (por ejemplo, si se trata de un drogadicto), puede ser lícito prescribir el «test» de identificación del virus. Pero esto no justifica la pretensión de realizar «tests» obligatorios generalizados (sólo en casos de grave situación sería admisible someter a examen a todos los «sospechosos» de contagio).

Finalmente, habría que hablar también de las responsabilidades morales de la sociedad en general. Ante todo, la de los medios de comunicación que, según el Dr. Alberto Michelini, han jugado en general un muy mal papel en la información sobre el SIDA: alarmismo, sensacionalismo, fomento de la curiosidad morbosa, escasa presentación de los contenidos humanos del problema, faltas de

respeto hacia algunas personas al violar su derecho al pudor, etc. La sociedad en general debe evitar toda forma de discriminación hacia los enfermos de SIDA; y debe, por otra parte, invertir adecuadamente en los medios de prevención y de investigación que se presentan necesarios y urgentes para combatir esta plaga. Para ello es imprescindible el fomento de la ética de la solidaridad que, como recordó Mons. Dionigi Tettamanzi, no se debe basar simplemente en una pragmática utilidad social, sino en la comprensión y el respeto de la dignidad intrínseca de toda persona humana.

La plaga del SIDA es ya un mal internacional. Presenta, pues, características internacionales y políticas. De ellas habló el Sr. Giulio Andreotti. Citando la encíclica *Sollicitudo rei socialis* de Juan Pablo II, recordó que el mundo actual vive en una fuerte «interdependencia», y que la humanidad actual o se salva junta o se condena toda entera. Salvación o condenación que pueden ser referidas también al flagelo del SIDA. El presidente del gobierno italiano hizo un fuerte llamamiento a la cooperación internacional, a una acción oportuna de los Estados; pidió que se dediquen los recursos necesarios a la investigación sobre la enfermedad y que se establezca una verdadera cooperación científica, sin secretos, celos o egoísmos

de parte. Propuso la creación de un banco mundial de datos sobre la epidemia, dada la insuficiencia de información a nivel mundial, que frena la cooperación internacional. Recordó que la solidaridad debe impulsar a los países ricos a ayudar a los más necesitados, de modo desinteresado. Y a este propósito hizo notar que algunos países africanos se lamentan de que Occidente no se preocupe de ayudarlos a combatir otras enfermedades que causan más muertos entre sus poblaciones que el SIDA. ¿Por qué?, se preguntan. ¿No será porque esas enfermedades no les afectan a ellos?

El Congreso sobre el SIDA concluyó con la presencia del Papa. En su discurso, el Santo Padre insistió también en las dimensiones mundiales de la enfermedad. Una desgracia que afecta sobre todo, dijo, a los jóvenes, es decir, al futuro de nuestro mundo. La difusión de la epidemia ha sido posible por culpa de una grave crisis de valores; hay en la sociedad actual una «inmunodeficiencia de los valores, una patología espiritual». Urge, por tanto, la información y la educación a la maduración responsable. Enseñar a vivir el amor como donación. Aludiendo claramente al discutido tema del preservativo, Juan Pablo II afirmó que es ilícita la prevención que se basa en medios que violan el sentido humano de la sexualidad;

una prevención centrada en actitudes egoístas será ineficaz, además de ilícita. La Iglesia no pretende dedicarse a decir «no», sino proponer un estilo de vida que incluye valores éticos. El Papa hizo luego un vigoroso llamado a las diversas categorías sociales; a los enfermos: que sepan que la Iglesia está con ellos, y sean conscientes de que pueden ofrecer mucho al mundo: el ejemplo de su deseo de vivir; a los familiares: que no abandonen nunca a los enfermos de SIDA; a los jóvenes: que no se dejen llevar por actitudes superficiales y dañinas; a los médicos e investigadores: que sigan esforzándose seriamente por encontrar medios eficaces contra la enfermedad, y, mientras tanto, que traten siempre con amor a los enfermos, ofreciéndoles también ayuda humana y espiritual; a los gobernantes: que establezcan programas de lucha global contra el SIDA, en los que se apoyen también las iniciativas de los grupos particulares; a los sacerdotes y religiosos: que sean verdaderos heraldos del Evangelio del sufrimiento en nuestro mundo y lleven a cabo una acción en favor de los enfermos que se vea siempre sostenida por la fe y la oración, de forma que sean auténtica presencia de Jesús en la sociedad. La Iglesia, afirmó el Papa, se siente interpelada por esta enfermedad en primera persona.

No faltan quienes ven las cosas de otro modo, y acusan a la Iglesia

de escasa sensibilidad ante la epidemia del SIDA. El profesor Horishi Nakajima, director general de la Organización Mundial de la Salud, dijo en su intervención que la Iglesia, así como la permanente acción del Pontificio Consejo para el Apostolado de los Asistentes Sanitarios y de otras instituciones católicas, han demostrado la conciencia de la Iglesia ante el problema del SIDA.

Gonzalo Miranda



Recensiones

*

FERRO F. M. y otros, *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milán: Vita e Pensiero, 1989, pp. 685.

El libro, elaborado por los profesores F. M. Ferro, M. Di Gianantonio, G. Riefolo y M. C. Tonnini Falaschi, recoge las ponencias presentadas en el Congreso homónimo celebrado en Roma, en la Facultad de Medicina y Cirugía «A. Gemelli» del 10 al 12 de octubre de 1986. El porqué de una reunión de historia de las escuelas, de las ideas y de las vicisitudes de la psiquiatría está de actualidad al hablar del tema «psiquiatría» en Italia.

