

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1994/2

**Injerencia política en la procreación - Inseminación
artificial en la esterilidad masculina - Fecundidad
en la esterilidad - Fecundación artificial
ante la ética - Bioética en la investigación
del ser humano - Ética en la toma
de decisiones médicas**



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 V NUMERO II ABRIL-JUNIO DE 1994

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Torres Quintero, Núm. 218-42
Iztapalapa, C.P. 09310, México, D.F.

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

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

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

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

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

[039 0793] Porte pagado.
Publicación periódica.
Registro 0390793.
Características 210451118.
Autorizado por SEPOMEX.

2

VOLUMEN V NUMERO 2 ABRIL-JUNIO DE 1994

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

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

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

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

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel, Lic. Verónica Rodríguez Struck

Corrector de Estilo: Lic. Verónica Rodríguez Struck

Colaborador de Edición: Dr. Manuel Sánchez de Carmona

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

INDICE

EDITORIAL	133
La injerencia política en la procreación. <i>Michel Schooyans</i>	135
La inseminación artificial homóloga y heteróloga en la esterilidad masculina. Aspectos médicos y psicológicos. <i>Aldo Isidori</i>	149
La fecundidad en la esterilidad. <i>Giuseppe Cesari</i>	173
La fecundación artificial ante la ética. <i>Elio Sgreccia</i>	183
Los comités de bioética se pronuncian acerca de la procreación artificial. <i>Antonio G. Spagnolo</i>	205
DOCUMENTACION	
De la literatura internacional. <i>Antonio C. Spagnolo</i>	233
Debate sobre filosofía. Pluralismo y tolerancia. <i>Laura Palazzani</i>	245

EDITORIAL

Cuestionarnos sobre temas relacionados con el inicio de la vida nos lleva siempre a la pregunta sobre la identidad de la persona.

Conocer quiénes somos y los elementos en los que se basa nuestra dignidad, nos brinda la oportunidad de establecer una escala de valores acorde con nuestra esencia.

Si la metafísica define al hombre como un ente, la antropología filosófica lo muestra a la escucha del ser superior a la inteligencia y no delimitable a la especulación.

Las dimensiones de la existencia humana son muy vastas y presuponen no sólo su comportamiento, sus facultades o estructuras, sino también su significado, el sentido de su existencia y la dirección en la que tiene que realizarse.

La ciencia y las técnicas no son moralmente indiferentes: exigen el respeto de los criterios éticos y el servicio a la persona humana y a su bien verdadero e integral. Por lo que no todo lo que es técnicamente factible es éticamente lícito.

En este número presentamos una serie de artículos relacionados con la reproducción asistida, y proponemos para su reflexión ética algunas claves de lectura como son la unidad sustancial de la persona humana. Su dignidad, por la cual jamás deberá ser considerada como objeto. Y el hecho de que sólo el acto conyugal es digno de poner las condiciones para concebir una nueva persona humana.

Por último, queremos dedicar este número al Profesor Jérôme Lejeune, premio Nobel de Medicina y director de la Academia Pontificia para la vida, quien luchó siempre por la defensa de la dignidad de la persona y supo poner la ciencia al servicio del bien de la misma desde su concepción hasta su muerte.

El camino que él trazó, será imitado por muchos, y el recuerdo de su valiosa amistad a la Universidad Anáhuac nos ayuda a lograr nuestra meta de excelencia humana y profesional.



Jérôme Lejeune

La injerencia política en la procreación

*Michel Schooyans**

Resumen

Tras una introducción histórica sobre la relación entre política y disciplinas medicobiológicas, el autor distingue dos formas de injerencia política en la procreación: las discretas y las manifiestas. Las primeras son obra de “particulares” con el aval tácito de las autoridades políticas; las segundas son puestas en marcha por mandato directo de los poderes públicos. ¿El resultado? La reducción del hombre a un “objeto” que se puede manipular y al cual se pretende imponer las decisiones. Basta pensar en las innumerables campañas para el control demográfico llevadas a cabo con coacción. La respuesta a lo que sucede y la fuerza para superar estas situaciones ya intolerables se encuentran -según el autor- en recuperar la conciencia de que el hombre es criatura de Dios y como tal debe ser respetado.

Introducción: el poder y las *necesidades biológicas*

Desde hace mucho tiempo se han establecido relaciones estrechas entre el poder político, por una parte, y la biología y la medicina por otra. Sin

* Profesor de Filosofía Política, Ideologías Contemporáneas y Moral Social, Universidad de Lovaina, Bélgica.

necesidad de remontarse a la Antigüedad, recordemos que en el siglo XIX Malthus, invocando *necesidades* biológicas, preconizaba que los hombres iban a permitir que se operara en ellos la selección *natural*. Dos generaciones después, el célebre pastor anglicano Galton recomendaba que se utilizaran los recursos de la medicina para ayudar a la naturaleza a lograr esa selección. Abogaba, pues, por la selección *artificial*. Esta última debía aplicarse no solamente a los individuos, sino también a los grupos humanos, en especial a las razas. Por la misma época, Darwin no se limitaba a ampliar la idea de selección, benéfica para los más aptos, sino que pretendía entronizar una suerte de “imperialismo biológico”.

Mientras Marx se ingeniaba en demostrar que toda la evolución de la humanidad se explicaba, a fin de cuentas, por las leyes científicas de la economía, Darwin popularizaba otra variedad de materialismo. Decía que toda la evolución de la humanidad, todas sus realizaciones intelectuales, morales, religiosas, etcétera, se explicaban también por las leyes científicas de la biología.

La Inglaterra victoriana sacaría gran provecho político de las ideas expuestas por estos autores. Los ideólogos del Imperio Británico, por ejemplo, se apresuraron a obtener de ello argumentos para aportar *justificaciones* ideológicas a su dominación sobre la India.

La influencia de estos autores no se limita, sin embargo, al mundo anglosajón, y ponemos por ejemplo, el régimen nazi, que retomó la tesis de la selección, incluida la artificial y voluntarista, a fin de preservar la pureza de la raza aria. De esta manera, numerosos médicos fueron requeridos por el régimen no sólo para esterilizar a los que podían provocar la degeneración de la raza, sino incluso, según el parecer del jurista Binding, para eliminar a todos aquellos cuya vida no merecía ser vivida.

¿Y en la actualidad?

Nos encontramos en una sociedad donde el poder político no sólo autoriza el control de la procreación humana, sino que él mismo se encarga de ejercer ese control.

Con la aprobación, a veces tácita pero más frecuentemente explícita, de los poderes públicos se han multiplicado y diversificado las interven-

ciones encaminadas a controlar la procreación humana, difundiéndose a gran escala. Quiero precisar que aquí tomamos la palabra procreación en sentido bastante amplio, esto es, que en el contexto en el que hablamos conjunta todo lo que se refiere a la transmisión de la vida humana.

Cuando se examina la situación actual, se comprueba que estas intervenciones son de dos tipos. Las primeras las llevan a cabo los particulares, pero con la autorización explícita o el consentimiento tácito de las autoridades políticas y son llamadas prácticas *discretas*. Las otras, las prácticas *manifiestas*, se llevan a cabo en virtud de un mandato emanado directamente de los poderes públicos.

Esta situación es bastante compleja y evolutiva, y merece un examen atento por nuestra parte. Vamos a proceder examinando estos dos tipos de prácticas. Nos limitaremos a evocar brevemente algunas prácticas discretas, porque son a las que se presta más atención. En contrapartida, nos detendremos más en las prácticas manifiestas, que son las más numerosas y, sin embargo, no son objeto de una atención suficiente. Después de examinar estos dos tipos de prácticas, nos interrogaremos sobre los problemas doctrinales que plantean estas nuevas formas de control político de la procreación.

Las prácticas discretas

Entre las prácticas legalmente autorizadas o admitidas para controlar la procreación figura, en primer plano, la *anticoncepción*. Los partidarios del aborto nos han habituado a la idea de que la prevención del aborto se identifica con la anticoncepción. Ahora bien, el hábito de la anticoncepción origina una mentalidad abortiva en la que, si falla la píldora, se recurrirá fácilmente al aborto provocado.

Es un hecho totalmente comprensible. La mentalidad anticonceptiva consiste en separar totalmente, en las relaciones sexuales humanas, el fin *unitivo* —es decir, la felicidad de los esposos— y el fin *procreativo*, esto es, la transmisión de la vida. Resulta de ello, por una parte, que la unión física es percibida como un bien que se desea y, por la otra, que la procreación es un *riesgo* que hay que evitar, o incluso un *mal* que hay que corregir. Sin embargo, lo más grave que hay que hacer notar es que *la anticoncepción se confunde cada vez más con el aborto*. En efecto,

muchas de las píldoras actuales tienen la capacidad de producir dos efectos distintos, uno anticonceptivo, es decir que previenen la concepción; y el otro, antianidatorio (o antigestativo), es decir, que provoca un aborto precoz. El primer efecto es preventivo, se ejerce *a priori* e impide que un ser humano sea concebido. El segundo es consecutivo, se ejerce *a posteriori* y destruye al ser ya concebido. No obstante, por evidentes razones fisiológicas, estos dos efectos posibles no se tienen sino según una alternativa. Resulta de ello, desde el punto de vista moral, que la mujer, al no saber jamás verdaderamente dónde está ella, se encuentra totalmente desposeída de toda responsabilidad moral, tanto respecto del hijo que ha podido concebir como respecto de su pareja.

El segundo ejemplo de práctica discreta que observaremos es el *aborto*. No tomaremos en consideración el aborto de conveniencia ni el provocado, sino que examinaremos el caso del aborto por causa de malformación, autorizado frecuentemente por la ley. Este aborto es a menudo el resultado al que conduce el análisis del líquido amniótico: en caso de resultado positivo, la ley autoriza el aborto por motivo eugenésico.

Sin embargo, tenemos que estar atentos para identificar la *vida humana* y la *calidad de vida* humana. Ciertamente estas dos nociones no se encuentran en el mismo plano, un poco como no se encuentran en el mismo plano la democracia y las cualidades (o los defectos) de la democracia. El hecho de que se esté en un régimen democrático no impide que este comporte defectos, y aunque hay que combatir a los defectos, el peor medio para ello es destruir la democracia.

De la misma manera, si un niño está discapacitado, de todos modos siempre vive una existencia humana. Su enfermedad no aporta modificación intrínseca alguna a este dato de base.

Se ve por ello que es la misma lógica la que induce a no acoger al hijo sino cuando es deseado y a no querer al hijo sino cuando es de "calidad perfecta". En ambos casos, el niño no es querido por sí mismo, es querido *en cuanto que* satisface el deseo de la pareja. Si no es perfecto, el hijo anunciado no responde a las expectativas de la pareja y, en ambos casos, la vida del hijo está en entredicho.

Nuestro tercer ejemplo se referirá a la Fecundación *in Vitro* con *Embryo Transfer* (F.I.V.E.T.) y a las *madres subrogadas*. Una breve reflexión sobre este problema nos permitirá comprobar que la F.I.V.E.T.

se muestra hoy como una de las prácticas discretas, legalizadas o admitidas, que pone en tela de juicio un principio de nuestra tradición jurídica: la indisponibilidad del cuerpo.

Históricamente hablando, nuestro derecho franqueó una etapa decisiva cuando se comenzó a considerar que la persona humana era una unidad inquebrantable, indivisible y que, en consecuencia, el cuerpo humano era “indisponible”. Esta *indisponibilidad* significa que el cuerpo no puede ser objeto de una convención, de una transacción, de una venta o de una instrumentalización.

La conciencia de la indisponibilidad del cuerpo alentó a los movimientos que pugnaban por la abolición de la esclavitud. Es en ella donde se encuentra el origen de la oposición a la trata de blancas. Esta conciencia es también la que, desde el siglo XIX, se constituyó en la fuente de las reivindicaciones obreras en pro de mejores condiciones de trabajo afirmando que el obrero no es una máquina. Es esta misma conciencia de la indisponibilidad del cuerpo la que se ha afirmado entre ciertos movimientos feministas aniquilando el mito de la mujer-objeto.

La puesta en juego actual de este principio resulta de las prácticas de las que se enorgullece la razón tecnicista. En efecto, muchas de estas prácticas tratan simple y sencillamente como objetos no sólo a los tejidos u órganos del cuerpo, sino *a los cuerpos mismos*. Bastarán algunos ejemplos para evocar la evolución de estas prácticas.

Ante todo está la F.I.V.E.T., en la que el embrión puede ser donado, vendido, sometido a experimentación y destruido; también, tenemos al *bebé donador*, donde un hijo es concebido a fin de que se le puedan extraer células que serán implantadas en otro; además, están las *madres subrogadas*, cuando la mujer se compromete a poner su propio cuerpo a disposición de un arrendador y a *entregar*, terminado un plazo, otro cuerpo del que habrá sido portadora. Esto último se hace mediante ciertas condiciones contractuales que se refieren a los cuerpos como si fueran cosas. Por último, *el aborto* consiste, este también, en disponer libremente de un cuerpo como se dispone de un objeto cualquiera.

En la medida en que el principio de la indisponibilidad de los cuerpos es discutido, cuando no rechazado, se asiste a una *cheptellisation*, casualmente, de la población humana. Demasiados cuerpos perjudican al equilibrio ecológico y hay que “contingentar” su número para impedir que, al ser excesivos, los hombres deterioren el medio ambiente. Una

vez más, se asegura que es necesario repetir las leyes de la economía y evitar que los hombres, al volverse demasiado numerosos, perturben el buen funcionamiento del mercado.

Las prácticas “manifiestas”

Los últimos ejemplos de prácticas “discretas” que acabamos de examinar nos han preparado para abordar las prácticas “manifiestas”, y tuvieron en común el llevarse a cabo con una relativa discreción. Sin embargo, como veremos, esto no impide que tengan repercusiones profundas en la sociedad.

Los ejemplos que analizaremos ahora tienen en común el llevarse a cabo a plena luz. En estas prácticas se hará evidente que los poderes públicos, sin importar cuáles sean, no vacilan en intervenir directamente, y de forma masiva, para controlar la procreación. Ante todo, comprobaremos el papel jugado por la O.N.U. y por el gobierno de Estados Unidos.

Por lo que se refiere a la O.N.U., señalaré a dos agencias especializadas. La primera se llama Fondo de las Naciones Unidas para la Población (F.N.U.A.P.). En el último informe de esta agencia proponen la necesidad que contener el crecimiento de la población mundial para que pueda surgir un mercado mundial, condición del desarrollo de todos los pueblos. Esta reducción, que deberá recurrir a métodos enérgicos, es particularmente urgente en los países pobres.

Otra organización especializada de la O.N.U. explica cuáles son los medios que deben ser utilizados para que pueda reducirse la población mundial. La organización en cuestión se llama Organización Mundial de la Salud (O.M.S.).

En su último informe, la O.M.S. explica, que conviene fomentar en todo el mundo el control de los nacimientos y explica que, con esta finalidad, hay que recurrir no sólo a los conocidos métodos anticonceptivos clásicos, sino que se deben utilizar también los métodos más eficaces actualmente disponibles. Hay que recurrir, en particular, a la famosa píldora abortiva Ru486, cuya comercialización ha comenzado ya y cuya distribución va por buen camino, especialmente en China. El informe de la O.M.S. explica muy claramente que esta organización

incluso ha patrocinado y financiado las investigaciones que lograron poner a punto la citada píldora abortiva, información confirmada, por lo demás, en la obra del doctor Baulieu, *Génération Pilule* (París 1990). En este libro, en efecto, el padre de la píldora abortiva nos explica cómo pudo continuar sus investigaciones con el apoyo de la O.M.S.

Voy a referirme ahora a un documento que procede de Estados Unidos de primordial importancia, pero que ha sido poco comentado entre nosotros. El documento en cuestión es una auténtica “bomba”, se conoce habitualmente como *Informe Kissinger*, y fue elaborado en 1974.

Este libro lleva un título por demás revelador de su contenido: *Implicación del crecimiento de la población mundial para la seguridad de Estados Unidos y sus intereses en ultramar*. El informe tiene el gran mérito de explicar algunas de las ideas maestras que inspiran la política norteamericana desde 1974, y explica ciertos principios en los que se inspiran las grandes organizaciones internacionales, dos de las cuales acabamos de mencionar. Como lo sugería el mismo H. Kissinger hace algunos días en la televisión, estas ideas serán probablemente reforzadas bajo la presidencia del Sr. Clinton.

El informe no fue publicado hasta 1991, pues se trataba de un documento sumamente confidencial, gravado incluso con un embargo. Si se consulta la página 189 de este texto, se leerá que Estados Unidos va a utilizar hasta satélites de comunicación internacional para divulgar información relativa a todas las prácticas de control de la natalidad. Así, tenemos en él una especie de “Biblia” en materia de política internacional actual, por lo menos en lo que se refiere a las relaciones Norte-Sur.

Este informe nos ofrece una aclaración perfecta de un tema de todos conocido y que fue ampliamente divulgado por el presidente Bush, esto es, el tema del *Nuevo Orden Internacional*.

Como conclusión de esta primera parte, podemos comprobar que los motivos invocados para “justificar” la intervención de los poderes públicos en el control de la procreación son muy diversos. Los motivos esgrimidos para solicitar al poder público que intervenga van desde simples consideraciones de *conveniencia personal* o de *calidad de vida* hasta los *imperativos* impuestos por la *libertad de investigación científica* o por la *explosión demográfica*.

Indicaciones doctrinales

A continuación propondremos una reflexión fundamental referente a los problemas doctrinales que suscita la injerencia del poder público en la transmisión de la vida humana. Esta reflexión se desarrolla en torno a dos ejes.

Primero, veremos que la injerencia política en la procreación atestigua el surgimiento de una nueva forma de cientificismo. El segundo eje analiza la ideología de la seguridad demográfica, en la que se inspiran los políticos que buscan instaurar, a escala mundial, un control de la procreación humana.

Un nuevo cientificismo

Las prácticas encaminadas a ejercer un control político sobre la transmisión de la vida humana revelan que estamos en trance de asistir al recrudescimiento de un cientificismo comparable al que floreció a finales del siglo XIX. El cientificismo contemporáneo es heredero de aquel expuesto por Renan en *El porvenir de la ciencia* (1848, publicado en 1890). Actualmente, la deontología científica cede el paso a la utilización de la ciencia con fines metafísicos como si hubiera una *transferencia de competencias* de la ciencia a la metafísica o a la teología. El método científico tiene su campo de validez y se estudia en disciplinas como la epistemología o la crítica de las ciencias. La finalidad de tales disciplinas es, entonces, la de definir los métodos empleados, así como el alcance de las conclusiones de las ciencias. Cuando un físico estudia un cuerpo, conoce muy bien el alcance de su estudio y lo mismo vale para el biólogo que estudia una célula viva, pero desde hace casi un siglo muchos estudiosos han *sacralizado* la ciencia, demandándole que diga la última palabra sobre el destino humano. Se ha llegado a considerar que toda cuestión que no sea trascendente al modo-de-hacer científico no interesa ni tiene objeto, lo cual es ya una forma de hacer metafísica o antropología. Ahora bien, al sabio no le compete hacer la metafísica, la antropología y mucho menos la ética que necesita para su actividad científica. No es competencia del sabio de laboratorio sustituir al metafísico, al filósofo o al teólogo.

Asistimos, pues, a una corriente que amenaza con ser sumamente peligrosa. El sabio corre el riesgo de perder de vista el sentido humano de su labor, de olvidar que las ciencias no son sino instrumentos que exploran un sector de lo real, pero que no constituyen esta realidad ni pueden darle su sentido último.

Lo que importa sobre todo, desde nuestro punto de vista, es la *ética de la investigación*. Evidentemente el sabio tiene una idea de lo que busca, de lo que va a descubrir; es lo que se quiere decir cuando se afirma que el sabio elabora hipótesis. El sabe lo que espera descubrir o probar, por lo que su investigación no es a ciegas. En este estado resulta importante tener lo que yo llamaría una *ética de la decisión*. Si se llevan a cabo tantas investigaciones en el campo de la fecundación *in vitro* no es para resolver sólo el problema de la esterilidad, sino que, evidentemente, intervienen otros intereses, otros motivos fundamentales. Estoy pensando en las preocupaciones de tipo eugenésico, en la voluntad implícita de librar a las parejas de toda responsabilidad en materia de procreación o en el control sobre la vida humana que habría de permitir pronto la credencial de identidad genética.

Hay que escoger: o se llevan a cabo investigaciones biológicas sumamente costosas que aprovecharán a una categoría de privilegiados a escala mundial o se emprenden investigaciones que busquen eliminar los grandes flagelos que azotan a buena parte de la humanidad. En Africa, por ejemplo, la mayoría de las enfermedades son vehiculadas por agua no potable. ¿Qué inversiones se han hecho para luchar contra la malaria? Se trata de opciones políticas que son también opciones morales. Es urgente restaurar una ética de la decisión que sea anterior a los comportamientos.

No hay que temer admitir que ciertas investigaciones desembocan en un callejón sin salida, como es el caso de algunas investigaciones en materia bacteriológica que han sido interrumpidas. La cuestión de la tecnología nuclear se remonta a 1939, cuando Einstein y algunos otros sabios fueron a ver a Roosevelt para decirle: "Si usted nos da los medios, nosotros somos capaces de producir la bomba atómica". Los sabios tenían una idea muy precisa de lo que querían poner a punto. Por otra parte, sabían el uso que podía darse a este tipo de ingenios, y ese es el problema *moral* del sabio; el de la decisión de investigar, de la *intención*. Los sabios habrían necesitado valentía ética para reconocer que se

estaban metiendo en un callejón sin salida, sin embargo, la mayoría de la gente no se da cuenta de que en la actualidad se plantean cuestiones análogas en relación con la decisión de investigar.

Todos estos problemas dependen ampliamente, a mi parecer, de la moral política y de la moral social. Así, se habla del doctor Edwards como del “padre” de la pequeña Louise Brown, el primer bebé concebido en probeta, lo que me parece muy revelador. Ahora el padre es el técnico o el que trabaja en el laboratorio. Se corre el riesgo de volver a una cierta forma de maniqueísmo, de gnososis, a una separación entre la dimensión psíquica, espiritual del hombre, y su dimensión corporal.

Cada vez más se confirma la idea de que el sabio está por encima del bien y del mal. Es una idea muy nietzschiana, muy elitista: “Nosotros los sabios nos podemos permitir cualquier cosa, no estamos sometidos a las leyes a las que está sometido el común de los mortales y tenemos el derecho de disponer de la vida y muerte ajenas”. La fascinación de la proeza, de la realización de lo inédito, la explosión de la eficacia hechiza al sabio y le induce a fabricar, explícita o implícitamente, su propia ética del progreso.

Esto supone la creencia en una especie de progreso necesariamente indefinido, como hay la creencia en el crecimiento indefinido. Lo trágico de esta perspectiva es que no hay en ella ninguna finalidad, ningún otro horizonte que el de la pura eficiencia. No se sabe qué sentido tiene la investigación que se emprende; está prohibido recurrir a criterios que subordinarían la investigación a otra cosa distinta de ella misma. Dicho de otra manera, es la aventura y, en particular, la aventura eugenésica.

La doctrina de la seguridad demográfica

El segundo eje que debemos examinar gira en torno a la doctrina de la seguridad demográfica. Al examinar de cerca el proyecto globalista que aparece bajo la rúbrica del *Nuevo Orden Mundial*, no se tarda en comprobar la aparición de una nueva ideología totalitaria, utilitarista, que es la *ideología de la seguridad demográfica*. Esta aporta nuevas *justificaciones* a los programas políticos que buscan controlar la procreación humana.

La primera tesis que desarrolla esta ideología es muy simple: “hay demasiados hombres sobre la tierra y la población pobre, que es mayoritaria, tiene tasas de crecimiento demográfico *inadmisibles* para las naciones ricas”. La segunda tesis es que los hombres son necesariamente rivales entre sí y que entre ellos se da una lucha perpetua para que venza el mejor. Volvemos a encontrar, así, el tema de la *selección natural*, pero esta la debe hacer la naturaleza. Si se interfiere en el proceso natural de selección se comete una falta contra la “moral natural”, que quiere que prevalezcan los más fuertes y que desaparezcan los más débiles. Sin embargo, se agrega que actualmente hay que *ayudar* a la naturaleza a mejorar la selección operada por ella. Con esta finalidad, deberemos recurrir a todos los recursos de la medicina y de la biología, a fin de que la selección operada por la naturaleza sea más eficaz aún. Se recomienda, pues, la selección *artificial*.

Volvemos a encontrarnos aquí con una idea desarrollada el siglo pasado por Galton, autor del *eugenismo*. En esencia decía: “En la naturaleza, los más ricos demuestran, por su misma riqueza, que son los mejores... y son los mejores porque tienen el mejor patrimonio genético. En cuanto a los pobres, demuestran, por su pobreza, que son los más débiles y que, por consiguiente, esa debilidad debe ser imputada a la pobreza de su patrimonio genético”. Galton concluía, entonces, que había que fomentar la transmisión de la vida entre los seres mejor dotados e impedir, activamente, la transmisión de la vida entre los más pobres.