La obra está estructurada en seis grandes capítulos. En el *primero* se trata el periodo desde el Iluminismo hasta el «Risorgimento»: las psiquiatrías en los estados regionales. Se examinan con particular atención las experiencias médicas y psiquiátricas de Daquin en Chambery, el sistema de los doctores Spinel y Esquirol, las vicisitudes de los psiquiatras espiritualistas y los orígenes de la psiquiatría inglesa.

En el *segundo capítulo* se tratan los orígenes de las instituciones en Italia, la reforma del régimen de los dementes en el reino de Nápo-

les y sus diversidades respecto del régimen francés, el análisis del desarrollo institucional en el San Lázaro de Reggio Emilia y el nacimiento del institucionalismo.

En el *tercer capítulo* se trata de la psiquiatría en la Italia unida: razón positiva y positivismo, el atavismo, Kraepelin y los kraepelinianos en Italia, el modelo de epilepsia en psiquiatría, la iconografía psiquiátrica y la locura en la narrativa italiana del ochocientos.

En el *cuarto capítulo*, «Los alienistas bajo proceso», se aborda la evolución del concepto de monomanía, los conflictos y las convergencias entre psiquiatría y ley, la evolución del concepto de peligrosidad social y el problema del hombre delincuente entre psicología, psiquiatría y ciencias sociales.

En el *quinto capítulo* se muestra el panorama de la psiquiatría entre las dos guerras, la lógica del diagnóstico clínico y el papel del error, la función del constitucionalismo en el desarrollo del pensamiento médico, la unión de los profesores de Neurología y de Psiquiatría en la reforma fascista de la Universidad. En el *sexto capítulo* se describen las «otras» psiquiatrías, el existencialismo y la fenomenología, el pensamiento de Karl Jaspers desde la psicología general a la metame-

dicina, el conocimiento y las influencias del pensamiento de Jung, la crisis de identidad de la psiquiatría en los años 60, la psiquiatría clásica y el desarrollo anti-institucional y la historia de la higiene mental.

La originalidad de la obra consiste en el intento de hacer una historia de la psiquiatría italiana, sobre la cual en conjunto se ha escrito poco, a parte la obra de Stok «La formación de la psiquiatría» (Roma, 1981) y la obra de Catapano sobre Aversa «Le reali case di matti nel regno di Napoli» (Nápoles, 1986).

La psiquiatría italiana constituye en su conjunto un fenómeno totalmente peculiar en el ámbito de la psiquiatría europea, en cuanto que primero absorbió las teorías francesas haciendo de ellas una síntesis muy original, para luego en un segundo momento adherirse muy rígidamente a las teorías de la psiquiatría alemana.

Como se concluye por los estudios de Stok, que es un psicólogo experimental, la nosografía kraepeliniana en Italia fue impugnada durante casi treinta años. Sólo a finales del 800 fue introducida gracias a la labor de los psicólogos clínicos que trabajaban en los hospitales psiquiátricos, como Bucola.

Este libro, en su conjunto, tiene el gran valor de proporcionar un panorama orgánico de la historia de la psiquiatría, en el momento

del nacimiento de la psiquiatría clínica en Italia.

Los documentos citados y presentados muestran la constitución de la psiquiatría italiana paralelamente a la constitución del Reino unido, proporcionando un interesante paralelismo entre los acontecimientos políticos de la época y los cambios de la doctrina freniátrica.

Resulta también interesante la parte dedicada a la psiquiatría forense, de la cual se trata en particular el desarrollo de la escuela lombrosiana y su afirmación, en el ámbito de la constitución de la psiquiatría unitaria.

Hay que poner de relieve igualmente las aportaciones concernientes al significado que asumió la aplicación de las teorías de la clínica positivista a la psiquiatría, cuyo interés se concentró en la enfermedad, en la nosografía y en el proceso psicopatológico, totalmente ajeno al enfermo. Por lo que paradójicamente se creaba una situación en la que no sólo no se escuchaba al enfermo, si alguna vez hubiera hablado, sino que se prefería que de plano no hablara.

El diagnóstico y la «curación» se basaban así exclusivamente en las manifestaciones clínicas exteriores, semiológicas, como en la medicina general. Esto abre inquietantes interrogantes sobre el respeto de la dignidad humana del enfermo mental, negada durante siglos y sólo desde hace pocos años, aquí en

Italia, objeto central nuevamente de la atención de la psiquiatría contemporánea.

El estudio de la historia se muestra, en la panorámica psiquiátrica actual, como un momento fundamental de conocimiento y análisis crítico de lo que fue el movimiento psiquiátrico en su constitución en las diversas épocas históricas. Momento de ayuda no sólo desde el punto de vista teórico sino también práctico, para una evaluación lo más amplia y correcta posible también de la situación actual, sin la cual parece difícil una programación operativa lo más exenta posible de eventuales errores, incluso crasos, en el manejo del paciente psiquiátrico. Errores que no tienen sólo una importancia de orden «teórico», sino sobre todo de orden práctico en el tratamiento médico, psicoterapéutico y sobre todo humano del enfermo mental.

Adelia Lucattini

D'ONOFRIO F., *Il Dolore: fisiopatologia e valori*. Nápoles: Campagna Serafica, 1989, pp. 170.