La conclusión sacada por Galton es sumamente importante: el medio ambiente no tiene, por así decir, importancia alguna; lo único que vale, lo único que importa, es la calidad, buena o mala, del patrimonio genético. ¡Peor para los pobres, mejor para los ricos! El establecimiento de la credencial de identidad genética, cuya puesta a punto se anuncia para dentro de poco, abre perspectivas terroríficas, en virtud de los numerosos abusos de poder a los que dicha credencial daría lugar (especialmente por parte de las compañías de seguros y mutualidades, aunque también de los poderes públicos). Esta ideología de la seguridad demográfica, que se aplica a la selección de los hombres en cuanto individuos, es aplicada igualmente a las naciones. Las naciones ricas son las mejores del mundo, sus mismas riquezas atestiguan esta superioridad; en contrapartida, las naciones pobres demuestran, con su pobreza

misma, que son las más débiles y que perjudican al conjunto de la sociedad humana al transmitir una vida genéticamente mediocre, señal inicial de una degeneración del patrimonio genético de la humanidad.

Así, los ideólogos de la seguridad demográfica desarrollan una argumentación muy simple, que prolonga las tesis más despiadadas de la tradición liberal. El 80 por ciento de la población mundial que vive en el Tercer Mundo constituye, a corto o mediano plazo, una amenaza para la tranquilidad y la paz mundiales, tal como son definidas por los países más ricos en la actualidad.

De este modo, asistimos a una auténtica *reinterpretación de la doctrina de la seguridad nacional* que los países de tradición liberal y democrática aplicaban, hasta hace poco, a las relaciones entre el Este y el Oeste. Ahora, esta doctrina de la seguridad se aplica a las relaciones Norte-Sur. Se dice que si las cosas van mal en el mundo, es porque tenemos una carga excesiva de poblaciones pobres, y que estas constituyen una amenaza para la paz mundial y un obstáculo decisivo para la organización de un nuevo orden internacional.

Esta ideología, que yo llamo ideología de la seguridad demográfica, es profundamente materialista, y es la razón por la cual se puede decir que constituye el “estado supremo del imperialismo”. Cuantos más pobres haya en el mundo, más pesada será la carga social que representarán. Hay en ello algo de intolerable para los ricos. No podemos admitirlo, dicen. La conclusión es entonces muy sencilla: en lugar de luchar contra la pobreza y sus causas se lucha contra los pobres, se les esteriliza. Se movilizan todos los medios hacia un sólo y mismo objetivo, que es el control de la procreación en el conjunto de la población pobre a escala mundial.

Los informes del F.N.U.A.P., de la O.M.S. y de Kissinger aportan una dramática ilustración acerca de la eficacia de esta campaña y de la determinación implacable de cuantos la alientan.

Conclusión: el evangelio de la vida

Al finalizar este escrito, se advierte que la injerencia del poder político en la procreación humana saca a la luz problemas metafísicos y teológicos de extrema gravedad.

Esta voluntad de dominación política sobre la procreación nos ha parecido como una forma nueva del *cientificismo* heredero de Darwin. Este *cientificismo* demuestra, a su vez, que ciertos sabios rechazan la finitud humana así como la vinculación de dependencia existencial que nos une al Creador. El empeñamiento en querer controlar, a cualquier precio, la vida humana en su inicio y a su término, revelan la voluntad obstinada de rechazar la idea de que mi vida, como mi muerte, no me pertenecen. Estos dos quicios que marcan nuestra existencia temporal me recuerdan que yo soy un ser finito y que podría no haber existido. El empeñarse en dominar la procreación y la muerte atestiguan la negación de esta finitud y de esta contingencia, así como el rechazo de un Dios Creador del que dependería nuestra existencia.

Esta mentalidad revela la virulenta influencia que el pensamiento de Feuerbach sigue ejerciendo en nuestras sociedades. Esta influencia ha sido puesta de relieve sobre todo —con razón, por lo demás— en la tradición marxista-leninista, y que podría creerse que se atenuó con la implosión de los regímenes comunistas. La arrogancia del *cientificismo* contemporáneo prueba que la influencia del ateísmo materialista de Feuerbach es más virulenta que nunca. Presa de una soberbia que nada puede moderar, algunos de nuestros contemporáneos quieren hacerse notar y rivalizar con el cielo, a la manera de los constructores de la torre de Babel. Entre ciertos biólogos y médicos actuales, el motor de la investigación es la obsesión de la *alienación*. Imaginan que el hombre se despoja de todo lo que él atribuye a Dios. Todo lo que atribuimos a Dios es el resultado de un acto por el cual el hombre se despoja de su propia esencia para imputárselo a Dios. El hombre no puede proclamar su independencia ante un Dios Creador sino renunciando a lo que él es, alienándose, es decir, volviéndose extraño para consigo mismo.

La consecuencia de esta actitud es dramática. Para ser él mismo, el hombre *debe* negar a Dios y así recobrar su esencia. Dios no es ni Creador ni Padre, es el rival del hombre. Hay, pues, que revelarse contra El; hay que matarlo, eliminarlo. La muerte de Dios es la condición y el precio para que nazca el hombre desalienado, es decir ¡liberado de Dios!

La voluntad de dominar totalmente la procreación —al igual que la muerte— es actualmente una de las expresiones más perfectas de ese orgullo demencial del hombre que, no contento con convertirse en medida de sí mismo, se quiere convertir *ante todo* en medida de Dios.

Las repercusiones teológicas de este ateísmo metafísico son igualmente desastrosas. Una vez que Dios ha sido negado, teórica y/o prácticamente, ¿de quién seguirá siendo imagen el hombre, sino de sí mismo? El corazón del hombre, pues, no es ya la imagen del corazón de Dios, no tiene ya un corazón para amar, desde el momento en que Dios ha sido desechado del horizonte de la existencia humana. El hombre y la mujer, la pareja humana, no tienen que manifestar ya en la procreación que son la imagen de un Dios Creador y de un Dios que es Amor, de un Dios que los constituyó proveedores de la vida humana, en ese hogar de Amor que es la familia.

Reintegrados de esta manera a su soledad, a los individuos humanos no les queda sino luchar por su vida. Y es aquí donde Darwin viene en ayuda de Feuerbach, pues el triunfo del más fuerte es la ley primordial que nos fue dictada por la Naturaleza, incluso aunque el precio de este triunfo sea la muerte del más débil. De todas maneras, ¿de qué Dios sería el más débil la viva imagen?

Esta fascinación de la muerte es la que subyace en las grandes ideologías totalitarias de nuestro siglo, y es también la que se sobreentiende en el nuevo cientificismo y en la doctrina de la seguridad demográfica. Los ideólogos de esta doble corriente saben, sin embargo, que su rebelión es *desesperada*. Saben que son los mensajeros de una muerte sin apertura a un más allá cualquiera. Entonces querrían que todo el mundo muriera, puesto que ellos mismos están moribundos. Querrían precipitar a la Iglesia misma en este abismo sin retorno.

En este artículo aprovecho la ocasión para invitarlos a reafirmar, ante este mundo desesperado, que creemos en el amor, que pertenecemos a una Iglesia depositaria del Evangelio de la Vida, y que proclamamos un Dios hecho hombre, venido para llamarnos a todos a la felicidad, desde aquí abajo y para siempre.

La inseminación artificial homóloga y heteróloga en la esterilidad masculina: aspectos médicos y psicológicos

Aldo Isidori*

Resumen

Los problemas a los que debe enfrentarse el andrólogo en el tratamiento de la esterilidad masculina son de naturaleza técnica y psicológica. Entre los problemas técnicos que presentan importantes aspectos ético-deontológicos se toman en consideración las modalidades de obtención, tratamiento (para evaluar la capacidad fecundante; potenciar tales capacidades, y manipularlas con una finalidad selectiva y eugénica) y conservación del líquido seminal; la detección selectiva de los “donadores” de semen; así como la reglamentación de los bancos de semen. Los problemas psicológicos, más evidentes cuando la pareja opta por una técnica de fecundación heteróloga, se presentan también en la fecundación artificial homóloga. Las causas de roces sucesivos en la pareja que ha preferido recurrir a estas técnicas van desde la sensación que experimenta el compañero de haber sido dejado a un lado —dado el tradicional enfoque ginecológico de los problemas de infertilidad de la pareja y la frustración del varón impotente, que contrasta con una cultura que asocia la virilidad a la fertilidad—, hasta la necesidad de aceptar, en la fecundación artificial heteróloga, la continua presencia del fantasma del padre genético.

* Director de la Cátedra de Andrología, Universidad de los Estudios “La Sapienza”, Roma.

La cada vez más amplia difusión de intereses concernientes a los problemas de la reproducción humana —problema de grave y creciente impacto social— y en particular de la reproducción asistida, ponen de relieve la figura del andrólogo, un *actor* a menudo pasado por alto. La andrología es una disciplina de la medicina clínica bastante nueva en su sistematización nosográfica y en su definición fisiopatológica con bases modernas, aunque no, obviamente, en su esencia real, que es la misma del hombre. La medicina de la reproducción, que es parte esencial de la andrología, ha sido siempre considerada como dominio de la ginecología; al andrólogo se le ve, a lo más, como un laboratorista experto en líquido seminal (L.S.), ajeno a los problemas clínicos y éticos de la reproducción. Los avances de la andrología y su importancia clínica hacen de estos especialistas, en la actualidad, una figura de importancia médica y humana similar a la del ginecólogo, porque gestionan la intervención médica antes del proceso de la fecundación, mediante la comprobación y mejora, si es necesario *in vivo*, de la fertilidad del varón. Además, el andrólogo es la figura de referencia —figura nueva y generalmente dejada a un lado— del compañero masculino en la pareja.

Los problemas éticos que el andrólogo tiene que enfrentar en el área de la reproducción asistida —problemas para él nuevos, pero, por lo mismo, más fascinantes en cuanto que son dramáticamente urgentes— derivan de los dos aspectos fundamentales de este campo: los aspectos técnicos y los psicológicos.

Para ambas categorías, la elaboración del pensamiento ético es de alguna manera diferente, a menudo bastante divergente, según se trate de inseminación homóloga (A.I.H.) o de donador (A.I.D.).

Así, analizaremos los dos diferentes aspectos desde el punto de vista estrictamente andrológico, prescindiendo de las valoraciones éticas concernientes a las modalidades de los diversos procedimientos de procreación (*in vivo*, *in vitro*, relativos al embrión, etcétera).

Problemas derivados de los aspectos técnicos

En el ámbito de numerosas reuniones, debates y documentos que se dedican a los problemas éticos de la fecundación artificial (F.A.), raramente, por no decir nunca, se toman en consideración los aspectos

ético-deontológicos de una fase preliminar, pero indispensable y propedeutica, de todo procedimiento de F.A., esto es, la recolección y manipulación o “tratamiento” del líquido seminal.

En realidad, este se considera un problema previo que no interesa ni concierne a la conciencia del médico o de la pareja en cuanto tal. Si acaso, afecta a la conciencia personal del individuo que se presta a proporcionar el semen, y tanto menos si este es el marido de una pareja regularmente casada.

En realidad, la problemática es bastante más profunda y articulada, y plantea interrogantes propios de la ética, independientemente del juicio que se quiera dar sobre la licitud de los procedimientos de F.A. y, por encima incluso, de las convicciones religiosas o laicas de los sujetos involucrados.

Podría no parecer pertinente o relevante atribuir aspectos éticos al tratamiento de la célula germinal masculina en cuanto elemento celular en sí, de la misma manera que no se plantean —por encima de consideraciones clínico-deontológicas— respecto del tratamiento, por ejemplo, de las células hemáticas destinadas a la transfusión.

A tal objeción se puede responder con la consideración obvia de que la célula germinal madura reviste, en el ámbito orgánico, una función única y particular, esto es, la de un sistema biológico diferenciado, portador de la mitad del patrimonio cromosómico característico del individuo y, más importante, de la potencialidad de dar origen a un nuevo ser al unirse al gameto femenino. Por tanto, todo procedimiento encaminado a modificar las características físicas y/o funcionales de esa célula —de cualquier manera y aunque sea en el sentido de mejorarlas— debe ser considerado a la luz de esta propiedad, que adquiere particular relevancia ética cuando con el procedimiento puesto en marcha y aun con una finalidad de riguroso diagnóstico, se inicia un proceso de fecundación no destinado a concluir con el pleno desarrollo del nuevo individuo.

Hay que subrayar, además, que las modalidades de obtención y recolección de muestras de la célula germinal masculina, a diferencia de la extracción de cualquier otra célula del organismo, pueden comportar problemas morales especiales.

La difusión exponencial de los procedimientos de F.A. y las continuas mejoras técnicas de la seminología *in vitro* plantean interrogantes a

varios niveles. Los siguientes aspectos se refieren tanto a la fecundación por donador como a la homóloga, y sólo el último se refiere únicamente a la fecundación heteróloga:

- inherentes a las modalidades de recolección del L.S.;
- inherentes a las modalidades de tratamiento del semen a fin de comprobar sus propiedades fecundantes y de potenciarlas;
- inherentes al tratamiento del semen con fines eugenésicos y de preselección del sexo;
- inherentes a la conservación del semen.
- inherentes a la selección del donador.

Por lo que se refiere a la recolección del L.S., que comúnmente se efectúa por masturbación, se plantean términos éticos generales, que implican el respeto de principios religiosos y la salvaguardia de situaciones orgánicas (edad, estado de salud, etcétera) referentes a la recolección del L.S. para cualquier finalidad, prescindiendo de las vinculadas con los procedimientos de F.A.

Se podría pensar que en esa hipótesis, en efecto, la recolección del L.S. con fines directamente *procreativos* y no puramente diagnósticos de un estado morbooso podría conferir al acto en sí una connotación más fisiológica, más *institucional*, de manera que no suscitara las objeciones de orden moral, tanto de moral confesional como laica, que implica normalmente este tipo de procedimiento. Según la doctrina católica no hay diferencia sustancial en la valoración del acto con fines de diagnóstico o procreativos.

Sigue siendo válido el juicio de *malo intrínsecamente*, aun cuando algunos teólogos católicos han considerado recientemente que, a nivel subjetivo, el destinar la masturbación a lograr objetivos diagnósticos (¿y procreativos?) -y no meramente *eróticos*- justificaría la reinterpretación de la moralidad del acto. Por otra parte, es común la observación de sujetos *laicos* que declaran su repulsión conceptual y, por tanto, su imposibilidad para recoger el L.S. mediante masturbación como acto contrario a la dignidad de la persona.

Además, el mismo agente sanitario puede tener problemas de conciencia al solicitar al sujeto que practique la masturbación para proporcionar el L.S.

El Comité Nacional para la Bioética (C.N.B.) italiano ha elaborado un documento sobre el tema, cuyas conclusiones son las siguientes:

a. hay que reconocer, de hecho, que el agente sanitario es ajeno al problema moral de la recolección del semen. Esta proposición, obvia para los médicos laicos, para los católicos se basa en una declaración de Pío XII (1953) que aseguraba que el *agente sanitario* “no era responsable de los actos ajenos, mientras el examen y la utilización de sus datos no sean moralmente reprensibles”.¹ Por lo demás, a menudo es difícil para el médico —y moralmente embarazoso— sustraerse a la pregunta del paciente sobre cómo se tiene que recoger el L.S. que se va a utilizar con fines de diagnóstico y procreativos. Es necesario, por tanto, que él conozca la valoración ética del acto ipsatorio por parte del paciente mismo.

Así, b. “en todo caso, debe salvaguardarse estrictamente, en la relación médico-paciente, el pleno respeto de la dignidad personal y las convicciones religiosas y culturales del paciente en materia de recolección del semen”.

Finalmente, c. “se le debe garantizar al paciente la plena información sobre eventuales métodos alternativos científicamente válidos a los que él, de todos modos, debe dar su consentimiento”.

El problema podría resolverse, en efecto, adoptando métodos *alternativos* de recolección del semen, esto es, mediante la utilización de instrumentos que, con una oportuna estimulación, obtienen la emisión del L.S. sin masturbación, es decir, sin erección y sin implicación *erótica* del sujeto.

La opinión común entre los seminólogos es que la mayor parte de los procedimientos alternativos conocidos de recolección del L.S. (recolección en condón perforado, poscoital, por presión prostática o uretral, incluso por punción del epidídimo) no permiten obtener un semen idóneo en el plano diagnóstico y/o procreativo, ya que se altera por el contacto con sustancias extrañas o se modifica en su composición. De este modo, se trataría de métodos científicamente no válidos y, por consiguiente, no “éticos” en sí, independientemente del juicio moral. Incluso la misma masturbación, casi siempre gravada por dificultades de orden psicológico, independientes de las convicciones religiosas del sujeto, puede no dar por resultado un L.S. perfectamente *fisiológico*. Además, muchos individuos, precisamente por dificultades de orden psicológico y cultural, se rehúsan a producir L.S. en el ambiente sanitario y, como se sabe, la transportación de la muestra desde un

ambiente externo puede alterar profundamente sus características. Así, se advierte la gran importancia, teórica y práctica, que tiene la adquisición de métodos alternativos válidos.

Últimamente,² se ha propuesto un método alternativo de recolección mediante un sistema en "silastic" (un tipo particular de material plástico), en el que el semen recolectado resultaría, en el estudio comparativo, de mejor calidad que el obtenido por ipsación.

En la actualidad se han puesto a punto, y utilizado en diversos centros, dispositivos capaces de obtener la eyaculación sin estimulación erótica. Una vez convalidada la calidad científica de estos métodos (la correspondencia *fisiológica* del L.S.) mediante estudios comparativos en curso, estos se proponen, indudablemente, como métodos idóneos para superar las objeciones religiosas, personales y culturales de la recolección por masturbación.

La recolección del semen mediante un profiláctico perforado (S.C.D.) en el curso de la relación sexual normal está totalmente de acuerdo con la moral católica. En efecto, aun la pequeña cantidad de semen que llega fisiológicamente a las vías genitales femeninas no separa el momento unitivo del procreativo y hace prácticamente imposible establecer qué porción del semen es la responsable de la eventual concepción.

El segundo problema *ético* de la seminología se refiere a los procedimientos encaminados a comprobar y eventualmente potenciar la *capacidad* fecundante del semen. Dicho esto, es oportuno examinar con mayor detalle el problema de la comprobación diagnóstica (obviamente *in vitro*) de las propiedades fertilizantes del semen.

La moderna seminología ofrece actualmente la posibilidad de comprobar de manera bastante profunda, aun cuando no absolutamente predictiva, la capacidad intrínseca de un espermatozoide para fecundar, esto es, para unirse al pronúcleo femenino. Desde una perspectiva general, la ejecución de tales pruebas no sólo es éticamente positiva, sino incluso recomendable desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. De hecho, no es ético hacer un diagnóstico o iniciar un tratamiento cuya finalidad sea la fecundación sin haber comprobado primero, conforme a los conocimientos que se tienen, el estado efectivo de la funcionalidad del espermatozoide examinado. En este sentido, las pruebas para determinar el *potencial teórico de fertilidad* deberían ser obligatorias, al igual que las encaminadas, negativamente, a excluir factores lesivos contaminantes

(anticuerpos, virus, bacterias, etcétera). En este ámbito, sin embargo, las llamadas *pruebas de penetración* pueden plantear problemas éticos. Se trata de procedimientos mediante los cuales se observa la capacidad que tiene un espermatozoide determinado de “penetrar” *in vitro* en el óvulo humano o de animal (en general de hamster o conejillo de Indias).

Si tales pruebas son positivas, permiten afirmar que el espermatozoide examinado es capaz de llevar a cabo todos los procesos bioquímicos y morfológicos (capacitación, reacción acrosómica, etcétera) que le permiten penetrar en el oocito y fecundarlo; aun cuando subsisten muchas dudas sobre la validez de extrapolación al ser vivo, y en la hipótesis de pareja, de estos experimentos *in vitro*. Por otra parte, estos experimentos permiten observar mejor la constitución de los cromosomas, teniendo aplicación teórica en la asesoría genética y en los estudios de mutagénesis.

Desde el punto de vista ético, la fecundación *in vitro* de oocitos humanos con una mera finalidad de diagnóstico —es decir es, previendo eliminar de cualquier manera el producto de la reacción— es inaceptable para quien considera que, en cuanto el espermatozoide y el oocito interactúan, tiene lugar el inicio de un nuevo individuo. En realidad, como consecuencia de esto se pone en marcha toda una serie de eventos bioquímicos y de modificaciones genéticas, en los que los dos sistemas (oocito y espermatozoide) ya no operan independientemente, sino como un nuevo sistema biológico individual que inicia su ciclo vital desde ese momento. Obviamente, quien considera que la formación del individuo humano debe situarse en momentos más avanzados manifiesta una opinión diferente.

Por lo que se refiere a las pruebas de reacción entre espermatozoides humanos y oocitos animales, las distinciones son más matizadas.

Es oportuno poner de relieve que “el gameto humano —por el valor inconfundible de que es portador— no puede lícitamente fecundar o ser fecundado por un gameto de una especie animal. Por pertenecer a una persona, tiene un fin que alcanzar de manera adecuada para su especie” y no puede ser utilizado para fines que sobrepasan y ofenden la dignidad humana y la naturaleza misma de la persona humana. En este sentido, el C.N.B. italiano³ reitera la no eticidad de los procedimientos, presentes o futuros, de *fecundación* entre especies, de acuerdo con cuanto disponen y recomiendan algunos organismos supranacionales (Consejo de Europa,

*Comité d'experts sur les progrès des sciences biomédicales (C.A.H.B.), etcétera).*⁴

El juicio parecería ser diferente cuando no se tratara de una auténtica *fecundación* —y por tanto de *hibridación*— sino de la simple *fusión* celular, como sería la llevada a cabo en la situación de la prueba del hamster. En efecto:

- en la ejecución de la prueba, el proceso de fusión celular es detenido con un bloqueador de la mitosis en la fase de heterocariosis, cuando los dos pronúcleos están aún separados. Se ha de advertir, también, que la presencia de dos patrimonios cromosómicos haploides no homólogos representa un obstáculo insuperable para el desarrollo de una estructura multicelular organizada, aun cuando sea anormal;
- desde este particular punto de vista (esto es, al tratarse de un procedimiento que de todos modos no puede poner en marcha la formación de un organismo, aunque sea anormal), quizá podría superarse la objeción conceptual de quien considera iniciado el proceso de formación del individuo en cuanto el espermatozoide penetra en el oocito. Esta premisa ética se basa, como decíamos, en el hecho que, desde el momento del encuentro de las dos células, tiene inicio una cadena de eventos únicos con la finalidad de la formación de un nuevo organismo. Esto no parece subsistir en el supuesto, en cuanto que estos eventos no pueden verificarse en modo alguno y, por tanto, no se habla de fecundación sino de *fusión*.

El nivel sucesivo de intervención se refiere a los procedimientos encaminados a *potenciar* las capacidades fecundantes de un semen deficitario. Diremos de inmediato que el potenciamiento *in vivo* de la capacidad fecundante del semen se identifica con el cuidado del paciente oligospermico y, por tanto, no sólo es clínicamente válido sino deontológicamente imperativo. El razonamiento es diferente cuando se trata de un potenciamiento *in vitro*, ya que en este caso va dirigido, evidentemente, a un procedimiento de F.A. y cambia el propio juicio de eticidad por y con el inherente a la F.A. misma.

Para introducir el tema referente a los métodos de preparación del semen para la fecundación asistida, parece oportuno primero

definir los límites dentro de los cuales los conocimientos científicos que hasta ahora tenemos nos permiten, o más bien, nos obligan a movernos. En el ámbito de todos los métodos de fecundación asistida se necesita preparar el semen, sea este *normal* o *patológico*, para que pueda ser utilizado con una cierta posibilidad de éxito. Tal *preparación* debe tener en cuenta algunos factores fundamentales:

- el primero, si actuar sobre un líquido cuyas células *nobles*, esto es, los gametos masculinos, deberían seguir un itinerario muy distinto respecto de aquel al que son obligados por el trayecto en un laboratorio, donde son manipulados, antes de volver por vías artificiales a su itinerario fisiológico;
- el segundo, tales células presentan todavía tantas incógnitas que el decidir *a priori* lo que está “bien” y lo que está “mal”, es decir, lo que debe ser eliminado y lo que debe ser conservado, es a menudo bastante arbitrario, incluso porque con frecuencia nuestros métodos eliminan o añaden de manera no muy selectiva;
- el tercero, si resulta complejo decidir qué eliminar y qué conservar, o mejor qué *seleccionar* del L.S., mucho más complejo resulta el problema de cómo hacerlo, es decir, de cómo llegar al término de este asunto de la preparación del semen en el laboratorio con una selección de espermatozoides capaces de manifestar un buen nivel de capacidad fecundante potencial.

Esto vale tanto para los casos de la indicación masculina de fecundación asistida, en la que el semen es patológico, como en los casos de indicaciones femeninas y de la pareja para la fecundación asistida, en la que el semen es o puede ser perfectamente normal. Son precisamente estos últimos casos los que más demuestran la fragilidad y la robustez del gameto masculino *normal* frente a la manipulación *extracorporal*.

Todo lo dicho hasta ahora confirma la importancia de emplear correctamente los métodos disponibles de preparación del semen para la fecundación asistida, a fin de no dañar a los espermatozoides y de escoger, en cada momento, el método de selección menos traumático en relación con el resultado deseado.

Desde el punto de vista del laboratorio, el primer interrogante deriva de los conocimientos —todavía no definitivos— sobre lo que debe ser considerado como un espermatozoide dotado de buena capacidad

fecundante. El seleccionar sólo a los espermatozoides móviles parecería el resultado óptimo, basándose en la premisa de que un espermatozoide muy móvil, capaz de manifestar una buena energía cinética, también es capaz de llegar al oocito y fecundarlo. Sin embargo, algunos resultados recientes han reducido el significado absoluto del parámetro movilidad y lo han indicado como condición necesaria, pero no suficiente. Así, se ha demostrado que la técnica del *swim-up*, aun siendo óptima para la detección selectiva (*screening*) de poblaciones de espermatozoides móviles, en realidad no es capaz de seleccionar negativamente espermatozoides móviles con daño de la membrana, observables con pruebas funcionales como el *swelling test* y la *LPO-p*.

Por otro lado, la eliminación del plasma seminal y de los componentes celulares no nematoespermicos (leucocitos, células epiteliales, etcétera) en él contenidos representa otro postulado considerado casi como absoluto para mejorar las características de la muestra examinada, pero también este punto se presta a algunas objeciones. Recordemos en especial que algunas de las sustancias contenidas en el plasma seminal son indispensables como "*molecule coat*", para proteger inmunológicamente al espermatozoide en su tránsito por las vías genitales femeninas y evitar los procesos de activación espontánea de la reacción acrosomial. Por tanto, es necesario establecer, caso por caso, y mediante pruebas preliminares, si la *selección* de los espermatozoides más móviles y la *eliminación* del plasma y de los demás componentes seminales lleva efectivamente a obtener una suspensión celular con mejores posibilidades de fecundar.

Estas pruebas preliminares evidencian, además, eventuales daños morfológicos y funcionales consecuentes a los métodos utilizados. Para los análisis del semen *in vitro*, se aplican métodos morfológicos, bioquímicos, inmunológicos y funcionales. Por lo que concierne a la capacitación, se efectúan estudios sobre el consumo de oxígeno, sobre la constitución de la membrana celular y sobre el consumo de ATP nematoespermico; los estudios inherentes a la reacción acrosomial son llevados a cabo mediante coloraciones específicas, pruebas de evaluación de la presencia de receptores para las lectinas sobre la membrana del espermatozoide, estudios de microscopía electrónica, estudios con anticuerpos monoclonales y dosificaciones del contenido acrosómico. Es posible efectuar, además, estudios funcionales como el *swelling test*, la

prueba de estudio de la resistencia cromatínica y la prueba de penetración en el huevo de conejillo de Indias.

También es posible reproducir *in vitro* el camino del espermatozoide; poner a este en contacto con las secreciones uterinas, tubáricas y foliculares, evaluando sus efectos y, finalmente, estudiar el resultado de la migración fisiológica de los espermatozoides en las vías genitales femeninas, recuperando y analizando los espermatozoides intraperitoneales. Puesto que, como decíamos, algunos de estos estudios demuestran que los métodos comúnmente utilizados a fin de preparar los espermatozoides para la inseminación artificial no son, como se esperaba, tan eficientes como las secreciones genitales femeninas, al seleccionar espermatozoides funcionalmente válidos es necesario ampliar las investigaciones sobre la eficacia de las modificaciones inducidas artificialmente *in vitro*. Un ejemplo típico de esta falta de capacidad de selección es la *patología inmunológica anticorporal antiespermatozoide*. Investigaciones de laboratorio llevadas a cabo sobre el semen de pacientes con autoanticuerpos antiespermatozoides han confirmado, efectivamente, la imposibilidad o la extrema dificultad al seleccionar espermatozoides desprovistos de anticuerpos fijados sobre la superficie y, una vez más, espermatozoides móviles pero inadecuados para una fecundación con buenas posibilidades de éxito.

La elección del método a utilizar deberá seguir, por consiguiente, tres criterios fundamentales:

- primero, debe ser menos traumática respecto del tipo de beneficio que se espera obtener;
- segundo, debe ser, tanto en caso de normoespermia como en caso de dispermia, el más útil en el tipo de situación seminal que se enfrenta;
- tercero, debe ser el de más rápida y simple ejecución.

Indudablemente, el método menos traumático es el representado por el *swim-up*, en cuanto que con esta técnica la misma movilidad de los espermatozoides es la que garantiza su separación del plasma seminal y de los eventuales componentes celulares patológicos en él contenidos. Semejante técnica presupone una muestra seminal basal con suficiente concentración nematoespérmica y, en particular, un buen número de espermatozoides dotados de movilidad típica, por lo es la más aconsejable en todos los casos de muestra seminal normal y en los métodos de

fecundación asistida que presuponen las más bajas concentraciones nematoespermicas como, por ejemplo, el *Gamete Intra Fallopian Transfer* (G.I.F.T.), en el que, ahora, se considera suficiente una concentración final de 4'000,000 de espermatozoides/ml, esto es, cerca de 100,000 en 25 ul. Sólo en los casos de baja concentración espermática se debe recurrir a la técnica del *swim-up* por *pellet*, que permite la recuperación de una mayor cuota de espermatozoides móviles, en cuanto que todos los espermatozoides presentes en la eyaculación están concentrados en el *pellet* y la mayor parte de las formas móviles capaces de liberarse del mismo emigra en el terreno. Por el contrario, en el *swim-up* simple la migración está limitada a la interfaz entre los dos medios y puede acaecer eventualmente en ambos sentidos, salvo el condicionamiento ligado al gradiente de densidad existente entre los dos medios mismos. Se han propuesto también dispositivos capaces de condicionar la migración en una sola dirección, cuyas ventajas vinculadas a fenómenos de cinética de las células móviles flageladas resultan, por lo demás, bastante escasas. Ambos métodos de *swim-up* presentan la limitación de resultar de difícil utilización por la hiperviscosidad plasmática. Este último problema —la presencia de una hiperviscosidad— puede ser eliminado haciendo preceder la técnica del *swim-up* por una prefiltración en lana de vidrio o por lentos y delicadísimos bombeos del semen diluido en un caldo de cultivo. Los métodos basados en los gradientes tienen la ventaja indudable de obtener una mejor selección de las formas móviles y una mayor concentración final de las mismas, pero presentan también la desventaja de provocar diversos traumatismos ligados tanto a la centrifugación de la muestra inicial, como de las diversas fracciones de recolección. A fin de tener indicaciones sobre la elección del método a utilizar, siempre es útil llevar a cabo pruebas preliminares sobre una o más muestras seminales del sujeto, obtenidas en el período precedente a la fecundación asistida. Tales pruebas, aun con una variabilidad entre muestra y muestra de las características seminales del paciente en particular, permiten: *a.* estudiar con cuidado la capacidad fecundante del semen examinado y la oportunidad de proceder a la fecundación asistida; *b.* evaluar uno o más procedimientos de preparación y controlar desde las perspectivas tanto funcional como morfológica e infectológica, la muestra obtenida antes y después de la preparación, mediante el estudio de la membrana (*LPO-p*, *Swelling test*), de la cromatina (prueba

de la naranja de acridina), de la función acrosomial (triple coloración, prueba del hamster), de la movilidad (prueba de Alexander y de Lorton), así como del componente inmunológico (pruebas anticorporales directas e indirectas).

Estas precauciones y estudios pueden orientar hacia la técnica de preparación del semen y de fecundación asistida más idónea, y pueden reducir sensiblemente el porcentaje de errores y fracasos tanto en los casos de semen patológico como, todavía más, en los casos de semen normal o *aparentemente* normal.

Los problemas éticos planteados por estos procedimientos son los mismos que los ya citados a propósito de la comprobación de las capacidades fecundantes del semen y se refieren, sobre todo, a la posibilidad de poner en marcha *in vitro* un proceso de procreación destinado a no continuar.

Manipulación del esperma con fines selectivos y eugenésicos

La inseminación artificial, sea homóloga o heteróloga, puede representar una ocasión para manipular el semen masculino con fines selectivos (por ejemplo, selección del sexo) o eugenésicos. Tales fines, además de ser éticamente ilícitos por ser contrarios al principio de igualdad y a la dignidad de la persona humana, son considerados inaceptables también desde el punto de vista jurídico.

Por ejemplo, la Comisión Santosuosso, el *Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé* de Francia, el Consejo de Europa y el Parlamento Europeo⁵ han expresado un dictamen favorable sobre la inseminación artificial homóloga, considerada admisible sólo si existen motivos médicos válidos que la justifiquen, pero no aprueban su uso si tiene como finalidad la elección de sexo u otro tipo de selección. Algunos justifican la elección del sexo sólo en el caso de enfermedades genéticas ligadas al sexo (X-linked) como la hemofilia, la distrofia muscular tipo Duchenne, etcétera.

Sigue en curso de elaboración el juicio ético sobre las manipulaciones genéticas del semen que buscan evitar enfermedades genéticamente transmisibles, mientras existe acuerdo general en rechazar cualquier intervención sobre el genoma.

Procedimientos de conservación del semen

El uso del semen crioconservado para la inseminación artificial es un procedimiento utilizado por parte de la industria zootécnica desde hace ya cincuenta años, con óptimos resultados, a fin de seleccionar razas de calidad superior y de incrementar los nacimientos. Con él, se han logrado satisfacer los requerimientos zootécnicos con reducción de costos, ofrecer productos de calidad y se ha propuesto, además, como ayuda muy válida en la lucha para la salvación de razas en vías de extinción.

En el ámbito humano, la primera utilización de semen crioconservado para inseminación artificial se remonta a 1953, y la comunicación del primer embarazo obtenido utilizando ese procedimiento, del año siguiente. De entonces para acá se ha asistido a un rápido desarrollo de la criobiología del semen humano, que ha llevado a un significativo perfeccionamiento de la técnica y a la aparición, en casi todo el mundo, de los llamados *bancos de semen*. Actualmente las aplicaciones de la crioconservación del semen humano están dirigidas a tres campos principales:

- crioconservación de semen de donadores para la inseminación artificial heteróloga (A.I.D.);
- crioconservación de semen de varones hipofértiles para la inseminación artificial homóloga (A.I.H.);
- crioconservación del semen de pacientes que se enfrentan a una lesión permanente de la espermatogénesis o que se someterán a la vasectomía.

En la literatura se indica que los resultados obtenidos en la inseminación artificial con uso de semen fresco son mejores que los obtenidos con semen congelado (60-70 por ciento contra el 50-60 por ciento respectivamente). En efecto, el potencial de fertilidad del semen congelado se reduce por los daños ultraestructurales que el proceso de congelación determina sobre todo a cargo de las mitocondrias y de algunas enzimas proteolíticas acrosomiales. Esto comporta una reducción de la movilidad espermática igual al 15-50 por ciento de la movilidad original y, además, una disminución de la capacidad de penetración del espermatozoide. Semejante pérdida de vitalidad de los espermatozoides parece deberse a la toxicidad de las mezclas utilizadas para la criocon-

servación, sobre todo las que contienen glicerina, pero se ha observado que aun modificando la composición de esa mezcla la pérdida de vitalidad es siempre igual al 18 por ciento.

Selección de los donadores

Los problemas deontológicos y metodológicos de esta área se refieren a la comprobación de la idoneidad psicofísica del donador, especialmente por lo que se refiere a la exclusión de anomalías genéticas o de enfermedades infecciosas transmisibles, el anonimato, etcétera. Los aspectos éticos serán abordados en otra parte de la presente exposición.

Problemas psicológicos

Procederemos a examinar la figura particular de la pareja masculina en la inseminación por donador.

Los numerosos y apreciables estudios dedicados hasta ahora a los aspectos sociopsicológicos de la fecundación asistida con semen de donador (A.I.D.), han considerado sobre todo —si no exclusivamente— a la pareja en su conjunto, como entidad particular en sí, y no en sus componentes aislados, femenino y sobre todo masculino.

Una motivación probable de ello reside en el hecho de que el acto *médico* de la procreación ha sido manejado históricamente por los ginecólogos y, de todos modos, en ambiente ginecológico donde, lógicamente, el interés prioritario es considerado la mujer y, subordinado a esto, la pareja es vista en una acepción eminentemente matriarcal. En general, por no decir siempre, el interlocutor principal de la pareja es el ginecólogo, figura familiar en la vida de toda mujer, mientras no se puede decir lo mismo respecto del andrólogo. La reproducción y la fertilidad son áreas femeninas por excelencia.

No por nada, el motivo aducido frecuentemente para justificar la inseminación heteróloga en el plano ético, es el de “dar una justa satisfacción al deseo de maternidad de la mujer” y, raramente, el de “dar un hijo a la pareja”.⁶

En este contexto, la figura y la personalidad del padre —del padre legal— son dejadas a un lado. Después de un acercamiento preliminar para obtener su consenso, en el mejor de los casos basándose en un diálogo con el psicólogo, “los cónyuges de sexo masculino que solicitan ser padres son la mayoría de las veces ignorados y abandonados por el equipo médico, que se ocupa exclusivamente de la mujer inseminada”.⁷

En toda la medicina de la reproducción, en efecto, el hombre ha sido considerado siempre como un abastecedor ocasional de semen; también en la acepción negativa del término, ya que sólo desde hace pocas décadas se ha considerado la eventualidad de una responsabilidad masculina en la esterilidad de la pareja.

Por lo demás, la cada vez más frecuente definición de los procedimientos de fecundación asistida como *terapia de la esterilidad masculina* —muy discutida por los andrólogos— ¿no significa tal vez la negación de la personalidad clínica del individuo de sexo masculino, reducido a ser un productor marginal de un líquido biológico eventualmente manipulable *in vitro*, independientemente de la comprobación y del cuidado de las causas que han producido la oligospermia?

Aparte de estas consideraciones de orden general, el problema se plantea como marginal en los procedimientos de inseminación homóloga, en la que al final se recompone la unidad biológica familiar —padre, madre e hijo— y el sujeto masculino recupera su propia identidad, superando el complejo de frustración derivado de la toma de conciencia de la propia infertilidad natural.

Un amplio estudio de Haseltine y colaboradores sobre parejas que han accedido a la Fecundación *In Vitro* y *Embryo Transfer* (F.I.V.E.T.), aunque enfocado en el interrogatorio de las mujeres, afirmaba que los maridos “no demostraban inquietud respecto del procedimiento” (pero no eran estériles).

Sin embargo, es muy diferente y bastante más dramático el papel del cónyuge cuya pareja —para usar el término más genérico posible— es fecundada con semen de donador, el cual, como decíamos antes, es poco o nada tomado en consideración. En la pareja A.I.D. el *enfermo* es el hombre; “es él quien falta a sus responsabilidades de relación y, por tanto, es obvio que a él se le pida reparar la herida de manera socialmente aceptable (que hoy consiste en la cancelación del hecho), pero afrontar

un problema negando su existencia raramente produce auténticas soluciones”.⁸

Las consideraciones al respecto pueden articularse a diversos niveles, según la posición del hombre respecto de sí mismo, de la compañera, del que va a nacer, de la pareja, del donador, de la sociedad.

El primer aspecto —el de las consecuencias respecto de sí mismo— es de orden general para el hombre infértil, pero encuentra una amplificación particular y aguda en el caso de la A.I.D.

La figura del varón estéril es relativamente nueva tanto en el plano clínico como en el psicosocial. El varón toma conciencia de su propia infertilidad con un sentido de frustración bastante superior al de la mujer, tal vez históricamente *resignada* a esta eventualidad negativa. En las culturas más atrasadas, pero también en estratos no pequeños de las más avanzadas, el concepto de fertilidad masculina se superpone y a menudo se identifica con el de virilidad. Tan es verdad lo que acabamos de decir que se asiste frecuentemente a un fenómeno patológico inducido, como es el de la impotencia por esterilidad.

La equivalencia entre fertilidad y virilidad “sigue siendo un patrimonio interiorizado del hombre contemporáneo, por lo que un déficit de la capacidad reproductiva es vivido a menudo a nivel inconsciente como déficit, igualmente, de la actividad sexual”⁹; y también: “la esterilidad masculina en las culturas tradicionales es identificada con la impotencia... el hombre infértil vive su dificultad como una vergüenza que hay que tener oculta de su propio entorno social. Resurge la asociación entre falo y poder; el hecho de no poder demostrar su propia paternidad y, por tanto, su propia virilidad, hace que el varón infértil se sienta hombre sólo en parte”. Esta es una característica específica netamente masculina. Según algunos psicólogos, la esterilidad femenina no interfiere con el elemento sexual ni con el poder, ambos manejables por una mujer sin hijos, que aunque puede tener recaídas negativas en otros aspectos de su imagen propia, no las tiene en el sexual.¹⁰

Está claro, por tanto, “el desconcierto que experimenta el hombre frente a la incapacidad procreativa: vuelve en forma violenta la sensación de inutilidad y de falta de poder que el hombre debe de haber experimentado filogenéticamente al principio de la historia. Una sensación de exclusión del mundo natural, mágico y creativo, un sentido de inferioridad respecto de su propia mujer en el caso de que esta

conserva tal capacidad. El miedo al ridículo lleva al varón infértil al aislamiento respecto de las relaciones sociales temiendo ser desenmascarado; a este temor, discutible en sí, corresponde un estereotipo real que asocia potencia sexual con reproducción, y la ironía con que a menudo se abordan estos temas esconde la fallida aceptación y elaboración, no sólo individual sino colectiva, del estereotipo mismo".¹¹

La A.I.D. comporta la prueba tangible de la esterilidad del hombre, y hace posible la verificación de una impotencia, considerada como síntoma reactivo a un peligro fantásmico, o bien como una organización defensiva.¹²

Pasini observa que "la A.I.D. puede, además, reactivar un deseo latente de celos en sujetos de personalidad paranoide y con tendencias interpretativas, o inducir graves trastornos neuróticos y depresivos en relación con la herida narcisista y el surgimiento de una *experiencia de vida edípica*. Los datos estadísticos a este propósito son abundantes y elocuentes y, tanto en estudios aislados como en investigaciones epidemiológicas al propósito (Asociación Italiana de Educación Demográfica (A.I.E.D.), *Centres d'Etude et de Conservation du Sperme* - Italia (C.E.C.O.S.), demuestran la posible existencia de una variedad de trastornos psíquicos en el hombre estéril que accede a la A.I.D., los cuales involucran—además de los aspectos sexuales que, como decíamos, pueden llegar a la impotencia total¹³— una amplia vertiente de malestar, en la que el hombre infértil vive el diagnóstico como una vergüenza, y con miedo al ridículo.¹⁴ Un *hombre sin hijos* parece, a la mayor parte de las personas, una figura *negativa y culpabilizante*.¹⁵

Por lo demás, es una experiencia cotidiana para quien se ocupa de problemas de la esterilidad el dato tangible de cómo el miembro masculino de una pareja estéril vive con angustia su propio problema, respecto de sí mismo, de la mujer y de los parientes de ella—con un profundo sentido de frustración—, y de la sociedad, especialmente en ambientes estrechos y culturalmente poco avanzados. No por nada, según una encuesta A.I.E.D., las solicitudes para proceder a la A.I.D. se hacen en la gran mayoría de los casos (más del 70 por ciento), lejos de la residencia de los interesados, aunque cerca de esta haya Centros de prestigio.

Estos aspectos de frustración y de malestar psicológico son captados sobre todo por el andrólogo, que la mayoría de las veces ve al paciente

-al que comunica su infertilidad- solo, esto es, no en presencia de la mujer que puede condicionar en cierta medida las reacciones psicológicas inmediatas. Además, la relación paciente varón-andrólogo es en varios aspectos muy diferente a la del paciente varón-ginecólogo. Es natural que con el andrólogo el sujeto establezca una relación de confianza o casi de *complicidad* que no puede establecer con el ginecólogo, considerado por él como el médico de la compañera o esposa.

Se trata de individuos que, en general, se declaran “dispuestos a todo” con tal de resolver su angustioso problema.

En tales condiciones, y a la luz de estas consideraciones, el consentimiento del marido a la fecundación de la mujer mediante el semen de un desconocido se configura como un sometimiento a un acto que es “comparable, de modo fantástico, a una especie de adulterio”.¹⁶ En efecto, llevadas a su término más crudo, estas prácticas podrían ser consideradas adulterios consumados con el consentimiento del cónyuge. Aun cuando, según otros,¹⁷ “no ofenden a la fidelidad matrimonial porque no comportan una relación íntima”; pero esto restringe el concepto de fidelidad al mero contacto físico.

Generalmente este consentimiento parece dictado por el deseo de complacer a la mujer resolviendo el complejo de culpa (aun cuando no el de inferioridad) respecto de ella y, en una visión más brutal pero a menudo real, del deseo de exhibir a la mujer embarazada a parientes y conocidos, a menudo sin descubrir el hecho.

Hay que considerar, además, la condición de absoluta dependencia psicológica —por no decir de plagio— del varón que accede a un procedimiento de A.I.D. respecto del médico que lo aconseja y lo realiza, el cual adquiere a sus ojos una figura de absoluta potencia en cuanto que no sólo es capaz de hacer que su mujer tenga un hijo, sino incluso de escoger sus caracteres somáticos.

Este aspecto en particular, independientemente del tema que venimos tratando, es muy inquietante en los métodos de fecundación artificial por donador. El escoger en el banco de semen el color de los ojos, del cabello, o la altura del donador para adaptarlos a los del padre legal, tal como se escoge el color de la corbata para que entone con el traje constituye, a nuestro parecer, un intolerable trastocamiento de las leyes naturales que ningún deseo de paternidad puede justificar, y que representa, sobre todo, el inicio de una peligrosísima pendiente en cuyo fondo se entrevén

posibilidades evocadoras de inquietantes fantasmas. Por lo demás, hasta Singer, aun negándola, hace notar la posibilidad de una carrera hacia un *Mundo Feliz*. Sin embargo esto no es lo que estamos discutiendo.

Otro aspecto a considerar, quizá más obvio, se refiere al papel del sujeto varón en una pareja A.I.D. dentro de la pareja misma, esto es, respecto de la mujer, del hijo y del que ineludiblemente se planteará siempre como tercer o cuarto elemento de la familia: el donador del semen. La diada matrimonial se transforma en una triada por la presencia inmanente del padre natural, que es sentida inconscientemente por el estéril como “grande y poderosa porque permite saltar los límites de la naturaleza... un padre generoso... y todo lo que la fantasía sugiere”.¹⁸ En el donador “parece querer activar una voluntad de omnipotencia, de ubicuidad en el espacio y en el tiempo que adopta características inquietantes”.¹⁹

Y no se puede negar racionalmente que esta mítica presencia se volverá a rehacer en forma negativa cada vez que al padre legal se le presente la ocasión de enfrentamiento físico (enfermedades) o psíquico con el hijo, lo cual puede acaecer, obviamente, también en la adopción. Sin embargo, en este caso el problema es manejado *al alimón* entre el padre y la madre, mientras que en la pareja A.I.D. el padre se encontrará fatalmente opuesto a la pareja biológica hijo-madre y experimentará, más agudamente aún, su propia sensación de exclusión y de marginación. Por otro lado, es cierto que según las estadísticas mencionadas por Cittadini,²⁰ en países donde la fecundación asistida se practica desde hace mucho tiempo la estabilidad de la pareja parece óptima, pero no se dice si la cosa es diferente cuando el procedimiento se obtiene por infertilidad masculina. De todos modos, el peligro potencial subsiste especialmente en los países latinos. También, el mismo afecto *violento* y posesivo que los padres legales manifiestan por el hijo (ajeno) ¿no es quizá un intento de exorcizar su propio complejo de malestar psicológico y de inferioridad? En definitiva, este es el punto central: la difícil y delicada posición del compañero masculino, ya *de entrada* apesadumbrado por las dificultades psicológicas descritas hace poco, en una vida de pareja en la que rige el absoluto matriarcado biológico, en la que la madre está protegida por el ginecólogo y el hijo por el legislador, pero en la que nadie piensa en él. Situación que, a decir verdad, nunca ha sido adecuadamente considerada ni mucho menos protegida.

Se objetará que la pareja que accede a un procedimiento de A.I.D. se somete generalmente a una entrevista psicológica preliminar y que, de todos modos, se les pide su consentimiento. Pero ¿qué validez puede tener, por parte del marido, un consentimiento dado en esas condiciones de ansiedad, frustración, inferioridad psicológica o plagio; un consentimiento dado en el momento, pero cuyas consecuencias son susceptibles de repercusiones futuras sobre la integridad psicofísica del sujeto, de la pareja, del hijo? ¿Es un consentimiento *informado* y libre? ¿Está en *capacidad* de consentir un sujeto en tales condiciones particulares? Según De Fazzio y Luzzago, “no sería válido un consentimiento dado sólo para enfrentar las aspiraciones de maternidad de la compañera, es decir, en respuesta a las presiones de esta, así como habría de preguntarse cuál podría ser el grado de *libertad* de un consentimiento en cuya base hubiera motivaciones de orden patológico por parte del individuo o de la pareja”.²¹ Y precisamente en el compañero podrían encontrarse abundantes motivaciones de orden patológico, dadas las situaciones disfuncionales psicológicas y sexuales hasta aquí referidas.