Una primera observación que puede hacerse al volumen del profesor D'Onofrio es que se trata de una obra en cuyas páginas se entrecruzan constantemente Cien-

cia y Fe, más aún una ciencia que conduce a la meditación religiosa. Así lo escribe el profesor Pagano en la presentación, citando su experiencia personal, esto es, que la lectura del libro y el enterarse de las «intrincadas redes de contactos electrobioquímicos del sistema nervioso, la misma gama de las endorfinas que atenúan los dolores en el cuerpo y presiden también las manifestaciones externas más delicadas del gozo y del sufrimiento —como la sonrisa y el llanto— le llevaron, casi sin darse cuenta, a comenzar a conocer al Infinito existente en la persona y a Quien nos dio todo esto no sólo sin hacer de ello un mérito, sino permitiendo incluso que no se reconociéramos» (págs. II-III).

Hablando más concretamente del tema de la obra, vemos cómo surge de una aproximación a la problemática del dolor que tiene en cuenta los aspectos psicológicos, antropológicos, teológicos y filosóficos, es decir de todos esos aspectos que interactúan en el dolor del hombre, más allá de la pura reacción física, cuya fisiología, por lo demás, se indica cuidadosamente en el volumen. Se trata, por esto, no tanto de un tratado sobre el dolor, cuanto sobre la «persona que sufre».

En nuestro intento de comentar el libro, podemos distinguir una primera parte de la obra en la que, haciendo un *excursus* histórico, se

recuerdan las principales respuestas que el hombre ha intentado dar al enigma del dolor.

Y así se dedica un amplio tratado al concepto del dolor en el ámbito de la Revelación cristiana. El autor interroga, primero que todo, al Antiguo Testamento en las figuras de Job, y del Siervo de Yahveh; luego se vale de la aportación de la revelación del Nuevo Testamento, para concluir haciendo suya la afirmación de W. Kasper, según el cual «la sobreabundancia del amor de Dios en la Cruz es testimonio para el cristiano que desde toda la eternidad hay en Dios un espacio para el hombre, un espacio real para el sufrimiento de los hombres» (pág. 26). Resuenan así las palabras de Pablo: «...completo en mi carne lo que falta a los sufrimientos de Cristo», y la aportación del sufrimiento humano adquiere un «carácter creativo» (*Salvifici doloris*, 5) (pág. 24).

Una segunda parte del libro está dedicada a la relación dolor/hombre, comprobando ante todo que el dolor tiene también un «aspecto positivo»: el dolor adopta para el organismo preponderantemente el papel de prevención y/o de activación de procesos defensivos que tienen en todo caso la finalidad de conservar la vida y de evitar la muerte (pág. 46): «Si es cierto que sufrimiento y dolor tienen, por así decir, una función mala, proporcionando una sensación penosa, se tornan en

cambio, sustancialmente en una función buena porque activan las reacciones de defensa y de reparación y, por tanto, la vuelta a un estado de bienestar» (pág. 59).

Como decimos, esta relación hombre/dolor se completa tratando ampliamente, de una forma muy bien llevada a nivel divulgativo, la fisiología del dolor y la elaboración cerebral del dolor mismo, así como los sistemas de control del dolor propios del organismo (receptores presentes en las estructuras destinadas a la recepción y a la elaboración del dolor y sustancias endógenas de origen cerebral de acción semejante a la de la morfina, denominadas endorfinas (pág. 79) o propios de terapias como la acupuntura o los fármacos antálgicos. El dolor, en efecto, ese «lamento terrible y resonante» del género humano, es también objeto de toda una labor de investigación médica inducida por la afirmación hipocrática «divinum est sedare dolorem» (es cosa de Dios aliviar el dolor) (pág. 92). La terapia del dolor tiene también notables connotaciones éticas si pensamos que «se puede recurrir incluso a terapias antálgicas instrumentales pero es muy importante encontrar siempre un compromiso entre alivio del dolor y malestares físicos o psíquicos inducidos en el paciente por las terapias» (pág. 98); si pensamos que «la terapia para el dolor hay que aplicarla, pero

gradualmente» (pág. 97); y si pensamos que la lucha contra el dolor puede poner en marcha «el muelle de la caridad en la base de una comunidad social más dispuesta a acoger y comprender a los enfermos y sufrientes» (pág. 99).

Ulteriores problemáticas éticas surgen también de la responsabilidad humana en la evolución del dolor y del sufrimiento. Así, afirma el autor, hay que «detenerse en algunas causas de desequilibrio que están distinguiendo a nuestro tiempo y que inevitablemente repercuten a corto o largo plazo sobre cada uno, sobre la sociedad y sobre el ambiente» (pág. 102), y por ese motivo centra la atención «en las patologías más características, entre las muchas atribuibles a la intervención del hombre, como las manipulaciones de la procreación, del ambiente y de la alimentación, la falta de protección contra las radiaciones ionizantes y finalmente la sexualidad incontrolada, causa bien conocida del último flagelo: el SIDA» (pág. 102).

En este campo hay que recordar también que toda patología tiene sus propias características de dolor, de manera que la respuesta humana será diferente según la personalidad, lo vivido y el aguante del que sufre, pero también según su afección.

A final de esta tercera parte, en las conclusiones, el autor recuerda la necesidad de reivindicar hoy esa

«cultura del dolor» que antes de la era del consumismo y del hedonismo, representó uno de los apoyos fundamentales de la humanidad en su camino terrenal» (pág. 149).

Así «si el hombre, en una visión que integre todos los valores, tiene la humildad de reconocer que Dios “le ha puesto la noción de eternidad en el corazón” (Eclesiastés 3, 11) y que ésta es la única meta a la que debe tender, entonces le será posible afrontar y soportar los sufrimientos y penalidades de la vida de manera que no sea sólo vana y estéril búsqueda de un bienestar inconsistente» (pág. 155). Y una vez más: «esa desagradable sensación que es el dolor, es tal vez el último, auténtico llamado que, entre el griterío de la vida moderna, logra el hombre percibir aún» (pág. 155), y, podemos añadir, un llamado a la trascendencia, como afirma Juan Pablo II en la *Salvifici doloris*.

En conclusión, en la obra del profesor D'Onofrio, fe, ciencia y cultura interactúan en una detallada disección del problema del dolor. Un último valor del libro es una abundante y agradable iconografía que tiende a comentar visualmente lo que se va exponiendo.

Massimo Petrini

De la Literatura Médica Internacional

Coordinación de Antonio G. Spagnolo

Embarazos en las adolescentes y educación sanitaria

MCARNEY E. R. AND HENDEE W. R., *Adolescent pregnancy and its consequences*, y *The prevention of adolescent pregnancy*, JAMA 1989; 262 (1); 74-77, 78-82.

Mucho se ha escrito en la literatura norteamericana de la última década sobre el tema de los embarazos y los partos en las adolescentes.

El fenómeno se resiente particularmente en los Estados Unidos donde en 1981, por ejemplo, la incidencia de embarazos en las chicas de 15 a 19 años fue de 96 por 1,000, valor bastante elevado si se piensa en el 14 por 1,000 de Holanda o el 24 por 1,000 de la casuística italiana (véase 1er. Informe ASPER). Los diversos porcentajes en los diferentes países deben ser correlacionados, según los autores de este trabajo, con el inicio de la actividad sexual, con la educación sexual, con la posibilidad de recurrir a la anticoncepción y el aborto, y es sobre estos factores sobre los se puede significativamente actuar a fin de prevenir los embarazos. Los autores ponen de relieve, por otra

parte, cómo en Norteamérica los adolescentes reciben mensajes conflictivos respecto de la sexualidad: los medios de comunicación incitan al ejercicio de la sexualidad identificando con esto una expresión de madurez; los valores sociales orientarían en cambio hacia una abstención de esta actividad para las jóvenes no casadas (¡pero no para los jóvenes!). El tema implica, por tanto, además de los problemas sanitarios también consideraciones estrictamente culturales y morales.

En la primera parte del artículo se consideran las consecuencias de un embarazo en las adolescentes en el plano de los aspectos psicosociales y de los resultados mismos del embarazo desde el punto de vista de la patología obstétrica.

Después de repasar las fases más sobresalientes del desarrollo físico y psíquico de las adolescentes los autores ofrecen algunas estadísticas relativas al inicio de la actividad sexual y a los presupuestos educativos y de comportamiento que empujan a este inicio precoz de la actividad sexual. Se consideran, luego, específicamente las consecuencias: para la madre (mayor incidencia de hipertensión —otras patologías observadas en el pasado no se habrían confirmado); para el feto (mayor incidencia de partos

antes de término, de recién nacidos con poco peso, de morbilidad post-natal); para los hijos de los padres adolescentes (problemas de conducta y de más bajo coeficiente intelectual); para los mismos padres adolescentes en el plano psico-social (dificultad de continuar los estudios, bajo tenor de vida, dependencia de las familias de origen, «riesgo» de nuevos embarazos y alto porcentaje de recurso al aborto). Sin embargo, no se pueden ignorar tampoco otras consecuencias como, por ejemplo, las que se dan en el plano de la transmisión de las enfermedades sexualmente transmitidas y especialmente del SIDA.

En la segunda parte se ofrecen indicaciones para prevenirlo. Se identifica, así, una *prevención primaria* que busca desarrollar un comportamiento sexual responsable, mediante un trabajo a nivel de las actitudes culturales y de los valores, enseñando en las escuelas los diversos aspectos de la sexualidad incluso en el aspecto clínico.

La *prevención secundaria* debería buscar, según los autores, el alentar la anticoncepción en aquellos adolescentes que de hecho tienen relaciones sexuales prematrimoniales.

Una *prevención terciaria*, finalmente, debería preocuparse de limitar las patologías de las jóvenes madres y de sus hijos.

Particularmente relevante, y de ello hay que tomar nota, resulta

cuando se trata de la prevención primaria para la cual se establece el principio de que el mejor medio para...prevenir...la...situación...de embarazo en las adolescentes es el de posponer el comienzo de la actividad sexual; y este objetivo se puede alcanzar mediante una educación sexual adecuada incluso a nivel del curriculum escolar pero sobre todo actuando a nivel cultural y de educación en los valores.

Estamos plenamente de acuerdo con los autores al considerar que no se puede pensar en resolver la prevención simplemente aconsejando o distribuyendo anticonceptivos a los adolescentes. Se trata, en cambio, de actuar a un nivel anterior que implique en primera persona a los padres, la escuela, los educadores, todas las personas a las que a menudo la adolescente pide ayuda pero en las cuales encuentra muchas veces indiferencia o falta de preparación.