En todo caso, cualquier hombre estéril que opte por la solución de la A.I.D. “debe recorrer un proceso psicológico personal largo y a veces difícil para revalorar su propia identidad viril, independientemente de su esterilidad, sobre todo si la compara con la potencia mítica del donador”.²²

Se advierte, pues, la extraordinaria importancia que reviste la comprobación psicológica de la situación y de las motivaciones del sujeto masculino que accede a un procedimiento de A.I.D. Según Alexandre, “el aceptar formalmente la A.I.D. ... no significa que no se creen problemas, tal expresión no puede seguir siendo neutra ni dejar de trastornar, a nivel inconsciente y chocando con la fantasía individual, el equilibrio de cada miembro de la pareja”. En especial del marido. “Es poco probable que una investigación psicológica preliminar no sistemática pueda proporcionar datos predictivos. Sólo el enfoque psicoanalítico podrá dar una respuesta a estos dramáticos interrogantes”.²³

Finalmente, pretendemos sólo subrayar la particular posición del compañero masculino en el ámbito de una pareja A.I.D., posición que por lo general es pasada por alto o silenciada, pero que requiere de una consideración importante. Ahora bien, tampoco se pretende sostener que la óptica negativa desde la que hasta ahora se ha venido examinando el problema sea la única y constante realidad. Otras citas pueden

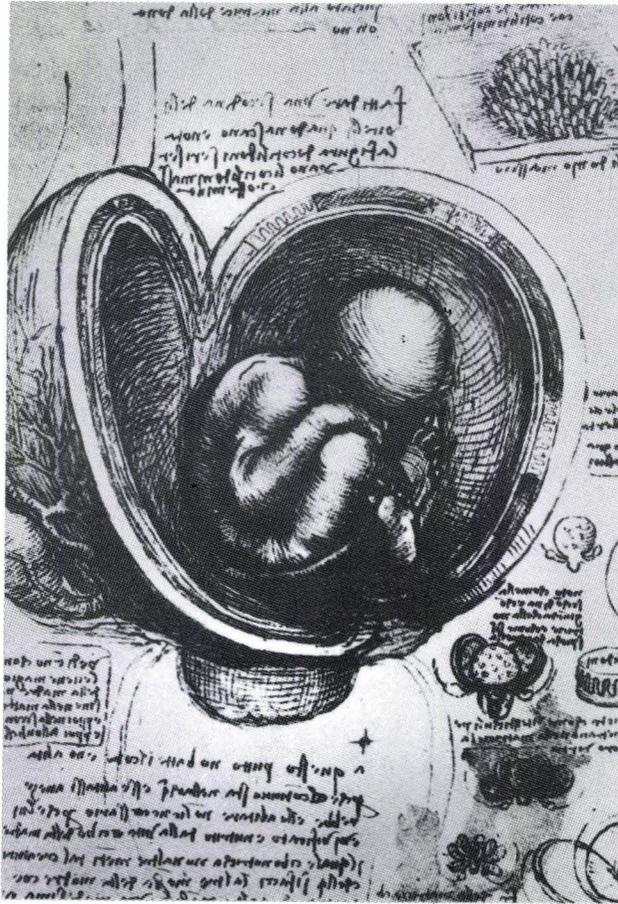
aducirse para corroborar tesis opuestas que demuestran una liberal actitud *oblativa* del compañero A.I.D., el cual —consintiendo en que su consorte tenga un hijo— haría para con ella un acto de amor, así como son también de tomar en cuenta las consideraciones que se refieren a la definición de “paternidad” que puede ser no sólo biológica sino también afectiva, social, etcétera. En realidad esto no desplaza el problema. La existencia documentada de graves implicaciones psicosociales en el varón de una pareja A.I.D., aunque sea hipotéticamente un caso entre cien, impone la más atenta cautela. La situación psicofísica de estos sujetos debe ser salvaguardada y protegida al máximo por el médico psicólogo, pero también, y con normas muy precisas, por el legislador, tal como ocurre por ejemplo en el caso de la adopción. Esto debe hacerse con vistas a la validez de un consentimiento obtenido en condiciones de necesidad (¿tal vez de *incapacidad?*), pero cargado de consecuencias y de posibles repercusiones negativas en el sujeto mismo, en la pareja, en el hijo.

En conclusión, el andrólogo se encuentra hoy en primer plano al tener que enfrentar el formidable problema de los métodos de la procreación asistida. Aun ante la tormentosa evolución del pensamiento ético sobre este tema, él, basándose en sus conocimientos técnicos, orientará su propia intervención y su juicio de acuerdo con los dictámenes de su conciencia, que le impone el máximo respeto por la personalidad, la dignidad y la contingente fragilidad psicológica de los actores; la salvaguardia de toda vida naciente y el rehusarse a trastornar las leyes naturales, sin olvidar jamás su tremendo y exaltante papel de “médico de la reproducción”, que le hace copartícipe, con el Creador y con la pareja, del designio divino de la Creación.

Bibliografía

- ¹ PIO XII, *Discurso a los participantes en el XXVI Congreso de la Sociedad Italiana de Urología* (8.10.1953), en: ANGELINI, F. (a cargo de), PIO XII. *Discorsi ai medici*, Roma: Ed. Orizzonte Medico, 1960: 296.
- ² PANAYATIS, M.Z., GOODPASTURE, J.C., *Clinical improvement of specific seminal deficiencies with a seminal collection device versus masturbation* (1989).
- ³ COMITE NACIONAL PARA LA BIOETICA ITALIANO, *Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche*, Roma: Presidenza del Consejo de Ministros, Departamento para la Información y Editorial, 5.5.1991: 9.

- ⁴ CONSEJO DE EUROPA, *Human artificial procreation*, 1989; Idem, Recomendación 1100, 1989; Parlamento Europeo, Resolución doc. Az 327/88, 16.3.1989.
- ⁵ MINISTERIO DE LA SALUD ITALIANO, *Comisión ministerial de expertos*, Informe presentado por el Presidente, Prof. F. Santosuosso, sobre: Proposte di disciplina della nuova genetica umana, publicado en "Giurisprudenza Italiana", 1986, CXXXVIII: 40; COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE francés, *Avis sur les problemes ethiques nes des techniques de reproduction artificielle*, 23.10.1984; CONSEJO DE EUROPA, *Human...*; Idem, Recomendación 1100...; Parlamento Europeo, Resolución doc. Az 327/88...
- ⁶ D'OTTAVIO, G. SIMONELLI, C., *Andrologia e psicopatologia del comportamento sessuale*, Roma: N.I.S., 1990.
- ⁷ Id., *Ibidem*.
- ⁸ MENGARELLI M., *Produrre la riproduzione*, Fondazione per gli studi sulla riproduz. umana, 1986.
- ⁹ BOLDRINI, F., *Aspetti della rivoluzione demografica e nuovi comportamenti psicologici della famiglia in rapporto alla inseminazione artificiale*, en: MARRAMA, P., CARANI, C., PASINI, W., BALDARO-VERDE, I., *L'inseminazione della discordia*, Milán: F. Angeli Ed., 1987: 127.
- ¹⁰ ZAVARONI, A., *Dizionario di sesso, amore e voluttá*, Milán: Marzotto, 1979.
- ¹¹ D'OTTAVIO y otros, *Andrologia...*
- ¹² ALEXANDRE, C., *De la difficulté d'être Saint-Joseph*, J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 1979, 8: 243.
- ¹³ DELAIS DE PARSEVAL, G., *Padre al padre*, Milán: Bompiani, 1982.
- ¹⁴ BOLDRINI, *Aspetti...*
- ¹⁵ CHELO, M. y otros, citada por D'OTTAVIO y otros, *Andrologia...*; CITTADINI, E. y cols., *La bioetica della riproduzione assistita* en AA. VV., *La sterilitá umana*, Palermo: Cofese Ed., 1990.
- ¹⁶ PASINI, W., *Aspetti psicologici della filiazione inabituale e dell'IAD*, en MARRAMA y otros, *L'inseminazione...*, p. 55.
- ¹⁷ JUVA, M., *Ethical and Moral Issues of in Vitro Fertilization*, en SEPPALA, M., EDWARDS, R.G., *In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, Annals N.y.a.s., 1986, 442: 585.
- ¹⁸ D'OTTAVIO y otros, *Andrologia...*
- ¹⁹ SBISA, M., citada por MENGARELLI, *Produrre...*
- ²⁰ CITTADINI y cols., *La bioetica...*
- ²¹ DE FAZIO, F., LUZZAGO, A., *Deontologia medica, responsabilitá professionale ed inseminazione artificiale umana*, en MARRAMA y otros, *L'inseminazione...*, p. 75.
- ²² PASINI, *Aspetti psicologici...*
- ²³ ALEXANDRE, *De la difficulté...*



Utero grávido, Leonardo da Vinci

La fecundidad en la esterilidad

Giuseppe Cesari*

Resumen

Fecundidad y fertilidad no son sinónimos: la primera pertenece a una dimensión propia y exclusiva de la "naturaleza humana"; la segunda se refiere a la sola dimensión biológica de la fecundidad. Partiendo de esta afirmación, el autor subraya cómo la naturaleza humana, que no se agota en las dimensiones orgánica y psicológica, encuentra su completa realización en la dimensión noética o del "logos". El hombre, en efecto, es el único ser viviente que se interroga sobre el sentido y el fin de sus acciones. Es en esta tercera dimensión en la que se encuentran las claves de lectura de los comportamientos y de los deseos humanos, como por ejemplo el deseo de tener un hijo. Sin embargo, tener un hijo no depende necesariamente del hacerlo: ser madre y padre es, antes y más que un hecho biológico (somatopsíquico), una realidad noética.

Introducción: la tesis

Estoy consciente de lo delicado e importante que es el tema que se me ha encargado, y espero que esta conciencia me acompañe y estimule a la seriedad en la difícil investigación.

* Catedrático de Psicoterapia. Universidad de San Diego, La Jolla (EUA), y Centro Interuniversitario Ticinese, Lugano (Italia).

Hablar de *fecundidad* en la *esterilidad* (verdadera fecundidad) puede parecer temerario, si no un insulto a la lógica y al rigor científico requeridos por el tema mismo, pero diré que me ciño a ofrecer algunas consideraciones convencidas porque creo que, en contraste con la aparente antinomia, *fecundidad* y *esterilidad* expresan conceptos, situaciones y realidades humanas que se ubican en planos diferentes.

Anticipando una posible conclusión (en realidad proponiendo la *tesis* de todo el razonamiento), creo que es necesario aclarar que la *esterilidad* y la *fertilidad* se colocan en el mismo plano como situaciones *opuestas*. Ambas condiciones son, en cierto modo, *pasivas* y referidas a las dimensiones biológicas del individuo humano, así como de todo ser sexuado que se reproduzca mediante la relación entre las dos expresiones (lo femenino y lo masculino) de una única naturaleza.

Así, considero que fecundidad y fertilidad no son sinónimos, ya que la primera pertenece a una dimensión propia y exclusiva de la *naturaleza humana* y la segunda a la *dimensión orgánica* (somatopsíquica) de todo ser viviente que se nos asemeje.

Efectivamente, la *naturaleza humana* no puede ser definida en forma total y exhaustiva sólo mediante las dos dimensiones de lo orgánico y de lo psíquico, sino que requiere (y le pertenece de manera propia y exclusiva) una tercera *dimensión* que podríamos llamar “noética” o del *logos*.

Por lo que se sabe (al menos en el estado actual de las investigaciones a nivel de psicología comparada), el individuo humano es el único ser viviente que se interroga sobre el significado, el sentido y la finalidad de sus acciones y de todo evento observable que, directamente o no, lo implique y/o le interese.

La dimensión somática obviamente nos pertenece, pero sabemos muy bien (y vamos descubriendo cada vez con mayor número de pruebas) que se trata de un patrimonio ampliamente compartido con los animales inferiores: piénsese de inmediato en los monos antropomorfos.

Se sabe que, incluso a nivel de patrimonio genético, las diferencias parecen cada vez más *marginales* y menos significativas. Todos sabemos que, con base en la amplia semejanza orgánica con estos animales (casi identidad), se hacen experimentos de trasplantes. Incluso se proyecta criar (el término causa aún —y a mi parecer, acertadamente— desconcierto y casi escándalo) monos (definámoslos genéticamente así), para

tener una especie de *banco* de órganos, tejidos y miembros; banco al cual acudir sin tener que esperar la muerte de un *donador* humano.

Está claro, entonces, que la dimensión orgánica, aun perteneciéndonos, no nos define (para estas y otras consideraciones que se podrían hacer).

Durante mucho tiempo se consideró que la actividad mental llamada superior (como, por ejemplo, el pensamiento operatorio abstracto) era de la exclusiva competencia humana, y en esta convicción científica (?) se basaron muchas “filosofías” y antropologías. Se pensaba que los animales inferiores (aun permitiéndoles algo que iba más allá del pavloviano reflejo condicionado) no superaban mentalmente el umbral del *pensamiento operatorio concreto*.

Sin embargo, han bastado investigaciones en profundidad y la adopción de métodos que permiten una mejor comparación de los resultados para descubrir que los animales inferiores en realidad no lo son tanto, si demostraban la capacidad de *inventar* máquinas como la palanca, la extensión telescópica de un instrumento y de comunicarse con un ser humano aprendiendo su lenguaje, aunque sea simbólico (al no estar en grado, por la conformación específica y el espesor de las cuerdas bucales, de articular los sonidos emitidos hasta convertirlos en palabras).

Cuando Koko, una hembra de gorila adiestrada desde 1982 por la profesora Paterson, de San Francisco, demostró ser capaz de aprender el lenguaje textual de los sordomudos, de decir “mentiras” para evitar ser castigada y de usar el mismo lenguaje gestual (en alternativa al “gorilense”) para hablar con Michael (su amigo gorila), se hace difícil establecer una frontera *cierta* entre actividad mental humana y animal (aun cuando sean evidentes todavía las diferencias cualitativas y cuantitativas). Resulta imposible, en cualquier caso, afirmar que sólo la mente humana es capaz de actividades y operaciones superiores. De aquí, entonces, la necesidad de tomar en consideración una referencia ulterior capaz de definir, de manera exclusiva, una característica únicamente humana.

Una *tercera dimensión*, que podemos llamar “noética” o existencial por la ya recordada *necesidad* de significado, de sentido y de finalidad. Es en esta tercera dimensión, en este *espacio mental* del *pensamiento* de los *valores* y de la moralidad de las acciones, donde puede encontrarse la clave de lectura de las aspiraciones y de los comportamientos

humanos. Todo pensamiento, toda elección, todo gesto adopta, por tanto, sentido humano en cuanto que es vivido en esta dimensión de los valores y de los significados.

Es en esta *instancia* que la realidad orgánica misma puede ser trascendida—más propiamente “sublimada”—y estructurar, aun cuando no físicamente, un equivalente *vivido*, que será experiencia que sacie de la necesidad original.

No es la *represión* de una necesidad fundamental (una verdadera necesidad básica), sino su saciamiento *humanamente* real, en tanto que *humanamente* experimentado y *leído* en su propio ámbito (propio del individuo humano), que es, precisamente, el del *logos*.

Sublimar la necesidad

Llegados a este punto, quisiera proponer la lectura —más propiamente la relectura en clave psicoexistencial— de un fragmento profético de interés inmediato para el tema que estamos abordando. Se trata de los versículos 3 al 5 del capítulo 56 de Isaías. Se lee en el Texto: “No diga el eunuco “Soy un árbol seco”, pues así dice Yahveh: Respecto a los eunucos *que guardan mis sábados y eligen aquello que me agrada y se mantienen firmes en mi Alianza*, yo he de darles en mi casa y en mis muros monumento y *nombre* mejor que hijos e hijas; *nombre eterno* les daré que no será borrado”.

¿Cómo puede Isaías, él, que vive tan intensamente la gran espera; que en sus profecías prenuncia al Cristo que debe nacer, amonestar al eunuco para que no se defina como “yo árbol seco”? Tal vez la explicación está indicada en las condiciones puestas para tener *un nombre* (y bien sabemos el valor en términos de contenido del *nombre* en el lenguaje del Antiguo Testamento): observar los Sábados del Señor, preferir sus cosas y permanecer firme en su Alianza.

En efecto, también Ezequiel (16, 14) afirma que “es mejor estar sin hijos y tener la virtud, puesto que en el recuerdo de esta está la inmortalidad por el hecho de que es reconocida por Dios y por los hombres”.

Esa inmortalidad es uno de los componentes fundamentales y propios del deseo de un hijo; una inmortalidad que puede obtenerla también el

eunuco con tal que satisfaga, saciándola, la necesidad de significado, de sentido y de finalidad de su vida, esto es, observar fielmente las leyes y permanecer firme en la Alianza.

El creyente se realiza en la relación con Dios —relación filial y de amor—, porque satisface toda *necesidad* leyendo toda su vida y su obrar a través de una *lente* que es propia de la dimensión noética de su naturaleza.

Me parece útil recordar lo que observa Freud sobre el tema. A propósito de los hijos y de la inmortalidad, en su *Introducción al narcisismo* dice que: “el niño debe satisfacer las necesidades y los deseos inapagados de los padres ... En el punto más vulnerable del sistema narcisista —la inmortalidad del Yo que la realidad pone radicalmente *in forse*— se obtiene seguridad refugiándose en el hijo” (*Obras*, VII).

Por otra parte, tener un hijo ha sido siempre tan importante que se ha vuelto un elemento que, junto con otras condiciones, en la antigua Roma atribuía a un hombre la dignidad del *pater familias*. Tener un hijo era, o debería ser, señal de madurez y estabilidad afectiva; señal de un compromiso educativo que va más allá de lo contingente; debería revelar a un hombre que asume la responsabilidad de criar a un *ciudadano* digno de Roma.

Resulta evidente —si todo lo dicho hasta ahora es cierto— que se trata de exigencias que no pueden eludirse, esto es, *o el hijo en la fertilidad o el saciamiento de la fecundidad*. Ahora bien, ¿cómo saciar una *fecundidad estéril*? Descubriendo, por ejemplo, que *tener un hijo* no está necesariamente condicionado por el *hacer* un hijo.

Ser madre, ser padre es, para el individuo humano, por su naturaleza, antes y más que un hecho biológico (somatopsíquico), una realidad noética. Descubriendo que, precisamente porque nuestra naturaleza puede expandirse en lo “espiritual”, posee la facultad de trascender —sublimándola— la satisfacción *inmediata* de la pulsión, de la necesidad original.

Tal vez sea oportuno recordar, a este propósito, que “la sublimación es un proceso que interesa a la libido objetual y consiste en volverse de la pulsión hacia una meta lejana y diferente de la satisfacción sexual” (para que el razonamiento no tropiece en imperfecto conocimiento y concordancia acerca del significado de los términos, recuerdo que en el

lenguaje psicoanalítico por *libido objetual* se entiende *l'investimento*, que podríamos llamar afectivo-dinámico, sobre un objeto —persona, acción, etcétera— externa al Yo, más que un *investimento* predominantemente centrado en el Yo).

Según Freud —y la observación parece importante para lo que venimos examinando— entre estas dos formas de *investimento* existe una especie de equilibrio energético: equilibrio por el cual, aumentando el *investimento* objetual, disminuye el narcisista y viceversa. Naturalmente, es importante darse cuenta de que cuanto mayor es el *investimento* sobre un objeto *externo* —y por tanto más satisfactorio—, tanto menor es la frustración del Yo, hasta gratificar plenamente al sujeto que, sublimando, satisface en forma simbólica la necesidad de base, en nuestro caso, hacer un hijo.

“En este proceso” —prosigue el fragmento freudiano que estoy citando literalmente— “el acento cae en la desviación respecto de la sexualidad. La idealización tiene un proceso que tiene que ver, a su vez, con el objeto. En virtud de ésta, el objeto, aun cambiando su naturaleza, es amplificado y psíquicamente elevado... La formación de un *ideal del Yo* se confunde frecuentemente con la sublimación de las pulsiones, con menoscabo de nuestra inteligencia de los hechos. No necesariamente quien ha renunciado a su propio narcisismo, dedicándose a un alto ideal del Yo, ha logrado sublimar, por eso mismo, las pulsiones libidínicas. Cierto es que el ideal del Yo exige tal sublimación, pero no para imponerla; la sublimación sigue siendo un proceso particular cuya puesta en marcha puede ser solicitada por el ideal... Como sabemos, la formación de un ideal aumenta las exigencias del Yo... La sublimación ofrece una salida en virtud de la cual *las exigencias del Yo pueden ser satisfechas sin dar lugar a remoción alguna*. Nuestra *conciencia moral* desempeña la función de vigilar a fin de que, mediante el ideal del Yo, se garantice la satisfacción narcisista y se observe constantemente al Yo actual, comparándolo con este ideal”.

Esta página del Maestro del psicoanálisis parece fundamental (aunque sea de 1914 y requiera de sucesivas profundizaciones y elaboraciones) y su lectura debería ser propuesta para comprender cómo incluso un enfoque psicodinámico y clínico confirma la posibilidad de vivir la fecundidad como valor, así como de vivir de manera satisfactoria el natural deseo/necesidad de maternidad y de paternidad: esta pulsión

fundamental que empuja a todo ser humano a la relación, al diálogo vital. También es importante hacer notar —como condición necesaria para poner en marcha y solicitar el proceso de sublimación— la importancia de la propuesta de ideales, de metas noéticamente significativas para el sujeto, esto es, existencialmente capaces de dar satisfacción.

Podríamos decir que es necesario prever y predisponer objetivos a los cuales sea *atractivo* tender, de manera que la pulsión, el deseo, la necesidad de realización personal se *canalicen* naturalmente por una satisfacción incluso *narcisista*; que contradiciendo formal y aparentemente el término (narcisismo) satisfaga la tensión humana hacia la fecundidad, que es, básicamente, necesidad de amor, de dar amor, de relación afectivamente significativa con el otro.

El verdadero problema de la fecundidad, por lo demás, es la relación *dialógica*, porque otra característica de nuestra naturaleza es su *dialogicidad*. Piénsese en la palabra que, como significado y valor humano, se realiza en la escucha acogedora; piénsese en la mirada, que cobra luz y sentido iluminador si se dirige a un objeto de amor que mire recíprocamente y quiera ser mirado, y así con cualquier expresión y/o acción que sólo es *humana* si dialógicamente se entiende y se vive. Es también por estas razones por lo que la relación conyugal sexual, aunque sea infértil o estéril —por tanto, carente de poder procreador—, conserva su importancia como signo de amor de fecundidad del amor.

Porque si amar —como explica Fromm— consiste en la capacidad de darse al otro (en la actitud que acertadamente llama *oblativa*), la donación de sí es la que es *fecunda* por naturaleza. El acto sexual de los cónyuges es esencialmente un acto de servicio de la vida humana, de la vida del otro, inmediatamente, porque satisfaciendo en el/la que ama el deseo de pertenencia, permite al otro ser igual y recíprocamente satisfecho.

El sueño, el mito, los roles

Tal vez sea útil considerar también que los *sueños*, las experiencias y lo *vivido*, propios de la maternidad y de la paternidad, no pertenecen sólo a la dimensión consciente de nuestro ser.

Maternidad y paternidad implican la *historia* y las *fantasías* de los sujetos. Una incidencia tienen también los *mitos*, que pueden ser

definidos como la infancia de la historia y están ligados a las fantasías a las que hacen referencia. El mito, frecuentemente, es un fantasear la historia; es un construir la historia con la fantasía, bebiendo, tal vez, en ese inconsciente colectivo ancestral que conserva, en lo profundo del ánimo humano, memorias *olvidadas*, pero reales, de un importante pasado lejano.

Hay que tener en cuenta también estos factores para comprender que, en positivo y en negativo, maternidad y paternidad no se han de considerar reductivamente como efecto psicosocial y orgánico del fenómeno reproductivo. Aunque sólo sea porque el hijo/la hija no es nunca (incluso biológica o genéticamente) una simple *reproducción* de los padres, sino que, en realidad, son hijo/hija en cuanto reconocidos y elegidos como tales. Y luego porque maternidad y paternidad expresan contenidos, ideales, valores y comportamientos *agiti* en diversos contextos y no sólo en el ámbito familiar.

Maternidad y paternidad son sueño, mito y experiencias vividas que pertenecen no sólo a la genética, sino al normal proponerse relacional humano incluso fuera del contexto de la consanguinidad.

Basta pensar en el *esquema* del análisis transaccional de Berne, por ejemplo, para descubrir cuántas veces se propone en las relaciones humanas normales y cotidianas la relación Progenitor-Niño, absolutamente fuera de cualquier esquema familiar. Bien se sabe que toda persona puede ser (actuar y hacerse) Progenitor y/o Hijo de otra persona, con las satisfactorias experiencias de vida relativas. Más aún, el descubrimiento de este *juego de roles* es lo más sorprendente que se puede captar en la cotidiana relación de todos nosotros.