Más discutible en el plano ético es el razonamiento que se hace sobre la prevención secundaria que intentaría proponer el anticonceptivo allí donde las instancias educativas no fueran escuchadas o fracasaran. Es ésta una mentalidad de enfoque del problema de tipo estrictamente médico-epidemiológico, que, aun no negando necesariamente la bondad de la propuesta integral de prevención anteriormente considerada, se querría proponer desde el punto de vista de

afrontar diariamente la situación concreta de los adolescentes que «se encuentran» viviendo esta actividad sexual precoz. En realidad, sin embargo, reducir la incidencia de los embarazos en general con el uso de los anticonceptivos pero mantener un comportamiento sexual desordenado no permite ver todo el bien del hombre aunque se quisiera pensar «resolver» de esta manera alguna situación concreta. Por lo demás, las mismas técnicas anticonceptivas, según los autores, no dejan de presentar problemas en la edad de la adolescencia: la necesidad de tener que tomar todos los días la píldora, con el consiguiente aumento de peso, la retención hídrica o el *spotting* que a menudo van asociados; la incapacidad psicológica para recurrir a los medios de contención, lo cual implica una actividad sexual planificada; la convicción de muchos adolescentes de que la anticoncepción influye en la espontaneidad de la actividad sexual, etc.

Todos estos son aspectos concretos que no puede pasar por alto quien entienda por educación sexual hacer un elenco de los anticonceptivos disponibles en el mercado.

Finalmente, son también relevantes las consideraciones sobre el papel del aborto en la prevención terciaria. Los autores subrayan que desde el punto de vista médico no existen indicaciones para inte-

rrumpir el embarazo por motivos «terapéuticos»: tanto para la madre cuanto para el feto no existen patologías tan notables como para identificar *a priori* como «de riesgo» todos los embarazos de las adolescentes (como fácilmente se pensaba en el pasado —véase a este propósito también las conclusiones del citado 1er. Informe ASPER). Esto permite, a nuestro juicio, poder llevar a cabo con mucha serenidad también en esta fase de la prevención una importante acción educativa de apertura y acogida a la vida.

Es de desear que todos los médicos sientan la responsabilidad de ocupar una posición privilegiada en la comunidad tanto en el campo educativo como en los servicios preventivos, trabajando en estrecho contacto con los educadores y elaborando programas específicos de enseñanza en las escuelas.

A. G. Spagnolo

¿Quién se beneficia con el FIVET?

WAGNER M. G. y ST. CLAIRE P.A., *Are in-vitro fertilisation and embryo transfer of benefit to all?* The Lancet 1989; ii: 1027-1030.

La difusión de la fecundación *in vitro* ha desatado un candente debate acerca de su eficacia, la seguridad, los costos y riesgos en relación con

los beneficios. Ninguna nueva técnica puede hacerse una técnica estándar hasta que no reciba una rigurosa evaluación; y mientras tanto debe seguir siendo una técnica experimental guiada por los principios que regulan la experimentación en el hombre. Debemos considerar que en esta técnica están en juego los más grandes valores vinculados con la transmisión de la vida, concernientes al significado del acto conyugal y la identidad del sujeto llamado a la existencia, por lo que también estos aspectos deberían tenerse en cuenta a la hora de valorar el FIVET además, precisamente, de su eficacia técnica, de la seguridad, de los costos, incluidos los atribuibles a los efectos colaterales.

Independientemente de la referencia a los valores morales, de todos modos, los autores de este artículo, poniéndose exclusivamente en la óptica de la relación costo/beneficio, ofrecen datos interesantes que parecen tener también repercusiones en el plano ético. En el ámbito de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud de Copenhague, y en colaboración con el Departamento de los Servicios Sanitarios de la Universidad de Washington, ponen de relieve que no se ha llevado a cabo ninguna evaluación a gran escala del FIVET y las demás técnicas de procreación asistida: todos los datos disponibles proceden en su mayor parte de

clínicas aisladas. Faltan válidos *trials* clínicos multicéntricos acabados para comparar la eficacia del FIVET con otros tratamientos codificados de la esterilidad.

Los autores basan sus consideraciones sobre la eficacia, la seguridad y los costos de estas técnicas en los datos proporcionados por los registros nacionales norteamericanos y australianos. Así, en orden a la eficacia hacen notar que se da una ambigüedad en la presentación de los resultados por el hecho de que por eficaz se entiende a veces el sólo embarazo clínicamente iniciado y otras veces el nacimiento del bebé en buenas condiciones. Se sabe, en efecto, que después del inicio del embarazo obtenido mediante el FIVET o el GIFT (pero incluso antes del implante) sobrevienen abortos llamados «espontáneos», embarazos ectópicos, muertes fetales, etc. Ahora bien, mientras el porcentaje de embarazos iniciados se expresa en orden del 33-55 por ciento de los ciclos de transferencia embrional —valores que parecerían muy elevados— el porcentaje de niños que nacen efectivamente es del 10-13 por ciento, por no hablar del 4-5 por ciento de niños que nacen sanos. Semejantes porcentajes, concluyen los autores, no son absolutamente significativos ni respecto de las mujeres que reciben otros tratamientos convencionales para la esterilidad ni respecto de las mujeres

que no se someten a tratamiento alguno.

También respecto de la seguridad de la técnica los datos son preocupantes: se da un aumento de la incidencia de embarazos múltiples, los cuales constituyen de por sí un riesgo para los fetos, que nacen bajos de peso o hacen que se lleve a cabo el terrible aborto selectivo; la mortalidad perinatal o neonatal de los niños concebidos con el FIVET es respectivamente cuatro veces y dos veces más que la de la población general. Se observa además en los nacidos una mayor incidencia de daños neurológicos y sensoriales, mientras las mujeres sometidas al FIVET se enfrentan con mayor frecuencia a toda una serie de patologías causadas por la estimulación hormonal para inducir la ovulación: quistes ováricos, defectos de la coagulación, ictus, infarto del miocardio, mola vesicular, cáncer ovárico, hipertensión. Finalmente, en estos embarazos se observa un creciente recurso al parto por cesárea.