Descubro que yo puedo ser *padre* (Progenitor) de quien me proponga como *hijo* (Niño); Progenitor incluso de mi padre o de mi madre. En el juego de roles de nuestras relaciones adoptamos —consciente o inconscientemente— actitudes que tienen sus respectivos contenidos emotivos y afectivo-dinámicos.

También aquí maternidad y paternidad se salen del estrecho esquema biogenético, para ubicarse en el más amplio y tendencialmente infinito contexto de la fecundidad del amor. He aquí entonces, por ejemplo, que incluso la adopción supera inmediatamente los límites jurídico-formales, aunque sean necesarios, para volverse relación de amor fecundo en sí misma, aquella que me hace padre/madre, que me hace hijo/hija.

En verdad, la realidad humana no se restringe, reductivamente, a lo somático y a lo psíquico, sino que vive de significado, de sentido y de finalidad. Maternidad y paternidad son situaciones afectivo-dinámicas y comportamentales que contienen un patrimonio de afectos, de energías, de fantasías, de sueños y de pensamientos. En una palabra, de experiencias de vida que invisten y pueden ser *gastados* en diversos contextos y proyectos de vida y que superan al ámbito de la familia que, no obstante, sigue siendo importante, incluso fundamental y vital.

Después de todo, no es casual el fenómeno, ampliamente puesto de relieve, que la fecundidad (entendida y actuada en su profundo, humano significado noético) ha activado la fertilidad en parejas anteriormente estériles, que siguieron siendo tales, incluso (y no obstante), después de haber recurrido a métodos de fecundación artificial. Véase, a este propósito, la experiencia de los Centros franciscanos que, al primer encuentro con la pareja estéril, hacen firmar un compromiso para la adopción, siempre que la fecundación, asistida de cualquier manera o artificialmente practicada, no obtenga el resultado deseado. En muchos casos, *después de la adopción*, la pareja se vuelve fértil. La fecundidad, actuada adoptando/amando, ha puesto en marcha procesos bioquímicos y orgánicos inesperados, donde bien se puede hablar de somatizaciones.

Así, Fromm tiene una vez más la razón: “Quien ama de veras, ama al mundo entero, no sólo a un individuo en particular” (*Tener o ser*). Entonces es cierto, que si somos capaces de Amor (y esta vez la inicial es mayúscula) podemos hacernos/ser “hermano, hermana y madre” del mismo Autor de la vida.



Embarazo en décima semana de desarrollo

La fecundación artificial ante la ética

*Elio Sgreccia**

Resumen

El rápido desarrollo de las técnicas de fecundación artificial ha suscitado muchos problemas de naturaleza ética (ético-médicos, ético-jurídicos, ético-económicos), pero las cuestiones éticas fundamentales se refieren a la supresión y/o manipulación de la vida embrional en el curso o a causa de las técnicas de fecundación artificial; la escisión entre conyugalidad y genitorialidad en el seno del matrimonio y de la familia, y la división entre las dos dimensiones (unitiva y procreativa) del acto humano. A la luz de las enseñanzas del Magisterio católico sobre el tema, enseñanzas explicitadas, especialmente, en la Instrucción "Donum Vitae", el autor proporciona las claves de lectura para un mejor discernimiento de aquellas técnicas que respetan la dignidad del embrión humano y la integridad del acto esponsal y de la institución familiar.

Los niveles de la problemática ética

Ha transcurrido más de medio siglo desde las primeras inseminaciones artificiales practicadas en Italia; quince años nos separan ya del nacimiento

* Secretario del Pontificio Consejo para la Familia; Director del Instituto de Bioética, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

de Louise Brown, la primera bebé *concebida* en probeta; han pasado casi cinco años desde la publicación de la *Instrucción Donum Vitae* de la Congregación para la Doctrina de la Fe que, en nombre del Magisterio católico, expresó el rechazo de las técnicas de procreación artificial. Ahora podemos ver las cosas con un cierto distanciamiento y con una más tranquila consideración de los significados y de los valores en juego.

La expansión del fenómeno está acompañada también de voces de alarma y de preocupación provenientes no sólo del mundo eclesial, sino también del mundo laico: “Las nuevas técnicas de reproducción humana constituyen una serie de violencias hechas a las mujeres cuyo cuerpo es utilizado, de ahora en adelante, como un laboratorio y como un campo de experimentación”.¹ En el periódico *La Croix*, la escritora C. Labrusse-Riou escribía en 1987: “Estamos a punto de abrir supermercados de la reproducción en los que el hijo es objeto de mercadeo; reducimos a hombres y mujeres a la condición de máquinas que, como en la producción industrial, estarán pronto sometidos a las leyes del rendimiento y de la utilidad con el pretexto del principio de la libre disposición de uno mismo”.²

Igualmente se lee en el prólogo del filósofo M. Serres al libro de J. Testart, *L'oeuf transparent*, que las nuevas técnicas de procreación artificial tienden a borrar los confines entre el conocimiento de la naturaleza del hombre y el dominio sobre la naturaleza del hombre mismo, llegando incluso a la pérdida de la noción de hombre y de humanidad.³ Cuando, al amanecer, el condenado a muerte iba al patíbulo -observa Serres-, no se necesitaba la filosofía para seguir reconociéndolo como hombre y de todos modos se podía decir: ¡*Ecce homo!* En cambio, cuando, atrás de las parejas que no sufren de otra cosa que de exceso de nutrición y a veces de esterilidad, se entreven millones de personas que mueren de hambre y que están condenadas a muerte por egoísmo nuestro, se constata la total *smarrimento* de la noción de hombre y el individuo humano es inmolado sin que se pueda decir ¡*Ecce homo!*

Se podría continuar citando otros testimonios de disensión respecto de la procreación artificial, pero quisiera detenerme el mayor tiempo posible en el plano de la reflexión ética —objetiva y sistemática—, sin ignorar, no obstante, las voces de cuantos defienden enconadamente la validez de la procreación *médicamente asistida*.⁴

Mi intervención será, entonces, una síntesis de todo lo que se ha escrito en los últimos años sobre este tema, repleto de implicaciones éticas y filosóficas.

Con una finalidad de ejemplo podemos clasificar los problemas éticos que surgen del recurso a las técnicas de procreación artificial como sigue:

a. Problemas éticomédicos, que surgen en la fase de ejecución de las técnicas de procreación artificial y que podrían ser superados con el perfeccionamiento de la práctica médica. Baste pensar en los riesgos de la estimulación ovárica, que —si no se lleva a cabo de una manera atenta y personalizada— puede dar lugar al síndrome relativo o comportar una plurigemelaridad; o en la recogida y conservación del semen en los bancos de esperma, que —si no es sometido a un rastreo— podría comportar el riesgo de transmisión del SIDA o de una enfermedad genética.

b. Problemas éticojurídicos, que son de alcance más grave en cuanto que tocan la esfera de las relaciones sociales y conciernen al bien común y al derecho, aun cuando surgen de opciones personales. Entre los problemas éticojurídicos recordamos el anonimato del donador, la genitorialidad jurídica no coincidente con la biológica y el *derecho de propiedad* sobre los gametos o sobre los embriones congelados.

c. Problemas éticoeconómicos, que han salido a la luz en estos últimos años.⁵ No se pretende a este propósito hacer referencia sólo al hecho de que el recurso a las técnicas de procreación artificial comporta cargas económicas exorbitantes respecto del resultado exiguo que se obtiene, en cuanto que de inmediato se haría la objeción de que frente a la ventaja de dar un hijo a una pareja estéril incluso un sacrificio económico grande estaría justificado, sino que se quiere evidenciar que se está dando pie a una especie de *mercantilización del cuerpo*, como, por ejemplo, en la recogida del semen tras una compensación y en el arriendo del útero tras de contrato.

Es de preguntarse, también, si ante logros tan escasos —a menudo hinchados artificialmente— y de tan alto costo y graves problemas éticos, no existan, tras el fenómeno de la *procreación artificial*, fuertes intereses económicos por parte de quienes sacan de ello crecientes ventajas, y no sólo en términos de reputación científica.

Después de estos breves apuntes, deseo detenerme más prolongadamente en los problemas *éticos fundamentales* de la procreación

artificial que se refieren: 1. a la supresión o manipulación de la vida embrional en el curso de los procedimientos de procreación artificial; 2. la genitorialidad múltiple y la escisión entre conyugalidad y genitorialidad en el seno del matrimonio y de la familia; y 3. la escisión del acto procreativo de su dimensión personalista y espiritual.

Al abordar estos problemas *éticos fundamentales* de la procreación artificial se puede hacer referencia —como ocurre en toda la reflexión bioética— a diversas concepciones filosóficas y antropológicas, mismas que condicionan el debate sobre el tema y pueden, por tanto, llevar a conclusiones divergentes.

La visión antropológica a la que me referiré es la del *personalismo ontológicamente fundamentado*, orientado al bien verdadero y objetivo de la persona humana y de toda persona humana. Este enfoque, que rechaza el individualismo ético y el utilitarismo pragmático, concuerda con las posiciones de la moral católica, pero tiene una justificación racional propia.

No disponemos de espacio aquí para dilucidar esta premisa por lo que remitimos a otros trabajos nuestros sobre el tema.⁶

Los problemas éticos fundamentales

Antes de entrar en el análisis de los problemas éticos fundamentales, quisiera precisar a qué definición de procreación artificial me referiré. Sobre la *scorta* de cuanto se explicita en la *Instrucción Donum Vitae*, considero como *procreación artificial* todas aquellas técnicas que, en el intento por superar una causa de infertilidad, llevan a cabo una *sustitución del acto conyugal fértil*, comportando la disjunción de su dimensión unitiva de la procreativa.

El término *artificial* no equivale, por esto, al empleo de la técnica, que en sí puede ser utilizada lícitamente en muchos campos de la medicina y, por tanto, también en caso de esterilidad cuando puede ayudar a hacer más eficaz el acto procreativo fértil ya expresado por los esposos. El término *artificial*, en este caso, se opone a “personal” o “natural” y no comporta la condena global de la tecnología. *Artificial* es, por esto también, la inseminación cuando *sustituye* —por procedimientos técnicomecánicos— un acto unitivo en sí no fértil (y en tal caso se define

como *inseminación artificial propiamente dicha*), mientras no es artificial una intervención, incluso técnica, que busca favorecer el encuentro de los dos gametos después de un acto conyugal naturalmente completo y en sí válido para la procreación.

Es siempre *artificial* la *Fecundación In Vitro* y *Embryo Transfer* (F.I.V.E.T.) y la *Gamete Intra Fallopiian Transfer* (G.I.F.T.) cuando se lleva a cabo de una manera causativamente distinta del acto conyugal.

En cambio, son ciertamente terapéuticas y *no artificiales* las intervenciones médicoquirúrgicas, como la microcirugía o el cuidado de las infecciones o de las disendocrinias, que buscan restituir al organismo su fertilidad potencial.

a. Procreación artificial y protección del embrión humano

Es de todos conocido que en la aplicación de algunas técnicas de procreación artificial (en primer lugar la F.I.V.E.T, pero a veces también la G.I.F.T.) un cierto número de embriones son dispersados o se conservan como “sobrante” congelados.⁷ Basta pensar que el porcentaje de éxito de la fecundación *In vitro*, calculado con base en la relación oocitos fecundados/niños nacidos vivos, no supera el 5 por ciento.⁸ Si es cierto, entonces, que en el mundo habrían nacido hasta ahora con la Fertilización *In vitro* por lo menos 33,000 niños, y ¡los muertos durante estos tratamientos o congelados en nitrógeno líquido serían 627,000 (660,000 - 33,000)! Pero no es sólo una cuestión de números porque a estos embriones habría que añadir los perdidos mediante otras técnicas de procreación artificial. Se trata, en realidad, de un nuevo camino hacia la interrupción del embarazo debida no al rechazo del hijo, sino a la búsqueda del hijo a toda costa.

A este propósito, algunos moralistas han querido dar una justificación y una cualificación de inocencia a la pérdida de estos embriones: hay quien dice que la pérdida de estos embriones no puede ser imputada ni al ginecólogo, cuya labor está encaminada únicamente a hacer nacer una vida, y por lo que no puede achacársele un aborto no provocado, ni a los padres, que buscan un hijo y luego, contra su voluntad, lo ven morir *espontáneamente*.⁹

Se agrega, además, que son altos los porcentajes de abortos espontáneos debidos a los procesos naturales y no se entiende por qué se habría

de culpar a quien se ve obligado a registrar estas pérdidas en el ámbito de los procedimientos de procreación artificial.

Con razonamientos muy semejantes, este punto de vista es sostenido también por E. Curran, H. W. Jones y P. Vespieren.¹⁰ El meollo de su razonamiento estriba en aplicar, a ambos casos, el principio de lo voluntario indirecto. Ahora bien, en el caso de la fecundación artificial no se puede aplicar el *principio de lo voluntario indirecto* porque la condición esencial de su aplicabilidad es que la acción directamente pretendida sea la lícita y el efecto negativo sea el indirecto y, además, el efecto negativo no constituya el medio para lograr el efecto positivo. En el caso de la Fertilización *In Vitro*, el efecto negativo (desperdicio de embriones y su producción “sobrante”) es medio y condición para obtener el efecto considerado positivo y, entre otras cosas, raramente conseguido.

Por lo demás, nunca se puede reproducir voluntariamente un hecho natural negativo, así como no se podría justificar una guerra ofensiva con pérdida de vidas inocentes con el razonamiento de que también los terremotos producen pérdidas de vidas humanas. Donde entra la previsión de una concatenación cierta de hechos y la opción de actuar esta serie de eventos entra en juego la responsabilidad del sujeto agente.

No pienso que alguien pueda sostener la reproducibilidad, éticamente hablando, de los desastres naturales. Cuando la naturaleza produce desastres, lo más que hay que hacer es corregirla, no imitarla y esto nos lleva a concluir que, por el contrario, existe una obligación, en los límites de lo posible, de prevenir e incluso de evitar la abortividad natural.

Sin embargo, el verdadero caballo de Troya para superar la dificultad ética de la pérdida de los embriones ha sido la invención del concepto de *preembrión* y, en general, la propuesta de la *concepción gradualista* acerca del valor de la vida prenatal. El rebajar al embrión humano a simple *racimo de células* en los primeros días (6 ó 14 según las teorías) es una de las invenciones más tenazmente defendidas en el momento actual por algunos centros que se definen como laicos a los que se juntan —incluso con grave responsabilidad— algunos teólogos y moralistas católicos.¹¹

No me detendré en recordar las razones de tipo biológico aducidas en defensa de la teoría del *preembrión* o *proembrión*, como la gemelación, el inicio o la culminación del anidamiento, la aparición de la estría primitiva, la formación del sistema nervioso, razones que en diversas

ocasiones han sido refutadas por diversos autores, entre ellos Angelo Serra.¹²

Debo recordar, en cambio, otras razones que se esgrimen para defender la teoría gradualista, razones tomadas del campo socio-psicológico.

Según algunos autores, en efecto, el recién concebido no tendría aún una realidad y una dignidad humanas; se trataría sólo de una realidad *potencialmente* humana o incluso de una pura posibilidad de humanidad, porque no es consciente todavía y no está dotado del órgano de la conciencia, el cerebro.¹³ Por consiguiente, esto que podría ser humano, pero que aún no lo es, no se debería considerar igual que lo que actualmente es un ser humano y no se le debería reconocer obligatoriamente ni siquiera el derecho a la existencia.

Leamos a este propósito lo que ha sostenido H. T. Engelhardt, quien, no evidenciando en el embrión y en el feto aquellas características, según él, propias de la persona, esto es la autoconciencia, la racionalidad y el sentido moral, escribe: “no todos los seres humanos son personas. Los fetos, los infantes, los retrasados mentales graves y quienes están en coma sin esperanza de recuperación constituyen ejemplos de no personas humanas. Tales entidades son miembros de la especie humana. No tienen estatuto en sí y por sí, en la comunidad moral. No son participantes primarios en la empresa moral. Sólo las personas humanas tienen este estatuto”.¹⁴

También P. Singer sostiene que es persona quien posee autoconciencia, autocontrol, sentido del pasado, sentido del futuro, capacidad de ponerse en relación con los demás, *riguardo* para los demás, comunicación y curiosidad. Por esto, si el valor de la vida depende del ser personas, hay que “rechazar la teoría según la cual la vida de los miembros de nuestra especie tiene más valor que la de los miembros de otras especies. Algunos seres pertenecientes a especies diversas de la nuestra son personas; algunos seres humanos no lo son. Ninguna valoración objetiva puede atribuir a la vida de seres humanos que no son personas mayor valor que a la vida de otras especies que lo son (por ejemplo, los monos antropomorfos). Por el contrario, tenemos razones muy fuertes para dar más valor a la vida de las personas que a la de las no personas. Y así, parece que es más grave matar, por ejemplo, a un chimpancé, que a un ser humano gravemente menoscabado, que no es una persona”.¹⁵

Análoga es la teoría proveniente de los positivistas y de manera particular de los conductistas,¹⁶ según los cuales el criterio de reconocimiento de la personalidad o individualidad humana deriva del examen del comportamiento. Puesto que en el caso del embrión no sería posible captar manifestaciones que indiquen un comportamiento humano, el único comportamiento al que es posible referirse es el materno, y sólo con base en él sería posible reconocer o no la existencia de un nuevo ser humano. Es la teoría de la *relación constitutiva*:¹⁷ el embrión se volvería persona sólo en el momento en que entra en relación con la madre, esto es, la humanización del embrión dependería de la capacidad de la madre para reconocer su presencia y su valor.

Finalmente, hay quien subordina la humanidad del embrión a la *intención procreadora* de los padres desde el momento en que han sido puestas las premisas para la concepción,¹⁸ por consiguiente, un embrión no deseado o fruto de una violencia carnal no habría de ser considerado como un ser humano.

Frente a estas diversas opiniones, todas concordantes en el enfoque gradualista, la Congregación para la Doctrina de la Fe consideró necesario intervenir con la *Declaración sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* a fin de volver a definir el estatuto del embrión humano. Esta temática fue objeto de estudio también por parte del Comité Directivo del Centro de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, que el 22 de junio de 1989 hizo público un documento titulado *Identidad y estatuto del embrión humano*.

En los dos documentos citados se reitera, a la luz de los datos de la genética y de la biología, que el embrión humano, *desde el momento de la concepción*, es individuo de la especie humana, es objeto activo de su propia construcción y autónomo en su crecimiento. Es con la fecundación como sobreviene “la mutación sustancial y se constituye un nuevo ser humano; la gradualidad se refiere a las mutaciones accidentales”.¹⁹

Quien considera que es en el 14° o en el 40° día cuando el ser humano se individualiza debería explicar por qué y por cuál principio activo el “racimo de células” se hace individuo, y si hay un *principio activo* esto es señal de una presencia del principio animador, es decir, del alma.

La reflexión filosófica —que tiene como finalidad evidenciar cuál es la relación entre la conclusión biológica y el concepto de individuo

humano entendido en su totalidad de ser personal y de explicar, al propio tiempo, la relación que se establece entre el período de vida embrional y la expansión de la personalidad plenamente desarrollada— no puede dejar de concluir que el embrión humano, aun encontrándose en una fase particular de su existencia en la que la forma humana exterior, tal como somos llevados comúnmente a pensarla, no se ha expresado todavía, *no es una pura potencialidad, sino más bien una sustancia viviente e individualizada.*²⁰

Desde el momento de la fecundación, es capaz de guiar hasta la maduración una corporeidad que sirve para expresar, como en una epifanía histórica y terrena, las grandezas inconmensurables del espíritu humano. Efectivamente, el embrión humano es un ser en el que el principio del desarrollo y del cambio está, como en todas las sustancias vivientes, dentro de la sustancia misma. Es entonces equívoca y desviante la expresión según la cual el embrión es un hombre en potencia; el embrión es en potencia un niño, o un adulto, o un anciano, pero no es un individuo humano en potencia; este ya lo es en el acto.

La unidad sustancial íonsita en el óvulo fecundado revela en su desarrollo una *continuidad sustancial*, precisamente porque el principio del desarrollo y del cambio está dentro de la sustancia misma. Por tanto, no se pueden concebir existencias diversas y sucesivas del mismo embrión viviente y esto está plenamente en conformidad con el dato experimental y embriológico.

Partiendo de esta comprobación se debe concluir, bajo el perfil lógico y racional, que ontológicamente hay identidad en todo el transcurso del desarrollo de esa única individualidad que, una vez nacida, debe ser reconocida por todos como poseedora de la cualidad y de la dignidad de persona humana. Y si desde el punto de vista psicológico y social la persona se realiza como personalidad en un largo camino de intercambios relacionales y culturales con el ambiente, su existencia debe plantearse desde el momento en que es puesta en ser su individualidad biológica: “¿Cómo un individuo humano no habría de ser persona humana?”²¹

Aunque en el embrión no se adviertan esas características que consideramos propias de una persona, hay que tener presente, sin embargo, que el embrión está, en sí, finalizado a ser esa persona. Puesto que el fin no es sólo la conclusión de un decurso o, como en este caso, de un desarrollo sino que está ya presente en lo que a él se orienta y

determina, se deduce de ello que ese cigoto humano que está destinado a ser esa persona lo es ya desde el inicio de su aparición.

Por lo que se refiere a las teorías relacionistas o de la “relación constitutiva”, es necesario responder que no es la relación la que constituye al ser humano, sino al contrario, y hay que hacer notar que, a su modo, el embrión mantiene una relación activa con la madre desde el momento de la fecundación.

La *Instrucción Donum Vitae*, mientras que no ha querido pronunciarse intencional y declaradamente sobre particulares teorías filosóficas concernientes a la definición de persona, ni quiso reanudar o definir el antiguo problema que se refiere al momento de la infusión del alma, ni quiso, finalmente, entrar en discusión con las varias objeciones al estatuto antropológico del embrión humano—objeciones que dice conocer—afirma, en cambio, que el embrión humano debe ser respetado como persona desde el momento de la concepción.²²

Si la reflexión biológica y filosófica nos lleva a reconocer al embrión humano como *individuo* de la especie humana y desde el punto de vista ontológico, como *persona humana*, entonces se debe reconocer que detenta derechos fundamentales, entre ellos, el derecho a la vida.²³

Aunque no fuera totalmente cierta o para quien no está suficientemente informado, la identidad personal del embrión humano y el comportamiento a su respecto no pueden ser modificados. La sola duda acerca de la identidad personal del recién concebido obliga moralmente a actuar de tal manera que se evite cualquier peligro a su respecto, en cuanto que se podría incurrir en el riesgo de suprimir a un ser humano, lo que es un acto moralmente inaceptable.

Por este motivo, el Magisterio católico, mientras ha dejado y deja todavía discutir sobre la cuestión teórica de la animación, ha sostenido siempre clara y vigorosamente la obligación moral de comportarse respecto del embrión humano desde el momento de la concepción como respecto de una persona humana.

De esta manera, si se reconoce al embrión humano como individuo humano, consecuentemente se debe reconocer la obligación de su protección jurídica y asegurarle, en primer lugar, el derecho a la vida y a la integridad física y genética. La vida del embrión humano debe ser reconocida como *inviolable y no instrumentalizable* para ningún fin externo, ni siquiera para la investigación experimental científica o médica ni para

proporcionar células o tejidos con finalidad farmacológica o de trasplante ni para la producción de otros seres humanos mediante la clonación.

Por una parte, las legislaciones sobre la interrupción voluntaria del embarazo,²⁴ aunque reconocen la dignidad humana del embrión, han abdicado del deber de asegurarle una protección adecuada; por la otra, hay que poner de relieve que en estos últimos años, a nivel jurídico, existe una mayor sensibilidad respecto del embrión humano y de sus derechos. Queremos recordar estos documentos y estos hechos incluso aunque sólo sea para responder a cuantos consideran que “el mundo civil” daría por descontada y acogida la teoría gradualista.

Basta recordar la *Recomendación 1100* del 2 de febrero de 1989 del Consejo de Europa sobre la utilización de embriones y fetos humanos en el ámbito de la investigación científica,²⁵ la cual, retomando los contenidos de la *Recomendación 934/1982* y de la *Recomendación 1046/1986*, confirma la identidad y la individualidad del embrión humano desde el momento de la fecundación y requiere, consecuentemente, que el embrión y el feto humano deben beneficiarse, en cualquier circunstancia, del respeto debido a la dignidad humana. Queda alguna duda sobre los contenidos de la *Recomendación 1100/1989* en materia de experimentación en embriones humanos preimplantables no viables. En el artículo 5 no se especifica si en tales embriones, no viables antes de la implantación, se permite la experimentación además de la investigación. En realidad, mientras la investigación puede llevarse a cabo de tal manera que se respete la integridad y la dignidad del embrión, la experimentación implica la intervención en el embrión que puede ser dañado con ello y puede a veces incluso morir.

A la luz de todo lo que anteriormente precisaba la *Recomendación 1046/1986*, se puede deducir que la *Recomendación 1100/1989* permite la investigación pero no la experimentación en embriones preimplantables no viables, aun cuando tal interpretación es puesta en duda por el artículo 14, donde se manifiesta una cierta tolerancia respecto de aquellos Estados que permiten la experimentación en embriones y fetos no viables.

Una disposición semejante se da en dos resoluciones del Parlamento Europeo: la *Resolución A2-372/88* sobre problemas éticos y jurídicos de la manipulación genética y la *Resolución A2-372/88* sobre la fecundación artificial *in vivo* e *in vitro*.²⁶

Las últimas señales, tal vez las que han suscitado más resquemor en este lento camino hacia el reconocimiento del embrión humano, proceden de Estados Unidos. Por una sentencia del 3 de julio de 1989, la *Corte Suprema Norteamericana* declaró la constitucionalidad de un principio ya fijado por la ley del Estado de Missouri, esto es, que *la vida humana se inicia desde la concepción*. Por consiguiente, el derecho de la mujer a acceder a la interrupción del embarazo está limitado por el derecho a la vida del que va a nacer. Hay que subrayar, sin embargo, que este derecho a la vida es reconocido de modo parcial. En efecto, mientras se ha suspendido el financiamiento público a los hospitales que practican la interrupción voluntaria del embarazo, no se prohíbe la ejecución en las clínicas privadas; a la mujer, además, se le deja la posibilidad legal de acceder al aborto aunque sea limitada a las primeras veinte semanas de embarazo. La novedad emerge, de todos modos, si se tienen en cuenta las normas precedentes que lo basaban todo únicamente en la libertad de la mujer.

Sucesivamente, la *Corte del Estado de Tennessee*, por sentencia del 21 de septiembre de 1989 en una causa de divorcio, decidió confiar a la madre genética siete embriones crioconservados para poder proceder a la implantación en el útero, partiendo del principio de que la vida individual humana se inicia desde la concepción y desde ese momento debe ser respetada y defendida. Como se sabe, a esta Sentencia siguieron otras dos que no reconocían ese estatuto jurídico al embrión.²⁷

Se espera que los pronunciamientos a nivel europeo y las Sentencias estadounidenses sean, al menos, el primer tímido paso hacia el reconocimiento total del derecho a la vida del embrión humano desde la concepción, y que este ejemplo sea seguido también por otros países, como hicieron recientemente Alemania y el Estado de Louisiana.²⁸

La consideración ética sobre el embrión humano también puede ser desarrollada a la luz de la Revelación divina. A este propósito debemos subrayar una verdad que ilumina la cuestión de la identidad humana y personal del embrión, esto es, que Dios es Señor de la vida humana y Creador: "En el origen de toda persona humana hay un acto creativo de Dios; ningún hombre viene a la existencia por azar: es siempre el término del amor creativo de Dios".²⁹

Por consiguiente, a la pregunta: "¿Cuándo me creó Dios?", el hombre racionalmente no puede dejar de responder que Dios lo creó en el origen

de su ser, o sea, en el momento mismo de la concepción, puesto que no es posible momento alguno de su ser que no sea el término del acto creador de Dios.

Después de este breve análisis de las objeciones que se hacen a la identidad y el estatuto personalista del embrión y del feto, objeciones que hemos tratado de refutar, me resulta espontáneo sacar dos conclusiones: 1. el no reconocer el comienzo de la vida individual humana desde la concepción es, en realidad, una teoría instrumental para justificar la supresión de los embriones precoces, supresión vinculada con la procreación artificial extracorpórea, y con la experimentación por lo demás ya puestas a punto y utilizadas; 2. en la base de todas estas teorías se advierte una concepción funcionalista y fenomenológica de la persona, la cual es valorada por sus operaciones y expresiones exteriores. Se niega, de hecho, el concepto ontológico de ser humano, cerrándose así la pregunta sobre cuál es el principio activo y estructurador que guía, explica y justifica el desarrollo del ser humano y lo mantiene siempre idéntico a sí mismo sin soluciones de continuidad. Esto llevaría a postular obligadamente -para poder dar razón del proceso- una esencia que “forma”, estructura, anima, unifica y guía el desarrollo. Pero esta es la explicación metafísica a la que el mundo biológico reduccionista a menudo vacila en llegar, limitándose a la explicación del “cómo” sin plantearse la filosofía del “por qué”.

Esta carencia filosófica de carácter metafísico explica la dificultad del diálogo entre las opiniones opuestas.

b. Fecundación artificial y unidad de la familia

Un segundo problema ético fundamental planteado por la procreación artificial, particularmente la heteróloga, lo representa la *unidad de la familia*. Efectivamente, el deseo de un hijo, a veces enfatizado hasta tal punto que se le considera un “derecho al hijo”, induce a algunas parejas a recurrir a la donación de gametos masculinos y femeninos o de embriones. Así, la fecundación artificial heteróloga introduce en la intimidad conyugal a un tercer o cuarto *partner* comprometiendo un bien fundamental del matrimonio —la unidad entre los dos esposos— y lesionando el “derecho exclusivo para los esposos de convertirse en padre y madre sólo uno a través del otro”.

Esto quiere decir que incluso si los cónyuges están de acuerdo en recurrir a la fecundación heteróloga, sigue existiendo siempre el carácter alterativo de la unidad esponsal parental como consecuencia de la donación de gametos.³⁰

La alteración de las relaciones interconyugales desemboca, inevitablemente, en la alteración de las relaciones parentales-filiales. El que va a nacer será hijo de progenitores diversos: puede tener un doble padre y una madre, o un padre y una doble o triple madre. Todo esto puede ser obstáculo para el niño tanto para individualizar su propia identidad biológica y jurídica como para la maduración psicológica. En cualquier caso, esto es contrario a la concepción monogámica de la familia y al verdadero bien del hijo.

El mantener el anonimato acerca del hecho mismo de la procreación artificial o respecto de la identidad del progenitor o de los progenitores biológicos lesiona, ciertamente, una exigencia ética, además de un derecho del hijo de conocer a sus propios padres.

Muchas otras son las situaciones paradójicas y éticamente inaceptables que pueden verificarse en la donación de los gametos: piénsese en la inseminación artificial o en la fecundación *in vitro* heterólogas en mujer soltera, viuda u homosexual, o en el hecho de que con una donación de espermatozoides anónimo se inseminen varias mujeres con la posibilidad de matrimonios consanguíneos entre la progenie, o en la inseminación post mortem.

Las consecuencias son todavía más graves cuando se introduce la figura de la madre subrogada o en arriendo. Los daños sobre el desarrollo del hijo pueden ser notables, y podemos hacer la hipótesis de que un hijo reciba el patrimonio genético de dos personas, las influencias vitales intrauterinas de la madre en arriendo y la educación por otras dos personas más.

Con la utilización de una madre en arriendo se perfilan además otros problemas éticos, esto es, el uso del cuerpo de la mujer de una manera comercial, que lesiona a su dignidad de persona humana.^{31,32}

La comparación que hacen muchos con la adopción no es calzante y no modifica el juicio ético negativo sobre la fecundación heteróloga. De hecho, la adopción no actúa infracción alguna de la relación matrimonial en cuanto que el niño ha tenido dos padres más o menos legítimos, que han dado juntos la vida al hijo en una relación de recíproca donación.

Mediante la adopción, el hijo es confiado a otra pareja con la sola finalidad educativa.

Se han puesto de relieve igualmente repercusiones al interior de la pareja y como consecuencia de la donación, sobre todo a cargo del padre social que no es, y sabe que no es, el padre biológico. La relación conyugal no es vivida ya como paritaria y los sentimientos de culpa y frustración acechan a la relación conyugal misma.³³

c. La unidad y la dignidad del acto procreativo

Este aspecto concierne a todas las técnicas de procreación artificial: la heteróloga y la homóloga, la intracorpórea y la extracorpórea y prescinde de la eventual pérdida de embriones humanos, comprendiendo todos esos métodos sustitutivos del acto unitivo esponsal destinado a la procreación o, para expresarme en la jerga convalidada, que separan la dimensión procreativa de la unitiva del acto procreativo. Es el punto más delicado de la comprensión de todo el carácter antropológico y ético de la procreación artificial.

Se sabe que incluso en el mundo católico se han evidenciado disensiones después de la publicación de la *Instrucción Donum Vitae*,³⁴ que ha confirmado el principio del carácter inseparable del significado procreativo con el unitivo del acto esponsal ya anunciado en la *Encíclica Humanae Vitae*.³⁵

Para comprender este aspecto debemos recordar algunas verdades elementales:

1. El acto procreativo en el hombre es un acto “personal” y no sólo biológico; es un acto que da origen a una persona y no únicamente a un organismo biológico.³⁶

2. Es un acto personal en su resultado terminal y tendencial, pero deberá expresarse también por toda la persona y por la donación de las personas en *una caro*, en una sola carne, en la que esta donación se expresa y se significa, y esto por la estructura misma de la persona sexuada: “La fecundación es querida lícitamente cuando es el término de un acto conyugal idóneo de por sí para la generación de la prole, al cual está ordenado el matrimonio por su naturaleza y por el cual los cónyuges se hacen una sola carne. Pero la procreación está privada desde el punto de vista moral de su propia perfección cuando no es querida

como el fruto del acto conyugal, esto es, del gesto específico de la unión de los esposos”.³⁷

Debemos recordar a este propósito que en la persona humana pueden expresarse tres niveles de actividad: el biológico, que es propio de las funciones de la vida orgánica no “voluntaria” (digestión, *ricambio*, etcétera); el nivel de la productividad, que parte de la persona y tiene por objeto las cosas; el nivel propiamente personal, que implica la revelación de la persona y la relación del espíritu y del yo a través del signo corpóreo y el lenguaje corporal, así como en todas las relaciones humanas.³⁸ El acto procreativo no puede ser un acto puramente biológico —como la mezcla de elementos bioquímicos—, ni una actividad de tipo productivo propia de la producción de los objetos, sino que para estar a nivel personalista de una sexualidad responsable y de reciprocidad interpersonal, deberá realizarse a través de la donación de las personas, un don que trasciende y transfigura el hecho biológico, una dimensión espiritual que no puede adecuarse a una técnica de tipo productivista o a una combinación de gametos.

3. El acto procreativo humano es expresión del acto creativo de Dios por dos motivos: porque Dios ha expresado y estructurado en la misma persona humana y en su fisionomía sexuada y comunional el lugar de la procreación, y porque Dios participa directamente en la creación directa de ese yo espiritual que no puede ser fruto de la acción humana.

Por estas razones, la procreación artificial, cuando es tal —esto es, cuando sustituye el acto unitivo con una técnica fecundativa—, es ajena y contraria a la dignidad personal de los esposos y del que va a nacer. Es contraria también a la voluntad del Creador porque separa la dimensión espiritual unitiva de la biológico-fecundativa; porque introduce un actor extraño a la persona de los esposos; porque se actúa a través de un gesto que tiene carácter determinista instrumental y porque se expresa con una estructura de causalidad material escindida de la donación de amor esponsal, más apropiada para la construcción de objetos.

4. Todo esto se debe pensar prescindiendo de las consecuencias lógicas e intrínsecas que se hacen posibles en una procreación escindida del amor esponsal: el determinismo mecánico, la selección de los embriones, la ingenierización de los procesos de procreación artificial y, por tanto, la posibilidad de llevar a cabo las más graves manipulaciones del ser humano.

Estas cosas no sólo no se deben hacer, sino que ni siquiera hay necesidad de hacerlas posibles.³⁹

Llegados a este punto no se puede, sin embargo, ignorar una objeción que a menudo se hace por cuantos defienden la licitud de la procreación artificial por lo menos en la forma homóloga. Se acusa al Magisterio católico de hacer referencia a un concepto biólogo de la ley natural con base en la cual enseña que se debe respetar la estructura natural del acto procreativo, añadiendo que, al ser la técnica humana fruto del hombre, el lograr la procreación a través de la tecnología no tendría nada de inhumano. Se sostiene, también, que el Creador habría dado al hombre la capacidad de dominar no sólo a la naturaleza exterior, sino también a la propia del mismo modo como se hace con muchos procedimientos y tecnologías médicas.

A este propósito quisiera simplemente ofrecer algunos puntos de reflexión puesto que el tema habría de ser abordado a partir de una adecuada discusión sobre qué se debe entender por ley natural.

La naturaleza de que se habla en los documentos del Magisterio católico y cuyo respeto se pide no es en sí sólo la naturaleza biológica, el *bios* griego, sino la naturaleza en sentido metafísico, es decir, la característica estructural de la persona humana gracias a la cual la persona humana es la que es; una individualidad en la que espíritu y cuerpo están unidos de tal manera que en el cuerpo se encarna y se manifiesta el espíritu y el espíritu informa, estructura y vivifica la corporeidad. La naturaleza es, pues, lo que constituye a la persona humana en su esencia unitorial.

La ley de que se habla en los documentos del Magisterio católico es la ley *moral* natural, no una ley física y biológica. La ley biológica es siempre actuada incluso en la procreación artificial, porque, si no se la respetara juntando el gameto masculino al femenino no se tendría la fecundación; lo que no se respeta es la *ley moral* natural que obliga a considerar al hombre como persona en la totalidad, el acto sexual procreativo como expresión del espíritu y del amor personal en la corporeidad que se da.

Lo que se condena no es la técnica ni el empleo de la tecnología sobre la corporeidad humana, sino el hecho de que este tipo de empleo introduce una separación y un dualismo entre dimensión biológico-fecundativa y dimensión espiritual del yo sponsal.

Conclusiones

El empeño que hasta ahora se demuestra *impari* y tal vez minoritario al rechazar el empleo de las técnicas de procreación artificial, precisamente de aquellas que sustituyen al acto conyugal, es una empresa de alcance histórico y profético por parte de la moral personalista y de la católica en particular:

a. es un compromiso que pretende salvaguardar la plena dignidad del embrión humano y por ella *la dignidad de todo el hombre*. Se trata de evitar, como ha escrito Bruges, de volver a los tiempos de Cronos, que devoraba a sus hijos.⁴⁰ La tecnología médica o la demiurgia procreativa amenazan con devorar a las criaturas humanas a las que, en cambio, está llamada a curar;

b. es un compromiso encaminado a salvaguardar *la unidad de los vínculos parentales* en una sociedad que adolece siempre de falta de tales vínculos y que busca disociar a la familia monogámica;

c. es un compromiso que busca mantener el *acto procreativo* a un nivel digno de la persona, rico en espiritualidad y salvaguardado de dominaciones transformadoras y manipuladoras;

d. es un compromiso a abrir nuevos caminos. Un camino nuevo es, ante todo, no confundir la esterilidad con la fecundidad humana. La esterilidad es un hecho biológico o puede indicar una limitación del organismo, límite a menudo insuperable incluso por las técnicas de procreación artificial. La fecundidad de la pareja humana puede siempre hacerse realidad en el plano social, en la donación de sí a quien no tiene familia, a quien vive sin porvenir y sin amor. No faltan los hijos porque se les mata por centenares de miles con el aborto y se les abandona en los sanitarios de los trenes y en los cubos de basura: falta la fecundidad de un amor que los salve, los acoja y los nutra.

Un nuevo camino es, luego, el de incrementar el uso de las auténticas terapias de la esterilidad, las que devuelven al organismo humano su integridad y su funcionalidad generativa. Hay prevenciones que se pueden hacer e investigaciones que pueden ponerse en marcha a la luz de una esperanza que busque salvaguardar en el ser humano la vida, el amor y la verdad.

Como conclusión me es grato citar lo que escribe Labrousse-Riou: "La procreación humana fuera de la sexualidad representa y revela una

ruptura, un cambio, preparados desde hace mucho tiempo, pero hoy visibles, de nuestras representaciones de la vida, del cuerpo, del ser, de la filiación, de la alianza, en una palabra del sujeto humano en sí mismo, y para retomar las palabras de F. Mitterrand, nos pone en tela de juicio a nosotros mismos”.⁴¹

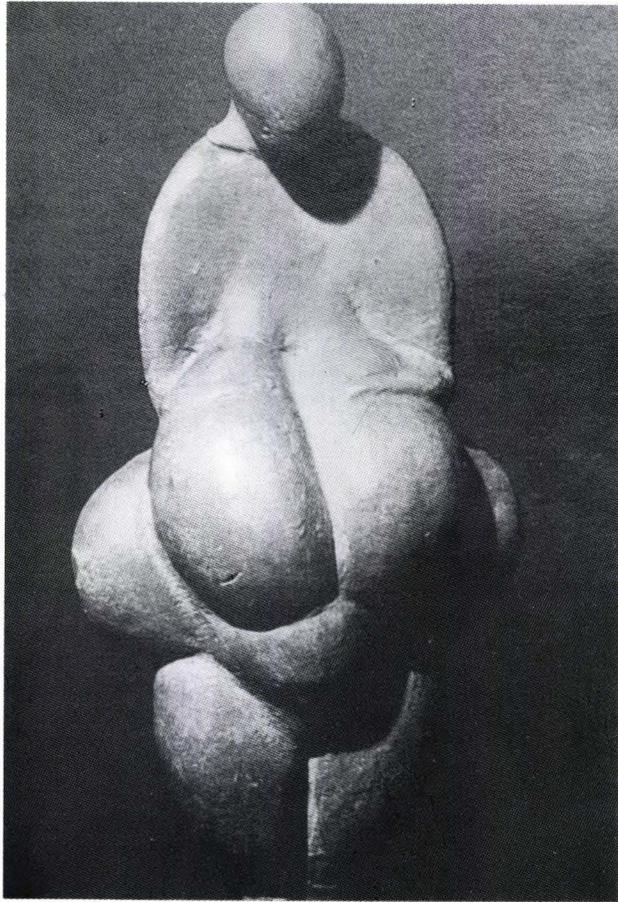
Bibliografía

- ¹ BRUGUES, J.L., *La fécondation artificielle au crible de l'éthique chrétienne*, París: Fayard-Communio, 1989.
- ² Referido por LA CROIX, *L'évenement*, 3 de noviembre de 1987.
- ³ SERRES, M., *Préface*, en TESTART, J., *L'oeuf transparent*, París: Flammarion, 1986: 17 ss.
- ⁴ La expresión procreación médicamente asistida es una forma edulcorada y neutra con la que el lenguaje médico indica las técnicas de fecundación artificial.
- ⁵ BERLINGUER, G., *Questioni di vita. Etica, scienza e salute*, Turín: Einaudi, 1991. Se ha puesto de relieve, por ejemplo, que la microcirugía tubárica tiene costos análogos a las técnicas de procreación artificial frente a mejores porcentajes de éxito. Véase: HAAN, G., VAN STEEBEN, R., *Costs in relation to effects of in vitro-fertilization*, Human Reprod., 1992, 7/7: 982-986.
- ⁶ Véase sobre el tema: SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milán: Vita e Pensiero, 1991: 105 ss. (La traducción española de esta obra está en curso de publicación por la Editorial Diana, México D.F.)
- ⁷ Recordamos que en materia de embriones criopreservados el Comité Consultatif National d'Ethique dio en 1990 un dictamen positivo para la supresión de todos los embriones existentes -cerca de 2,000- en los laboratorios franceses (Etat actuel des études conduites par le Comité concernant les dons de gametes et d'embryons, 15 de diciembre de 1989, París, en offset). Este hecho constituyó un punto de discusión incluso dentro del Comité Warnock desde 1984 hasta la promulgación de la ley de 1990 (WARNOCK, M., *A question of life: The Warnock Report on human fertilization and embryology*, Oxford: Basil Blackwell, 1984; United Kingdom, Human Fertilization and Embryology Act, 1.11.1990).
- ⁸ SEPPALA, M., *The world collaborative report on in vitro fertilization and embryo replacement: current state of art in January 1984*, Annals of New Academy of Sciences 1985, 442: 1-22; HULL, M.G.R., *Infertility treatment: relative effectiveness of conventional and asisted conception methods*, Human Reprod. 1992, 7/6: 785-796.
- ⁹ JONES, H.W., *The ethics of in vitro fertilization - 1982*, Fertil. Steril. 1982, 37: 146-149; CURRAN, Ch.E., *Fécondation in vitro et transfer d'embryon du point de vue de la théologie morale*, Le Supplement 1979, 130-319; VERSPIREN, P., *L'aventure de la fécondation in vitro*, Etudes 1982, 375/5: 485-488.
- ¹⁰ Las opiniones de estos autores las refieren: RODRIGUEZ LUNO, A., LOPEZ MONDEJAR, R., *La fecondazione in vitro: aspetti medici e morali*, Roma: Città Nuova, 1986: 83-87.
- ¹¹ Véase a este propósito: FORD, N.M., *When did I begin?*, Cambridge: Cambridge University Press, 1988; MCCORMICK, R.A., *Notes on moral theology: Ethics*, Theological Studies 1979, 40: 97-111; MORI, M., *La fecondazione artificiale: questioni morali nell'esperienza giuridica*, Milán: Giuffrè, 1988.

- ¹² Véase sobre el tema: SERRA, A., SGRECCIA, E., DI PIETRO, M.L., *Nuova genetica e embriopoesi umana*, Milán: Vita e Pensiero, 1991; SERRA, A., *Quando è iniziata la mia vita*, Civiltà Cattolica 1989, 3348: 575-585. Resumiendo brevemente las objeciones que se hacen al inicio de la vida individual humana con la fecundación, recordemos: la teoría de la hora 21ª (la vida individual humana inicia después de la fusión de los núcleos del espermatozoide y del óvulo, puesto que es en ese momento cuando es posible evidenciar la presencia de un ser humano dotado de un patrimonio genético nuevo e individual); la teoría del día 14º (la vida individual humana se inicia después de la formación de la estria primitiva o cuando no existe ya la posibilidad de los fenómenos de gemelación o como conclusión de la implantación en el útero); la teoría del día 40º (la vida individual humana tiene inicio después de que ha habido un desarrollo suficiente del sistema nervioso central).
- ¹³ Véase lo que refiere BAUSOLA, A., *Premessa*, en SGRECCIA, E., *Il dono della vita*, Milán: Il Saggiatore, 1991: 126 ss.
- ¹⁴ ENGELHARDT, H. T., *Manuale di Bioetica*, Milán: Il Saggiatore, 1991: 126 ss.
- ¹⁵ SINGER, P., *Etica Pratica*, Nápoles: Liguori, 1989: 102.
- ¹⁶ RIBES, B., *Pour une réforme de la législation française relative à l'avortement*, Etudes 1973, 1: 66-69.
- ¹⁷ Referido por: DI MENNA, R., *Umanizzazione e animazione del concepimento umano*, en AA. VV., *Scienza e origine della vita*, Roma: Orizzonte Medico, 1980: 36-72.
- ¹⁸ QUALQUEJEU, B., *La volonté de procréer. Réflexion philosophique*, Lumière et Vie 1982, agosto-octubre: 64.
- ¹⁹ VANNI ROVIGHI, S., *Elementi di filosofia*, Brescia: La Scuola, 1982: 102-103.
- ²⁰ Entre los autores que defienden una presencia personal desde el momento de la concepción, citamos a: CROSBY, J.F., *Are some human beings not persons?*, Anthropos (ahora Anthropotes) 1986, 2: 215-232; SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*. I., pp. 254 ss.; TETTAMANZI, D., *La comunità cristiana e l'aborto*, Alba: Paoline, 1975; Id., *Bambini fabbricati*, Casale Monferrato: Piemme, 1985; CARRASCO DE PAULA, I., *Personalità dell'embrione ed aborto*, en AA. VV., *Persona, verità e morale*, Actas del II Congreso Internacional de Teología Moral, Roma 7-12 abril 1986, Roma: Città Nuova, 1987: 277-290.
- ²¹ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* (22.2.1987), Ciudad del Vaticano: Libreria Ed. Vaticana, 1987, I.1.
- ²² *Ibid.*, I, 1.
- ²³ *Ibid.*
- ²⁴ Cfr. por ejemplo: República Italiana, *Legge 194/1978 su: Norme per la tutela sociale della maternità e sull'intenzione volontaria della gravidanza*.
- ²⁵ ASSEMBLEE PARLEMENTAIRE DU CONSEIL DE L'EUROPE, *Recommandation 1100 (1989) sur l'utilisation des embryos et foetus humains dans la recherche scientifique*, Estrasburgo 1989, en offset; Id., *Recommandation 1046 (1986) relative à l'utilisation d'embryos et foetus humains à des fins diagnostiques, thérapeutiques, scientifiques, industrielles et commerciales*, Estrasburgo 1986, en offset; Id., *Recommandation 934 (1982) relative à l'ingénierie génétique*, Estrasburgo 1982, en offset.
- ²⁶ PARLAMENTO EUROPEO, *Resolución (doc. A 2-372/88) concerniente a la fecundación artificial in vivo e in vitro*, Estrasburgo 16.3.1989, párrafo 4; Id., *Resolución (doc. A 2-327/88) sobre los problemas éticos y jurídicos de la manipulación genética*, Estrasburgo 16.3.1989, párrafo 31. El texto de las dos resoluciones aparecen en *Medicina e Morale* 1989, 3: 579-590.
- ²⁷ Véase la traducción italiana del texto de la Sentencia en *Medicina e Morale* 1990, 2: 384 ss.