Por lo que respecta a los costos económicos, para cada ciclo éstos giran en torno a los 5 mil dólares; teniendo en cuenta que sólo el 10 por ciento de los ciclos concluye en el nacimiento de un niño vivo, hay que calcular un costo de cerca de 50 mil dólares por cada niño vivo que nace.

Además de estos costos hay que considerar los vinculados con el

elevado riesgo obstétrico, con el parto por cesárea que se acostumbra efectuar y con los cuidados intensivos neonatales a menudo que frecuentemente se requieren.

En conclusión, los autores consideran que ninguna estructura pública debería jamás incluir, entre sus prestaciones a los ciudadanos, técnicas de este tipo, gravadas con tan elevados costos económicos y para la salud materno-fetal; mientras los datos sigan siendo éstos, el FIVET y las demás técnicas reproductivas deberán ser consideradas experimentales. Y estas consideraciones revisten particular actualidad en estos tiempos en los que, en Italia por ejemplo, se estaría intentando aprobar leyes regionales que pretenden que la fecundación *in vitro* la ofrezca el Servicio Sanitario Nacional (véase la propuesta de la Región Emilia Romagna).

A. G. Spagnolo

Los efectos de un screening prematrimonial obligatorio para el SIDA

TURNOCK B. J. Y KELLY C.J., *Mandatory premarital testing for human immunodeficiency virus. The Illinois experience.* JAMA 1989; 261 (23): 3415-3418.

Algunas opciones de política sanitaria suscitan inquietantes

instancias éticas sobre todo cuando configuran conflictos entre los intereses de la colectividad y el respeto de la vida del individuo.

Frente al SIDA se da muy fácilmente un conflicto de este tipo cuando se proponen programas de *screening* de anticuerpos con la finalidad de conocer la difusión de la enfermedad entre la población. Aun cuando parezca que un *screening* constituye una intrusión mínima en la vida del individuo respecto de la enfermedad que se trata de combatir, puede comportar sin embargo consecuencias a veces dramáticas para el individuo sobre todo cuando la colectividad no garantiza la máxima reserva y, como consecuencia, el individuo es objeto de estigmatización y discriminación.

A nivel internacional no ha tenido mucha acogida la imposición del *screening* de anticuerpos para el SIDA; algunos han llegado a adelantar la hipótesis de un *screening* en algunos momentos particulares de la vida del individuo (por ejemplo, en el momento de ingresar en un hospital —cosa, por lo demás, que ya se hace rutinariamente en otras enfermedades infectivas como la hepatitis viral o la sífilis—, o en el momento de la revisión para entrar en filas, etc.).

Por otra parte, las características epidemiológicas de una enfermedad como el SIDA, que no se difunde por casualidad entre la población general, hacen injustificada —ade-

más de relevante en el plano económico— la ejecución de un *screening* masivo. En todo caso es necesario que un programa de *screening* tenga por objetivo aportar una ayuda real respecto de la sociedad y del individuo que no sea el de manifestar la desaprobación social de quien resultara sero-positivo.

Las importantes consecuencias a nivel de la vida familiar que determina la infección por HIV ha llevado a algunos Estados a programar —no sin controversias— *screenings* de anticuerpos prematrimoniales obligatorios por ley. En 1987, unos treinta Estados norteamericanos analizaron proyectos de ley que preveían la obligación de una prueba semejante. Sin embargo, sólo dos llegaron a promulgar una ley así, Louisiana e Illinois. El primer Estado abolió la ley seis meses después de aprobarla; por tanto, en el momento de elaborarse este artículo, el único Estado que seguía previendo un *screening* prematrimonial obligatorio era Illinois. Los autores presentan la experiencia de esta normativa norteamericana con la finalidad de evaluar las implicaciones sociales y sanitarias de un programa semejante. Y las conclusiones de los autores no son muy positivas como lo demuestran los datos obtenidos.

En el espacio de seis meses, de un total de 71 mil personas que solicitaron la licencia matrimonial —y que por tanto fueron sometidas

a la prueba— sólo 8 fueron identificadas como seropositivas (el 0.011 por ciento). La mitad de ellas, por lo demás, dijo que tenía costumbres y comportamientos de riesgo y por tanto eran «sospechosas» ya con la sola anamnesis.

El costo total del programa en los seis meses se evaluó en 2.5 millones de dólares (cerca de 312 dólares por cada individuo identificado como seropositivo), y esto desde el punto de vista de la relación costo/beneficio es ciertamente desproporcionado sobre todo porque los beneficios esperados no se lograron. En el mismo periodo de tiempo, en efecto, se registró una disminución del 22.5 por ciento de las licencias matrimoniales concedidas con un incremento significativo, en cambio, de las licencias matrimoniales concedidas por los Estados limítrofes a ciudadanos residentes en Illinois.

También desde el punto de vista ético el citado programa suscita dudas: el hecho de que la prueba corriera a cargo del solicitante únicamente indujo a muchos ciudadanos a preferir no casarse; además la posibilidad de casarse en los Estados vecinos sin someterse a la prueba destruyó el objetivo del programa mismo que era el de proteger al cónyuge y a la prole del riesgo de contraer la infección. Así, muchos —entre los cuales nos contamos también nosotros— se han quedado convencidos que el cono-

cimiento de la propia condición infectiva debe mantenerse, en general, dentro del recorrido elegido por el individuo de búsqueda de la verdad y de autorresponsabilización, aunque no se tenga que excluir algunas medidas obligatorias —a fin de proteger a la colectividad— en ciertos ambientes o situaciones en las cuales se haya comprobado la imposibilidad de confiar al individuo la acción preventiva.

A. G. Spagnolo

Diagnóstico prenatal mediante muestra de sangre materna

LO Y-M. D., PATEL P. y otros, *Prenatal sex determination by DNA amplification from maternal peripheral blood*. The Lancet 1989; ii: 1363-1365.

La presencia de células fetales en la sangre periférica materna hace ya años que ha atraído la atención de los investigadores en un intento por poder utilizar esas células para hacer un diagnóstico prenatal del que va a nacer.

La perspectiva de una investigación semejante es interesante en el plano práctico, e incluso ético, al poderse evitar recurrir a la amniocentesis o a la obtención de cilios coriales o a todas las demás técnicas invasivas de diagnóstico

prenatal las cuales, aun de diversa entidad, presentan un cierto riesgo.

Ya desde 1969 algunos autores, examinando en metafase las células obtenidas de la sangre periférica de una mujer embarazada, había puesto de manifiesto la presencia de un cariotipo masculino y había adelantado la hipótesis de que estas células pertenecían al feto.

Efectivamente, nació un bebé de sexo masculino, pero la idea de poder utilizar rutinariamente estas células para hacer el diagnóstico del sexo del producto fue entonces descartada tanto porque tales células son esporádicas y se requiere de mucho tiempo para encontrarlas, cuanto porque se encontraron también en mujeres no embarazadas. Además, las técnicas utilizadas no proporcionaban indicaciones unánimes en los diversos laboratorios y no eran infrecuentes los falsos positivos.

Los autores de este artículo preliminar describen aquí una técnica de individualización de las células fetales en la sangre materna. Más concretamente, mediante el uso de la reacción de polimerasas (PCR) amplificaron algunas sustancias génicas específicas del cromosoma Y del DNA extraído de las células de la sangre periférica de manera que cuando está presente esta secuencia puede ser más fácilmente identificada.

En las 19 mujeres embarazadas que fueron examinadas (tanto en

etapa precoz como tardía del embarazo) el diagnóstico del sexo fue posible y se confirmó tanto mediante la biopsia de los cilios coriales —a la que fueron sometidas sucesivamente diez mujeres— cuanto comprobando el sexo del bebé en el nacimiento. Los autores concluyen que con estos resultados preliminares la técnica presenta alentadoras perspectivas para poder ser utilizada rutinariamente en los casos en los haya que enfrentarse con embarazos de riesgo por enfermedades genéticas vinculadas al sexo. Con la afirmación de una técnica semejante se podría evitar someter a ulteriores técnicas invasivas de diagnóstico prenatal a todas aquellas mujeres embarazadas que hubieran concebido un feto de sexo femenino. En los casos en los que el sexo de los productos es masculino será de todos modos necesario efectuar ulteriores investigaciones para confirmar o excluir la presencia del gen anómalo del que se teme la manifestación ligada al sexo.

Evidentemente, también con este diagnóstico no invasivo sigue planteado el problema de la reacción: sería gravemente inaceptable desde el punto de vista ético utilizar la determinación del sexo para suprimir embriones bien en el ámbito de políticas «sexistas», o para prevenir el nacimiento de niños del sexo de riesgo por la patología genética.

A. G. Spagnolo

Embarazo y ambiente laboral

AHLBORG G., HOGSTEDT C. y otros, *Pregnancy outcome among working women*. Scand. J. Work Environ Health 1989; 15: 227-233.

Durante los últimos veinte años se ha comprobado un creciente interés por los riesgos relativos a la salud reproductiva en los lugares de trabajo. Muchas mujeres embarazadas se preocupan de los potenciales daños a la salud de sus hijos provocados por la exposición a agentes físicos o a sustancias químicas que se advierten durante la actividad laboral. La mayor parte de los estudios epidemiológicos, emprendidos a fin de identificar los posibles factores de riesgo para la reproducción, han sido de orden retrospectivo con particular atención al logro de los embarazos de las trabajadoras consideradas, proporcionando usualmente resultados no muy precisos.

Con la intención de evitar los límites de los estudios retrospectivos, los autores de este artículo iniciaron un estudio de prospección en 3,901 mujeres trabajadoras en Orebro Country en el periodo comprendido entre octubre de 1980 y junio de 1983, con el fin de evaluar las posibles asociaciones entre trabajo durante el embarazo y consecuencias desfavorables sobre el mismo.

El estudio se enfocó de manera que se pudieran obtener datos por

los cuales calcular posibles diferencias entre los porcentajes de resultados desfavorables de los embarazos en grupos con diferentes exposiciones profesionales. El cuestionario utilizado a este propósito tomaba en consideración incluso factores extraprofesionales de importancia relevante, como el tabaco, el alcohol y el café. Los resultados desfavorables considerados eran los abortos espontáneos y la muerte perinatal, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas. Las ocupaciones de las mujeres consideradas se distinguieron en 9 categorías: 1) mecanógrafas y empleadas; 2) maestras de kinder; 3) maestras de primaria; 4) otras maestras y asistentes sociales; 5) enfermeras, fisioterapeutas y analistas; 6) auxiliares; 7) comerciantes; 8) empleadas de lavanderías y cocineras; 9) trabajadoras en la industria y en la agricultura.