Sucesivamente (en septiembre de 1990) la sentencia fue impugnada por el señor Davis que reivindicaba la propiedad de los embriones fecundados con su semen al cual se le reconoció el derecho "a no ser padre", partiendo de la premisa de que al embrión humano no se le debe reconocer derecho alguno. Nos preguntamos, ahora, qué pasará en Estados Unidos con la nueva Administración Clinton.

- ²⁸ Embryonenschutzgesetz-ESchG, 13.12.1990. El texto italiano aparece en *Medicina e Morale* 1991, 3: 509 ss. Para la ley de Louisiana, véase: LUZI, F. (a cargo de), *Riproduzione umana assistita, embriologia e terapia genica (Dibattito e legislazione in Australia e negli Stati Uniti)*, Roma: Senado de la República Italiana, 1991.
- ²⁹ JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en un seminario de estudio sobre la procreación responsable* (17.9.1983), en: *Enseñanzas de Juan Pablo II*, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1983, VI, 2: 562.
- ³⁰ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto...*, II, 3.
- ³¹ DIPIETRO, M.L., *Fecondazione artificiale e frammentazione della maternità: considerazioni etiche e giuridiche*, La Famiglia 1992, 154: 5-19.
- ³² CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto...*, II, 3.
- ³³ ISIDORI, A., *La figura del partner maschile nella inseminazione da donatore (A.I.D.)*, documento de trabajo del Comité Nacional para la Bioética, mecanografiado.
- ³⁴ Véase, por ejemplo: CAHILL, L.S., *Moral traditions, ethical language and reproductive technologies*, J. Med. Philos. 1989, 14: 497-522; CARLSON, J.W., *Donum Vitae on homologous interventions: is IVF-ET a less acceptable gift than GIFT?*, *ibid.*, pp. 523 ss.
- ³⁵ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto...*, II, 4.
- ³⁶ TETTAMANZI, D., *Bambini fabbricati...*; *Id.*, *Nuove sfide per l'uomo*, Casale Monferrato: Piemme, 1990: 141-166.
- ³⁷ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto...*, II, 4.
- ³⁸ SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica...*, pp. 77 ss.
- ³⁹ CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto...*, II, 4.
- ⁴⁰ BRUGUES, J.L., *La fecondation artificielle...*, pp. 206-261.
- ⁴¹ *Ibid.*, *Prefacio*.



Venus del paleolitico

Los comités de bioética se pronuncian acerca de la procreación artificial

*Antonio G. Spagnolo**

Resumen

El debate público sobre los aspectos éticos de las nuevas tecnologías reproductivas lo iniciaron los mismos científicos involucrados en las investigaciones en este campo. Sucesivamente, desde mediados de los años setenta, el recurrir a comités o comisiones éticas surgió como una modalidad sumamente importante del análisis de los problemas en este ámbito, a fin de tomar decisiones de política pública. El autor pasa revista a los dictámenes de comités éticos nacionales en el campo de las tecnologías reproductivas considerando tres puntos principales: a) los problemas de la aplicación clínica de la fecundación in vitro; b) el problema de la maternidad sustituta, y c) el problema de la investigación en el embrión humano. Considera, luego, algunos lineamientos relativos al funcionamiento de los comités éticos en el seno de los servicios de procreación artificial. Finalmente, hace votos por que cada comité defina algunos procedimientos operativos normalizados y públicamente aceptados que comprometan al comité mismo a emitir su dictamen según ciertos criterios racionales.

* Instituto de Bioética, Universidad Católica del Sgdo. Corazón, Roma (Dir.: Prof. Elio Sgreccia).

Introducción

Las posibilidades abiertas a principios de los años setenta por la investigación en el campo de las técnicas reproductivas y de la ingeniería genética se sitúan en las raíces mismas del nacimiento, en Estados Unidos, de la bioética que, por aquellos años, veía la luz como movimiento de pensamiento.¹

Uno de los primeros centros de bioética en EE.UU. nace precisamente como “Instituto para el Estudio de la Reproducción y Bioética”, el famoso *Kennedy Institute of Ethics* de la *Georgetown University*, y su primer director, el ginecólogo-obstetra A. Hellegers, enfoca la investigación en bioética considerando la maravillosa capacidad de adaptación a los estímulos externos por parte del feto humano, del que era un apasionado estudioso. Recordando la génesis del proyecto del centro de bioética, Hellegers recordaba cómo en sus investigaciones había podido comprobar que el feto en el útero materno escogía, siempre y en cualquier circunstancia, el mal menor. Así, frente a *noxae* del ambiente en que se encuentra, el feto comienza a adaptarse pero, una vez llegado al límite de sus propias capacidades de adaptación, selecciona, entre los males presentes, el menos nocivo. Así, comenzó a aplicar a la misma bioética este principio metodológico de comparación por contraste.² Habría mucho que discutir sobre una metodología semejante para la bioética, pero he referido el ejemplo simplemente para subrayar cómo el paso de la obstetricia a la bioética puede ser natural en ciertos aspectos, aunque seguramente comprometido, y es por ello que el mismo Hellegers comenzó a escoger colaboradores/interlocutores de procedencia teológica y filosófica. De esta manera se hace evidente cómo, desde el inicio, estuvo presente en los investigadores -sensibles a la bioética- la exigencia de un método de trabajo que conjuntase a estudiosos de la moral, médicos, biólogos y especialistas en ciencias humanas, y la necesidad de un debate interdisciplinario.

En cambio, en los avatares de la bioética italiana ha surgido claramente un temor por parte de los filósofos a dejar la bioética en manos de los médicos, a los que se considera incapaces de saber cuáles son las diversas teorías sobre la naturaleza de los juicios éticos y sobre las maneras de fundamentarlos.³ También entre los médicos surgió el temor a encontrarse frente a la hipótesis de opciones clínicas condicionadas

por una mera reflexión filosófica.⁴ Efectivamente, cuando nos damos cuenta que opciones importantes como, por ejemplo, la de intervenir o no en un recién nacido discapacitado, de homogeneizar o no un embrión *in vitro*, o la de desconectar o no los tubos de la alimentación en una joven en coma, pueden ser dictadas por los resultados del análisis del lenguaje que el filósofo ha llevado a cabo (en materia de la existencia o del derecho a vivir por parte de algunas categorías de seres humanos) nos hace reflexionar.

En la bioética y en los Comités de Etica (C.E.), los científicos y los filósofos están, de hecho, “condenados” a trabajar juntos, pero precisamente esto me parece una garantía importante y es el aspecto peculiar de esta tarea de la investigación.

El debate sobre la fecundación *in vitro* y la función de los C.E.

El debate público sobre los temas de la fecundación *in vitro* y el apelar a una asesoría interdisciplinaria es puesto en marcha por los mismos biólogos, protagonistas de la investigación.⁵ Por una parte, J. Watson quien, en la reunión sobre Ciencia y Tecnología ante el Parlamento norteamericano, en enero de 1971, expresa su preocupación de que, en el ámbito de las investigaciones sobre la fecundación humana *in vitro*, las ya confirmadas investigaciones sobre la clonación de las ranas pudieran llevar a intentar la clonación de seres humanos. La preocupación de Watson fue ampliamente difundida en las páginas de la revista *Atlantic*⁶ en su número de mayo de 1971. Al mismo tiempo, el famoso biólogo inglés Edwards —que algunos años más tarde hizo realidad, junto con Steptoe, la concepción *in vitro* de la primera niña en el mundo nacida con esta técnica, Louise Brown— junto con el jurista Sharpe, responde con un ensayo que evidenciaba, en cambio, los beneficios potenciales de la investigación sobre la fecundación *in vitro* e invocaba una consulta interdisciplinaria como método para monitorear socialmente tales investigaciones.⁷ En el debate intervienen filósofos, teólogos y eticistas (como Leon Kass, Paul Ramsey y Joseph Fletcher, respectivamente) y en las páginas del *Journal of American Medical Association* (JAMA) se llegará a pedir una moratoria sobre esas investigaciones.⁸ Durante algunos años el debate se atenuó, hasta que en 1978, con el nacimiento

de Louise Brown, se reanudó con mayor fuerza ante la realidad clínica que se abría con tal evento.

Los conflictos de valores que se habían originado, el orden de las prioridades a respetar y los derechos que había que proteger parecieron, en ese primer momento, de difícil solución según una lógica racional capaz de conciliar las diversas exigencias. Es así como en la segunda mitad de los años setenta, la posibilidad de recurrir a los C.E. —que en esos mismos años comenzaban a funcionar para problemas como la eutanasia y el ensañamiento terapéutico (recordemos los casos de Karen Quinlan y de Elisabeth Bouvia)⁹— surge como un método muy importante, tanto para el análisis ético como para las decisiones de política pública frente a los numerosos problemas que la Fecundación *In vitro* y *Embryo Transfer* (F.I.V.E.T.) planteaba.

Antes de considerar los trabajos de los C.E. que han evaluado los temas de la procreación artificial y de la experimentación en embriones en el plano internacional, quisiera detenerme brevemente en el papel que han jugado y que pueden desempeñar actualmente los C.E. en este campo.

Digamos que, en muchos casos, los C.E. han sido constituidos oficialmente por los gobiernos para ayudar a resolver las controversias o los complejos problemas técnicos de un modo más académico, en vez de través de riesgosas reglas empíricas en las que, por lo general, se basan las políticas hechas día a día.¹⁰

Como ejemplo de discusión bioética, en efecto, los dictámenes de los C.E. presentan algunas ventajas. A diferencia de los proyectos de ley y de las leyes en materia de procreación artificial, los dictámenes de los C.E. ofrecen la oportunidad de presentar razones y argumentaciones. También, a diferencia de las sentencias de los tribunales en esta materia, que aún son pocas, los dictámenes de un C.E., más que reaccionar ante particulares circunstancias (con frecuencia de un modo trágico), ofrecen un enfoque general de estas prácticas. Finalmente, a diferencia de los trabajos aislados escritos por especialistas o en las publicaciones de divulgación, los dictámenes de un C.E. deberían originar un proceso, a menudo público, de discusión (de dar-y-tomar), buscando lograr un documento-consenso y, eventualmente, una o más opiniones de disensión.

Es precisamente sobre este punto sobre el que quisiera llamar la atención, porque un C.E. que buscara lograr un juicio ético racionalmente

defendible y políticamente aceptable sólo para un amplio sector de una sociedad determinada —y no para toda la sociedad—, enmascararía, en realidad, una opción ética muy precisa y un uso instrumental de la ética, sobre todo cuando de semejante opción surgen consecuencias dramáticas para la minoría.

La manifestación de ese papel de la ética y de los C.E. se puede advertir, entre otros, en la obra de un especialista en ética bastante conocido, H.T. Engelhardt, quien asigna a la ética y a los C.E. la tarea de resolver controversias referentes a la conducta correcta sin basarse en apelaciones directas o indirectas a la fuerza. Tales controversias tienen, según Engelhardt, diversas posibilidades de solución.¹¹

La primera posibilidad es el uso de la fuerza, esto es, recurrir a la fuerza para cerrar las clínicas donde se practica el aborto, aquellas en las que se efectúa la F.I.V.E.T., o los laboratorios donde se experimenta con embriones. Sin embargo, es evidente que la fuerza no da una respuesta a la pregunta ética. Un objetivo de la ética puede ser determinar cuándo puede estar justificada la fuerza, pero en sí esta no posee autoridad moral.

Otra posibilidad es la conversión de una parte a la concepción de la otra, pero es evidente que esta intervención requiere fuertemente de la gracia divina (que Engelhardt rechaza porque sería interpretada únicamente por la autoridad de la Iglesia), en la cual nosotros, en cambio, esperamos fuertemente, aun estando conscientes de que no siempre interviene la Iglesia en las reuniones de un C.E.

La tercera posibilidad es que el C.E. muestre su autoridad moral a través de sólidos argumentos racionales, capaces de fundamentar una visión particular de la vida moralmente buena. Esto nos parece el objetivo peculiar de toda la investigación en bioética y ciertamente uno de los objetivos que se debe fijar todo C.E. (menos eficaz que la Gracia, pero lo más humanamente factible). Por el contrario, para Engelhardt es una hipótesis que no se puede proponer, en cuanto que la idea misma de fundamentos racionales que justifiquen una visión particular supone una concepción moral y esto es exactamente lo que, según dice, está en discusión.

El único método de solución que quedaría, según Engelhardt, sería llegar a procedimientos concordados: cuando se debe decidir la conducta que hay que observar para buscar el bien, primero hay que establecer

juntos en qué consiste este. Según él, el bien no representaría, de hecho, un principio de contenido, al no existir verdades metafísicas profundas. La ciencia es sólo un juego que se puede jugar una vez que se han aceptado unas reglas entre los participantes. El respeto por el bien del paciente significa solamente el respeto al acuerdo, no a la persona en una forma cualquiera de contenido. Es un respeto carente de contenidos que sólo lleva a la afirmación de que no se puede decidir nada si los demás no están de acuerdo en ello.¹² De aquí la búsqueda de los criterios de rectitud moral mediante procedimientos concordados, al margen de cualquier contenido predeterminado.

Ahora bien, muchos C.E. públicamente constituidos, que han expresado un dictamen sobre el tema de la fecundación artificial, se han propuesto como único objetivo buscar y afirmar, como éticos, los puntos aceptados por la mayoría en relación a un determinado problema. Un ejemplo de una visión semejante de la ética e, indirectamente, de las tareas de un C.E. lo expresó el Informe de la Comisión de Investigación inglesa, el famoso *Informe Warnock*.¹³ La idea de moralidad que subyace a ese Informe me parece inadecuada y francamente errada cuando se lee en el prólogo, como clave de lectura, que las cuestiones morales que la Comisión ha tratado han sido las que implicaban no sólo las consecuencias “sino también los fuertes sentimientos ligados a la naturaleza de los procedimientos propuestos”. Ahora bien, si sobre determinados valores se encuentran sentimientos comunes y estables, sobre otros valores imperan el pluralismo y la evolutividad. Los sentimientos por sí solos no pueden ser la respuesta a la pregunta moral. Lo mismo puede decirse de las consecuencias. Ciertamente el juicio moral depende también de ellas, pero hay valores morales que se imponen y “se sostienen” a tal punto que no pueden ser sacrificados por ninguna intención y en ninguna situación.¹⁴

Así, cuando se llega a hablar de la protección debida al embrión humano, la motivación fundamental que llevara a la mayoría de la Comisión a admitir la licitud del uso experimental, hasta un determinado período de tiempo, no fue la surgida de un sólido argumento moral racional o por haber concluido que el embrión precoz no tiene derechos. Estos le son benévolamente concedidos, pero la necesidad de la investigación en áreas potencialmente ventajosas hace pasar a un segundo plano esos derechos que, sin embargo, le han sido reconocidos.

Por lo demás, puesto que cualquier criterio de delimitación en el desarrollo del embrión sería arbitrario y de todos modos científicamente no fundamentado,¹⁵ la única posibilidad que quedaba era buscar el acuerdo, incluso dando oídos a grupos extraños y representantes de diversas categorías sociales, sobre qué límite poner. La *Comisión Warnock*, como muchos C.E. que se han expresado sobre estos temas, no ha hecho otra cosa que recibir las instancias que la práctica médica proponía, oír las opiniones procedentes de la sociedad y elaborar posteriormente, dentro de este “lugar para pensar” que era el C.E., el dictamen definitivo.

La función reservada al filósofo-especialista en ética dentro del comité es consecuente con el papel que se pretende atribuir a este.¹⁶ Lo que en general se le pide —después de que muchos aceptan que tiene que ser miembro activo y no sólo un asesor externo— es una reflexión crítica que permita la identificación de los valores en juego, el análisis de los conceptos y la clarificación de los significados, la argumentación sistemática y el análisis lógicamente riguroso del razonamiento, la exposición descriptiva (neutral y objetiva) de las diversas posiciones sobre el tema, refiriendo los argumentos estándar (en pro y en contra).

Para algunos su función debería acabar aquí. En cambio yo creo, tal como lo sostienen también otros autores,¹⁷ que el filósofo-especialista en ética debe desempeñar otra función que podríamos definir como *propositiva-educativa*, concretamente: *a)* de deducción de una conclusión moral en la fase crítico-reflexiva; y *b)* de propuesta de una orientación política a fin de adoptar ciertas medidas legislativas.

Es precisamente en la integración del aspecto “crítico-reflexivo” cuando —en la visión de un C.E. que buscara únicamente una solución racional inmediata en la práctica para obtener el consenso (es decir, una solución que fuera políticamente aceptada en el contexto social en el que se propone) y que promoviera el bien público— surge el riesgo de que a dicho especialista se le pida llegar a formular un “compromiso moralmente apropiado” entre razones éticas y opciones políticas.

Para algunos,¹⁸ el *compromiso* al que llega el C.E. no lesionaría la integridad moral. Aun cuando la teoría ética se base en principios que, en cuanto tales, se plantean como radicales, la búsqueda de un compromiso no sería una traición a tales principios, sino una necesidad justificada con base en la evaluación de las “circunstancias del compromiso” (la

necesidad de un acuerdo de la comisión para proponer una posición uniforme nacional, la urgencia de una decisión inmediata, la incertidumbre empírica y metafísica sobre la cuestión, la complejidad moral, los escasos recursos, etc.).

Desde nuestro punto de vista, nos parece que se deben hacer dos órdenes de observaciones críticas a ese enfoque.

En primer lugar, que no hay necesidad de un compromiso, en líneas generales, entre filosofía como búsqueda de lo verdadero y promoción del bien público. El compromiso, en efecto, indica una incompatibilidad entre las posiciones de partes opuestas, lo que sucedería si la filosofía se entendiera, en sentido académico, como pura búsqueda de la verdad y del conocimiento, independientemente de las consecuencias, y si la política se considerara promoción del bien público en una óptica utilitarista-pragmática y, por tanto, consecuencialista. En el marco de una referencia a valores que sitúan en el centro a la persona, la investigación filosófica de la verdad viene a coincidir con la promoción política del bien para la sociedad. Esta orientación define las condiciones de posibilidad para una opción unánime y universalmente compartida, que, sin renegar de los principios, se abre al consenso público y por tanto no requiere, teóricamente, de compromiso alguno.

En segundo lugar, hay que considerar la no eticidad intrínseca del compromiso moral que lesiona la integridad de las personas que lo pactan. Un compromiso es una concesión recíproca de las partes, pero cuando están en juego valores basados en principios éticos, como la defensa de la vida humana, no es posible bajar a pactos en cuanto que la adhesión a un principio involucra íntegramente al hombre y no admite concesiones parciales. Así, al final de su trabajo, el C.E. puede o no recomendar una legislación formal o una reglamentación como parte de la solución de una determinada cuestión.

La situación de los C.E. en el campo de la procreación artificial

Los C.E., además de haber sido instituidos por las autoridades públicas, también se han establecido en el seno de sociedades científicas y de asociaciones profesionales, donde tienen el objetivo principal de desarrollar estándares éticos para la profesión. Uno de los objetivos de

tales organismos privados podría ser, efectivamente, el de sugerir leyes, reglamentos gubernativos o sentencias de tribunales, considerando que las profesiones biomédicas son capaces de autorregularse (se comienza a hablar cada vez más en la literatura de bioética preventiva). Con mucha frecuencia, sin embargo, los mismos organismos profesionales recomiendan en sus documentos que el Estado llegue, en cambio, a formular leyes y reglamentos específicos.

En el plano del nivel constitutivo, los C.E. que se han ocupado de los temas tanto de fecundación artificial como de manipulación genética, casi siempre han tenido un alcance nacional o supranacional. En el caso del tema de la procreación artificial se requiere una instancia de este nivel porque concierne a situaciones que afectan profundamente a la vida humana y va más allá de la implicación de parejas aisladas estériles y de los ginecólogos.

La situación de la institución de los C.E. nacionales al 31 de enero de 1992 se presenta en las tablas 1 y 2.

Tabla 1

Países que al 31.1.1992 no tenían aún un C.E. nacional

AUSTRIA	
BELGICA	(proyecto de ley encargado por el gobierno)
CHIPRE	(en estudio)
ESPAÑA	(proyecto de decreto real encargado por el gobierno)
EE.UU.	(1974-1983)*
GRECIA	(proyecto de ley encargado por el gobierno)
IRLANDA	
ISLANDIA	
LIECHTENSTEIN	
POLONIA	(proyecto de ley encargado por el Ministerio de Salud)
REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA	
RUMANIA	
TURQUIA	

* En EE.UU. una Comisión Nacional antes y una Comisión Presidencial después, estuvieron activas de 1974 a 1978 y de 1979 a 1983 respectivamente.

Sería interesante analizar las conclusiones de estos Comités Nacionales para advertir, sobre todo, el alcance de los mismos y las diferencias a que han llegado, precisamente con relación al razonamiento sobre los criterios de juicio ético adoptados. Tomamos en consideración sólo algunos, remitiendo al párrafo siguiente para una confrontación de los diversos dictámenes.

Tabla 2

Países que al 31.1.1992 tenían un C.E. nacional

<i>País</i>	<i>fecha</i>	<i>autoridad que lo instituyó</i>	<i>sigla</i>
AUSTRALIA	1991	Gobierno federal	A.H.E.C.
CANADA	1989	Medical Research Council	N.C.B.H.R.
CHECOSLOVAQUIA	1990	Ministro de la Salud	C.E.C.
DINAMARCA	1987	Parlamento (ley n. 353)	D.C.E.
FINLANDIA	1991	Gobierno (Decr. Cons. Estado)	
FRANCIA	1983	Presid. República (D.M.C.)	C.C.N.E.
ITALIA	1990	Gobierno (D.P.C.M.)	
LUXEMBURGO	1988	Gobierno (Min. Asuntos Soc.)	
MALTA	1989	Gobierno (Min. Salud)	
NORUEGA	1990	Gobierno (Min. Salud)	
PAISES BAJOS	1989	Gobierno	K.E.M.O.
SUECIA	1985		

El primero en orden de constitución fue el *Ethics Advisory Board* (E.A.B.) de EE.UU., instituido desde 1977 dentro del departamento gubernamental que se ocupaba de la protección de los sujetos implicados en la experimentación (*Department of Health, Education and Welfare* - D.H.E.W.). Ante las investigaciones sobre la fecundación *in vitro* que se iban poniendo en marcha en diversos países (todavía no había nacido la primera bebé concebida en probeta), ese Departamento tenía prohibido hasta entonces el financiamiento público de tales investigaciones. La institución del E.A.B. estaba motivada por la necesidad de dar un dictamen ético para que pudieran ser financiadas públicamente tales

investigaciones de experimentación. El nacimiento de la pequeña Louise Brown en 1978 indujo al E.A.B. a tomar en consideración la realidad clínica de tales tecnologías en sus trabajos y no sólo la experimental. El EAB concluyó su informe el 4 de mayo de 1979 y podemos considerarlo como el primer documento emanado por un C.E. específicamente constituido para examinar los problemas de las tecnologías reproductivas.¹⁹

Del E.A.B. formaban parte, entre otros, los teólogos Richard McCormick y Charles Curran, el especialista en ética Leroy Walters del *Kennedy Institute of Ethics* y el biólogo-filósofo Leon Kass. El documento consideraba de manera articulada: *a.* el antecedente del problema; *b.* los problemas de la investigación en laboratorio; *c.* las aplicaciones clínicas; *d.* los problemas jurídicos; *e.* la implicación de la sociedad y, finalmente, *f.* el sumario y las conclusiones.

Se examinaron todos los problemas principales de la fecundación *in vitro* y de aquí arrancó el debate sobre el estatuto del embrión humano, que desde entonces comenzó a girar en torno a las posiciones contrapuestas que siguen hoy en la discusión acerca del momento en que el embrión humano adquiere el carácter de verdadera vida humana (*Truly human life*). Es aquí donde el biólogo-filósofo L. Kass sostuvo, en contraposición a Curran, el concepto de la continuidad del desarrollo embrional, concepto esquematizado posteriormente por el autor con la imagen gráfica de la línea ininterrumpida de desarrollo desde la fecundación de los gametos hasta la muerte natural después del nacimiento.²⁰

Sin embargo, las conclusiones de este primer dictamen de un C.E. sobre la procreación artificial fueron:

- aceptación explícita en líneas generales de las técnicas, que había que aplicar únicamente en parejas estables, casadas; implícitamente con base en una indicación médica;
- no aceptación explícita en líneas generales de la fecundación heteróloga, particularmente de la donación de óvulos y de embriones;
- no aceptación implícita en general de la maternidad sustituta, independientemente de que se prevea o no una compensación;
- aceptación explícita en líneas generales de la experimentación en embriones, durante el tiempo límite de 14 días desde la fecundación, sólo por motivos inherentes a la seguridad y eficacia de la fecun-

dación *in vitro*, con el consentimiento de quienes proporcionan los gametos;

- no aceptación implícita de la fecundación interespecies, del uso del embrión para el análisis genético o para cualquier modificación genética preimplantación, de la transferencia del embrión al útero después de la experimentación.