Por exposición a sustancias químicas se consideró más de una exposición ocasional a gases anestésicos o solventes orgánicos, o a otras sustancias químicas. Las frecuencias de abortos espontáneos y muertes perinatales, malformaciones y bajo peso al nacer resultaron respectivamente de 6.9, 2.7 y 4.2 entre las trabajadoras, y de 8.2, 3.4 y 4.5 entre las no trabajadoras tomadas como control.

Por lo que se refiere al riesgo relativo de abortos espontáneos y muertes perinatales, éste no resulta

significativo en las mujeres expuestas a solventes, mientras lo es para las expuestas a otras sustancias químicas. De todos modos, se advirtió una cierta diferencia significativa en el riesgo de resultado desfavorable del embarazo entre las diversas categorías profesionales consideradas. A este propósito, puesto que en anteriores estudios se había puesto de manifiesto un riesgo mayor entre las mujeres expuestas a solventes, ausente, en cambio, en este estudio, los autores precisan que su investigación, llevada a cabo en un periodo de tiempo determinado, en el ámbito de un área geográfica con un número limitado de mujeres residentes en edad fértil, no reveló un alto número de embarazos asociados con expo-

siciones específicas, motivo al que atribuyen la no significativa diferencia en la frecuencia de los resultados desfavorables de los embarazos entre las diversas ocupaciones consideradas. De todos modos, reiteran la validez del estudio de prospectiva, proponiéndolo como modelo para investigaciones epidemiológicas a mayor escala, para obtener un mejor conocimiento sobre el daño efectivo que causan las sustancias con las que están en contacto a las mujeres trabajadoras durante el embarazo, para así poder adecuadas medidas de seguridad para proteger no sólo a la trabajadora sino también a su prole.

Giuseppina Girlando

KURPA K., RANTALA K. y otros, *Noise exposure during pregnancy and selected structural malformations in infants.* Scand. J. Work Environ Health 1989; 15: 111-116.

NURMINEN T., KURPA K. y otros, *Occupational noise exposure and course of Pregnancy.* Scand. J. Work Environ Health 1989; 15: 117-124.

Entre los contaminantes presentes en los lugares de trabajo, el ruido ocupa un puesto importantísimo tanto por los efectos sobre el órgano del oído cuanto por los

efectos extraauditivos. Respecto de estos últimos, diversos estudios han considerado las consecuencias negativas de este factor estresógeno sobre la marcha y el resultado final del embarazo de mujeres, expuestas durante su trabajo a elevados niveles de ruido. Entre los daños reproductivos determinados por la exposición al ruido, se han puesto en evidencia un daño auditivo en los niños, una reducida duración del embarazo, un bajo peso fetal y ocasionalmente algunos efectos teratógenos, sobre todo defectos a cargo del tubo neural, como la espina bífida.

El estudio de tipo retrospectivo llevado a cabo en Finlandia por los autores del primer artículo, examinó a 1,475 madres de niños con determinados defectos estructurales en el nacimiento y un igual número de mujeres de control, en el mismo periodo de tiempo y de la misma zona de residencia.

Los análisis llevados a cabo en los dos grupos demostraron ausencia de riesgo teratogénico en los niños de madres expuestas al ruido durante el primer trimestre de embarazo: de hecho, tomando en consideración la intensidad sonora a la que resultan expuestos tanto los casos como los controles, ésta resultaba similar tanto en las mujeres con hijos deformes como en las que tenían niños sanos (respectivamente 402 y 440). Esto se comprobaba bien para intensidades elevadas (80 decibeles o más), cuanto para intensidades más bajas (102 y 103, casos y controles respectivamente).

Los mismos autores, en el segundo artículo, toman en consideración los efectos del ruido en el riesgo de amenazas de aborto, en la duración del embarazo, en la hipertensión del embarazo y en el peso neonatal en mujeres expuestas durante el trabajo a niveles de ruido iguales o superiores a los 80 decibeles en el periodo de embarazo. De los datos, obtenidos siempre mediante el método retrospectivo, resultaba que

el riesgo de amenazas de aborto y la hipertensión del embarazo estaba correlacionados no sólo con la exposición al ruido, sino también con el daño adicional determinado por los turnos laborales; las madres expuestas al ruido corrían riesgo incluso de un embarazo más corto. Resultaba, además, una relación entre el reducido crecimiento fetal y el ruido, independientemente de los turnos de trabajo. Finalmente, se daba una relación de proporción directa significativa entre la cantidad de estas consecuencias y el incremento de la intensidad del ruido.

Estos datos confirman la existencia de los efectos extra-auditivos del ruido que, en la población general trabajadora, conciernen al aparato cardiovascular (hipertensión), el gastrointestinal (úlceras pépticas) y la psique (insomnio, agitación), con repercusión en la salud de cada persona y en sus relaciones sociales; pero que, en el caso de mujeres trabajadoras, se extienden a sus hijos además de afectar a su salud.

En el ámbito de un compromiso por proteger y ofrecer seguridad a los trabajadores, el esfuerzo de establecer límites de exposición a los niveles de ruido en los lugares de trabajo constituye uno de los principales objetivos de los organismos nacionales e internacionales competentes.

Nos parece oportuno subrayar la importancia de la atención dedicada por diversos investigadores a la influencia de los factores profesionales en la vida reproductiva de la mujer, y en el embarazo en especial, por la posibilidad de obtener datos lo más verídicos

posible acerca de la real existencia y la entidad de los riesgos a los que las trabajadoras pueden estar expuestas para poner en marcha adecuadas medidas de prevención y protección en bien suyo y de sus hijos.

Giuseppina Girlando