Los dictámenes de muchos otros comités éticos nacionales constituidos hasta 1987 los referimos y confrontamos en el párrafo siguiente. A continuación analizaremos algunos documentos más recientes, elaborados tanto por comités éticos nacionales como por comisiones éticas constituidas dentro de academias médicas y de asociaciones científicas.

En diciembre de 1990, la Comisión Ética Central de la Academia Suiza de Ciencias Médicas elaboró algunos lineamientos en materia de procreación médicamente asistida.²¹ El documento parte de una afirmación de principio que concierne al respeto por la vida y por la dignidad humana como límite para recurrir a la procreación médicamente asistida (Preámbulo). Las condiciones para una aplicación éticamente aceptable de tales técnicas son que: 1) sirvan para hacer realidad el deseo de la pareja que no puede tener un hijo naturalmente o para evitar la transmisión de enfermedades hereditarias; 2) que cualquier otra intervención haya fallado o no sea capaz de resolver el problema; 3) que haya posibilidades reales de éxito y que se excluya cualquier riesgo para la mujer y para el hijo. Es evidente que no todas estas condiciones pueden ser cumplidas y, sobre todo, la poca coherencia que hay cuando se pide que el hijo no corra riesgos y posteriormente se acepta una técnica como la F.I.V.E.T., que prevé el sacrificio de 9 de cada 10 embriones.

Pueden acceder a tales intervenciones incluso parejas no casadas, pero deben convivir establemente. El uso de la donación de gametos, sin embargo, se permite sólo a las parejas casadas y nunca deben provenir ambos gametos de una donación.

Se presta una notable atención a la conversación preliminar del médico con la pareja y por separado con el donador de gametos, que en cualquier caso debe permanecer en el anonimato. Esta última posición no es compartida por todos, en cuanto que llega a lesionar el derecho de cada persona a conocer quiénes son sus progenitores genéticos.

Ciertamente resulta significativa la posición de excluir a los embriones humanos de cualquier investigación y experimentación; la prohibición de modificar en cualquier forma el patrimonio genético de los embriones, y la de influir en las características del hijo naciente, sobre todo en relación con el sexo. También están prohibidas la inseminación *post mortem* o de una mujer sola, la transferencia de embriones ajenos a la pareja y la maternidad sustituta. La posibilidad de congelar los embriones, aunque sea por un tiempo limitado, admitida inicialmente por la Academia Suiza, fue rechazada por amplia mayoría mediante un referéndum nacional el 17 de mayo de 1992.

En marzo de 1991, el *National Bioethics Consultive Committee* (N.B.C.C.) de Australia elaboró un informe final para la Conferencia de Ministros de la Salud australianos con el título *Access to Reproductive Technology*. El citado Comité Nacional recientemente constituido, junto con el *Medical Research Ethics Committee*, en el *Australian Health Ethics Committee*, ha producido ya otros informes sobre el tema de las tecnologías reproductivas, particularmente sobre el de la “asesoría” y el de la maternidad sustituta. En este último informe, el N.B.C.C. ha tratado en especial el tema de la fundamentación ética y jurídica de la investigación de intervenciones de fecundación artificial. El problema básico es el de si, en períodos de recursos limitados, el Estado debe financiar tales intervenciones con fondos públicos. El informe comienza por considerar el concepto mismo de la infertilidad: ¿es o no una enfermedad que requiere tratamiento médico? De hecho, no determina una alteración física ni una amenaza para la vida o una causa de muerte. Y, ¿se puede considerar infértil a una pareja en la cual uno de los dos se ha sometido anteriormente a tratamientos esterilizantes (vasectomía o ligadura de trompas)? Son numerosos los interrogantes de los que parte el informe, pero uno en particular es puesto como base del problema del acceso a estas intervenciones: ¿tiene toda persona derecho a reproducirse o no? Si se reconoce un derecho semejante -afirma el informe- el principio de justicia requeriría, entonces, que no se impidieran todos aquellos medios necesarios para su realización, sino que más bien el Estado los facilitara.

En realidad, en las recomendaciones con que concluye el N.B.C.C. se considera a la infertilidad como una seria inhabilitación que puede aliviarse con diversas formas de intervención tecnológica, las cuales

deberían ser financiadas con fondos públicos, al igual que cualquier otro tratamiento médico de la infertilidad. Sin embargo, dentro de la Comisión se consideraron otras opciones diferentes, como las de limitar el acceso público a tales tecnologías o incluso excluirlas completamente no sólo del financiamiento público sino también de cualquier forma privada de intervención.

Finalmente, resultan interesantes desde el punto de vista éticosocial las estrategias alternativas para el problema de la infertilidad:

- potenciar los servicios informativos y de “asesoría” que puedan dar asistencia a las parejas, invitándoles a desempeñar un rol social satisfactorio aunque no tengan hijos;
- facilitar las prácticas de la adopción, así como el acceso a la microcirugía tubárica;
- incrementar la investigación en el campo de las causas de la infertilidad;
- mejorar los programas de prevención y de educación sanitaria.

Aunque sin un alcance nacional, puede ser interesante analizar el dictamen del C.E. de una importante asociación profesional norteamericana, la *American Fertility Society*, que reúne a la mayoría de los médicos/investigadores que aplican las técnicas de fecundación artificial.

Ya en noviembre de 1984 el C.E. constituido dentro de esa asociación recibió el encargo de tomar una posición oficial en relación con los múltiples problemas éticos suscitados por las técnicas de procreación artificial, procediendo también a recopilar los conocimientos científicos diseminados sobre el tema. Así, en septiembre de 1986 se publicó un enjundioso informe, posteriormente revisado y vuelto a publicar en febrero de 1988. En relación con los dinámicos cambios en este sector de la investigación, al C.E. de la Sociedad se le encargó revisar nuevamente los lineamientos originales, llegando a un tercer informe en 1990, al cual nos referiremos.²²

El informe se compone de cinco secciones constituidas por una introducción, una parte de consideraciones generales, la descripción analítica de cada una de las técnicas con las correspondientes recomendaciones éticas, un resumen de los puntos de particular interés y, finalmente, documentación bibliográfica y una serie de apéndices. Entre estos últimos incluye un documento redactado en analogía con la estructura de la *Instrucción Donum Vitae*, ya publicado en septiembre

de 1977, inmediatamente después del documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe.

Entre los miembros del comité ético, además de juristas, biólogos y obstetras muy famosos, se encontraban el teólogo moralista Richard A. McCormick y el especialista en ética Leroy Walters, director del Centro de Bioética del *Kennedy Institute of Ethics* de la *Georgetown University*.

El cuerpo de los lineamientos, de más de cien páginas, hace imposible tratar de sintetizar el documento, sobre todo porque son numerosas las técnicas consideradas y habrían de examinarse las consideraciones acerca de cada una de ellas. Aquí nos referiremos, en cambio, a un punto más significativo que surge de las consideraciones generales para tener una idea del modo como actuó el comité al formular sus lineamientos. Además, queremos referirnos al apéndice construido sobre la falsilla del documento católico.

Al delinear las bases para una evaluación ética, el comité advierte la disparidad de experiencias existentes en la sociedad pluralista y que apela unas veces a valores vinculados con la utilidad inmediata, otras a indicaciones de autoridades religiosas, o bien a la identificación de lo ético con lo legal, etcétera. Se advierte, pues, la necesidad de buscar un fundamento más general y el comité piensa poder identificarlo en la persona humana integral y *adecuadamente* considerada (la cursiva es nuestra). Este fundamento, lejos de pretender querer resaltar el valor objetivo de la persona, tiene su clave de lectura en ese adjetivo subrayado por nosotros que cambia el sentido de todo el resto de la frase. *Adecuadamente* significa, como se advierte claramente en el texto, equilibrar los intereses de los particulares y de la sociedad; que el sí y el no morales no siempre son absolutos; que cada juicio es sólo un momento de reflexión en un camino hacia el consenso. Y la finalidad declarada del informe es tratar de lograr ese consenso.

Es fácil imaginar qué indicaciones éticas pueden provenir de tales premisas respecto de cada una de las técnicas, indicaciones que, aunque inspiradas en el máximo rigor científico y legal, se “empobrecen” cuando abordan los valores más profundos de la persona humana. Todas las técnicas posibles se vuelven éticamente aceptables cuando se aplican por razones médicas y bajo una estricta reglamentación legislativa.

Al confrontarse luego con las indicaciones contenidas en la *Instrucción Donum Vitae* —documento que el comité reconoce como de indudable

y significativa aportación a la reflexión sobre los temas de la vida naciente— el informe de la *American Fertility Society* pretende situarse entre aquellos “esfuerzos de reflexión” que, en sus conclusiones, el documento vaticano declara no querer detener “sino más bien favorecer su renovado impulso, en la fidelidad irrenunciable a la doctrina de la Iglesia” (¡pero el Comité no menciona esta segunda parte de la frase!). Punto por punto, todos los pasajes claves de la *Instrucción* son retomados y reescritos a la luz del más absoluto relativismo y de la reflexión analítica sobre los términos utilizados, destruyendo pieza por pieza el valor objetivo de la persona, sobre todo en sus fases iniciales de desarrollo.

Síntesis de las posiciones de algunos C.E. sobre ciertos problemas en especial

Nos valemus para esta síntesis de un estudio comparativo, publicado no hace mucho tiempo, de 15 informes concernientes al tema de la procreación asistida emanados por 74 C.E. u organismos similares (en el período de 1979 a 1987).²³ Debemos adelantar, de manera objetiva, que el estudio presenta ciertas limitaciones. Se trata, fundamentalmente, de los dos criterios con los que han sido considerados los informes para la comparación: se han incluido sólo los informes más extensos (por lo menos 50 páginas en la forma en que fueron proporcionados originalmente), y que abordaban en profundidad al menos uno de los tres puntos que el estudio pretendía desarrollar (aplicación clínica de la F.I.V.E.T., maternidad sustituta o investigación en embriones humanos). Podrían parecer dos criterios como los demás, pero en realidad las conclusiones a las que se llegó reflejan, en gran medida, tales criterios. La estatura del autor de este estudio comparativo, el actual director del Centro de Bioética del *Kennedy Institute of Ethics* antes citado, y la autoridad de las revistas en las que se publicó, *Hastings Center Report* y *Annals of New York Academy of Sciences*, me han inducido a ponerlo a la atención del lector.

De esta revisión de los informes surgen algunas posiciones sobre problemas particulares, posiciones que sintetizamos a continuación en referencia a tres puntos fundamentales: *a.* la aplicación clínica de la F.I.V.E.T.; *b.* la maternidad sustituta; *c.* la investigación en el embrión.

a. En cuanto a la aplicación clínica de la F.I.V.E.T. resultaría, en principio, una aceptación general de la técnica. Los 15 informes examinados en el estudio estarían de acuerdo, en efecto, en la aceptación de la F.I.V.E.T., a pesar de que muchos de ellos contienen expresiones de la minoría que subrayarían, también en principio, su no aceptabilidad. Es de notar, a este propósito, que entre los 74 dictámenes de C.E. disponibles están también los documentos de los obispos católicos australianos y la *Instrucción* de la Congregación para la Doctrina de la Fe, pero al no haber, quizá, en el número de páginas previstas ¡no se consideran entre los informes reportados!

En relación con los *destinatarios* y la *consulta previa*, los 15 informes solicitan que en los programas de F.I.V.E.T. se incluyan parejas heterosexuales y que, de preferencia, estén regularmente casadas, sin embargo, 11 informes amplían la licitud también a las parejas heterosexuales. Los 15 informes restringen la F.I.V.E.T. a situaciones de indicación médica y sólo después de una oportuna “asesoría”. Todos alientan su uso por razones sociales o eugenésicas.

Respecto de la *congelación de los embriones y su disponibilidad*, todos los informes lo consideran potencialmente útil con fines experimentales.

La mayoría de los C.E. no aceptan la *selección del sexo*.

La *implicación de terceros* (donación de gametos), es decir, la fecundación heteróloga, es aceptada por casi todos los comités. Sólo el informe del E.A.B. (el primero) la excluye en todas sus formas. Para 7 de los 15 comités, sin embargo, no debe ser conservado el anonimato del donador, reconociendo el derecho del hijo a conocer a sus progenitores genéticos.

Todos los informes considerados expresaban, además, las recomendaciones de que se constituya un *registro nacional de las intervenciones*, que se elaboren *estándares profesionales*, y que todos los centros tengan un *reconocimiento oficial* y una *autorización específica* para llevar a cabo las intervenciones. El *financiamiento público* de los procedimientos de fecundación artificial es recomendado explícitamente sólo por cinco C.E.

b. Acerca de la *maternidad sustituta*, 11 de 15 informes no la aceptan en principio, tanto si tiene un carácter comercial como si no lo tiene. Los pocos que la aceptan no concuerdan sobre algunas condiciones res-

trictivas, como los destinatarios, la “asesoría” previa, la implicación de las autoridades públicas, el registro de las actuaciones, los estándares profesionales o la autorización/reconocimiento oficial del centro.

c. En cuanto a la *investigación en el embrión*, 11 de 15 informes la aceptan en líneas generales, aun cuando la mayor parte la admite sólo (sic!) en los sobrantes y no en embriones creados a propósito, únicamente por motivos clínicos y únicamente con el consentimiento de quienes han proporcionado los gametos.

Para casi todos el límite convencional de tiempo para experimentar es el fatídico día 14; sólo el *Comité Consultatif National d’Ethique* francés se detiene en el día 7.

Procedimientos especiales como la F.I.V.E.T. interespecies, la clonación o la división embrional son considerados explícitamente sólo en algunos informes.

Ninguno de ellos prevé la transferencia al útero de los embriones después de la investigación. Los dictámenes están divididos en cuanto a la oportunidad de una autorización/reconocimiento oficial de los laboratorios en los cuales se lleva a cabo la experimentación.

A esta presentación de los informes de los C.E., el autor agrega las estadísticas resultantes de una encuesta en los diversos países sobre los mismos puntos, de manera que el acuerdo social se hace más fuerte y, probablemente, en la idea del autor, también debería ser así la autoridad moral de los documentos. Pero no se detiene aquí y adelanta la hipótesis de que tales conclusiones podrían no considerarse como definitivas, debiéndose revisar a medida que las tecnologías biomédicas den nuevas posibilidades y la población cambie su sentir moral. En cualquier caso, sólo competiría a las leyes y a los tribunales, según el autor, la función esencial de dar indicaciones operativas, las cuales pueden o no tener en cuenta el dictamen de los C.E.

Después de 1987 otros C.E. nacionales han dado su propio parecer, de los que ya hemos hecho alusión en los párrafos precedentes.

Como se sabe, también el Comité Nacional para la Bioética (C.N.B.) italiano está estudiando el problema, pero aún no ha elaborado un documento final sobre el tema específico de la fecundación artificial. Un dictamen sobre los problemas de la obtención y del tratamiento del líquido seminal humano con una finalidad de diagnóstico fue expresado el 5 de mayo de 1991.

Las conclusiones del documento son ampliamente comentadas en el artículo del profesor Isidori en esta revista.²⁴

Características de los C.E. constituidos en los servicios de procreación asistida

Puede ser oportuno que, aparte de a nivel nacional, los C.E. encuentren espacio en los centros de tratamiento de la esterilidad a nivel local, a fin de evaluar las situaciones concretas de aplicación clínica y de investigación. Cada uno de los centros debería contar con tales organismos y, en diversos sitios, se han definido algunas directrices para una correcta constitución de los mismos.

Examinamos aquí, a título de ejemplo, las directrices del *Medical Research Council & Royal College of Obstetricians and Gynecologists*, el cual publicó, en 1989, algunos lineamientos sobre la materia.²⁵ Hacemos notar sus aspectos positivos, pero también los negativos, que pueden esconder cierta criteriología adoptada.

Ante todo, se define en estos lineamientos la misión que deberían tener tales organismos, esto es, la de proteger a los pacientes y a la sociedad. Al vigilar que un centro observe las normas éticas apropiadas, el C.E. debería asegurar la protección del centro mismo contra críticas injustificadas.

De ordinario, el C.E. constituido dentro de un hospital debe tener la competencia requerida para asegurar la supervisión de un centro de procreación asistida. A falta de ello, un C.E. debería crearse a tal fin.

Los objetivos principales deberían ser los de proteger los intereses de los pacientes y de los recién nacidos en general y, en particular, de los recién nacidos que provienen de una procreación asistida. El C.E. debería tranquilizar al público sobre la situación real y la eficacia de una protección semejante. Otro objetivo es el de analizar, y eventualmente aprobar, las investigaciones médicas y los programas de nuevos procedimientos clínicos en el campo de la embriología y de la infertilidad.

Al examinar los protocolos de investigación, el C.E. de un centro que practica la F.I.V.E.T. tiene por función principal vigilar que se respeten algunas directrices técnicas, que antes de la aprobación de la ley de 1990 en el Reino Unido eran emanadas por la *Interim Licensing Authority*

(I.L.A.), una especie de organismo de autorregulación entre los investigadores de carácter estrictamente deontológico, el cual había redactado algunos estándares para todos aquellos que se ocupaban de la terapia de la infertilidad. El carácter de esas recomendaciones, sin embargo, no era vinculante en el plano jurídico, sino aceptado por el C.E. como referencia en la evaluación de los protocolos.

En la ley aprobada por el Parlamento inglés sobre el tratamiento de la infertilidad humana y las intervenciones en el embrión (*Human Fertilization and Embryology Act 1990*) se prevé, además (secciones 25 y 26), la constitución de una comisión que habría de elaborar un código de comportamiento al cual deberían conformarse todos aquellos centros públicos y privados que trabajan en el campo del tratamiento de la infertilidad y que efectúan intervenciones en embriones. Esa comisión, la *Human Fertilization & Embryology Authority* (H.F.& E.A.), terminó en marzo de 1991 la elaboración de un borrador de este código —un opúsculo de cerca de sesenta páginas entre texto, formularios de consentimiento y notas explicativas— y durante unos dos meses lo estuvo difundiendo en institutos de investigación, organismos profesionales, grupos religiosos, centros de ética y cuerpos sociales interesados, a fin de recibir sus comentarios y reflexiones antes de la elaboración del texto final, que fue luego sometido a la Secretaría de Estado y aprobado por esta. El código finalmente fue turnado al Parlamento entrando en vigor desde el momento en que fue aprobado, y a él deberán conformarse todos los centros que trabajan en este campo, so pena de suspenderles la licencia misma.²⁶

Así, el C.E. debe evaluar los protocolos teniendo en cuenta, en particular: que las informaciones científicas que se pretenden obtener no se puedan conseguir de modelos animales o que esa fase ya se haya experimentado (y se deba pasar al hombre); que el investigador no tenga intención alguna de reimplantar los embriones resultantes de la investigación o ya utilizados en el marco de investigaciones con una finalidad diversa de la de preparar al embrión para reimplantarlo.

Respecto de los programas clínicos propuestos por el centro, el C.E. debe aprobar cada uno de sus puntos y las eventuales variantes introducidas sucesivamente. El dictamen es formulado sustancialmente con base en la correspondencia de los programas con los lineamientos antes indicados, señalando a la comisión de control cualquier protocolo

que se aparte de tales directrices. La aprobación de las innovaciones por parte del C.E. está de todos modos subordinada a la verificación de algunos puntos:

- que no existan otros procedimientos para el caso en cuestión (el hecho de que una clínica encuentre dificultad en conformarse con las directrices del H.F.& E.A. no justifica el sustraerse a ella);
- que los pacientes potenciales sean oportunamente informados (y el C.E. debe evaluar las informaciones que se proporcionen) acerca de todo el procedimiento y de las posibles consecuencias;
- que se tomen en consideración los intereses de los progenitores y potenciales descendientes en el marco de la evaluación riesgos/beneficios del procedimiento;
- que se consideren los intereses de terceras personas involucradas (por ejemplo, los donadores);
- que se hayan evaluado oportunamente los intereses más generales de la sociedad, en lo referente a las normas y las obligaciones, y lo apropiado de los procedimientos también con vistas a sucesivos desarrollos.

El C.E., además, debe distinguir, en los programas presentados para recabar su parecer, entre técnicas aplicadas con fines experimentales y técnicas que tienen una finalidad terapéutica. A este propósito, es importante que, dado el rápido desarrollo de la tecnología en este campo, el C.E. proceda periódicamente a una actualización.

En lo referente a la composición, el *Medical Research Council & Royal College of Obstetricians and Gynecologists* considera innecesario que los miembros sean expertos en moral o en cualquier otra disciplina particular; lo importante es que sepan reflexionar, que estén animados de buenas intenciones, que manifiesten la gran consideración por la persona humana, la verdad y el progreso continuo de la medicina de la reproducción. Sin embargo, la candidatura de quienes están en completo desacuerdo con las técnicas que implican el uso de preembriones no debería ser tomada en consideración(!), aun concediendo que puedan ser incluidos como miembros externos. Igualmente, quienes están muy motivados para aplicar tales técnicas (interesados incluso en el plano del beneficio personal) y que darían automáticamente su aprobación a los programas que el C.E. está llamado a evaluar, no deberían ser incluidos entre los miembros.

Es importante que entre estos, además de médicos implicados profesionalmente en los problemas del tratamiento de la esterilidad, haya miembros que representen el punto de vista de los pacientes, respondiendo de manera crítica a las preguntas que se les pudieran hacer.

La composición del C.E. debería reflejar, por tanto, los siguientes criterios:

- médicos e investigadores con experiencia en el tratamiento de la infertilidad (médicos de base y especialistas); los expertos en campos particulares deberían ser cooptados de cuando en cuando en situaciones particulares;
- personal de enfermería con efectiva experiencia en la asistencia;
- profanos (laicos), por lo menos dos, que representen los valores de la comunidad más que los intereses particulares. Es de desear la presencia de un jurista.

Se debe garantizar, además, que entre los miembros esté adecuadamente representado el sexo femenino.

El presidente o el vicepresidente debería ser elegido de entre los miembros profanos para una mayor implicación de este sector de la comunidad. El presidente no debe tener interés alguno en el centro del cual es responsable el C.E. Además, los miembros que tuvieran algún interés deben declararlo explícitamente.

En cuanto a las modalidades de funcionamiento del C.E. (procedimientos) se recuerda que:

- el debate ha de ser personal y directo entre los miembros y no llevarse a cabo por carta o por teléfono;
- se ha de utilizar ampliamente tanto la literatura ética sobre el tema como documentos legislativos o deontológicos;
- el dictamen negativo acerca de un proyecto debe hacerse por escrito, dirigido al director del centro;
- en el caso en que no se llegue a un juicio ético, el protocolo se devolverá al H.F.& E.A.;
- aun cuando no sea muy práctico el control en detalle de la ejecución del programa aprobado, el presidente o un miembro delegado debería visitar a intervalos regulares el centro de procreación asistida del que tienen la responsabilidad (por lo menos una vez al año). El C.E. puede solicitar al centro un informe sobre la situación del programa, y si el C.E. se diera cuenta de que

su dictamen no ha sido seguido por el centro o que en la aplicación del programa se hubieran contravenido los lineamientos del I.L.A., debe indicar el asunto al H.F.& E.A.;

- el C.E., además, debe garantizar un riguroso respeto del secreto, no sólo de los sujetos involucrados, sino también para evitar una publicidad no suficientemente motivada o exagerada que pudiera perjudicar a los mismos.

Conclusiones

Sócrates, en el libro VI de la República de Platón, hablando de los custodios del Estado, es decir, de los filósofos que debían convertirse en gobernantes encargados de vigilar el Estado ideal —construido según las indicaciones anteriormente dadas por él—, dice “que no se introduzcan cambios que lo llevarían a la ruina”, y declara que “no hay necesidad alguna de establecer un control acerca de las deliberaciones de los custodios: éstos tendrán tal pasión por el saber y por el conocimiento, que no podrán sino realizar necesariamente el Bien”.²⁷

Seguramente muchos miembros de los C.E. comparten esta pasión de los custodios del Estado ideal y es por esto que no se puede hacer una hipótesis de legislación específica alguna que introduzca un control o una supervisión del trabajo de un C.E., si no es en el sentido de una coordinación/reconocimiento institucional. Sin embargo, son muchos los que desean que si los C.E. deben vigilarse a sí mismos tienen que contar con explícitos y públicos procedimientos operativos de funcionamiento.

Las *Normas de buena práctica clínica* (G.C.P.) de la Comunidad Económica Europea (C.E.E.) lo han expresado en pocas líneas,²⁸ pero no se trata simplemente de ponerse de acuerdo sobre mecanismos o sobre procedimientos prácticos para resolver las disputas.

Se trata, a mi parecer, de definir qué lineamientos de referencia deben ser considerados para encontrar la más amplia convergencia ética, que no quiere decir buscar el “mínimo” común ético sino compartir el “máximo” respeto debido a la persona. La sola referencia a una ética personalista, sin embargo, puede llevar a una interpretación no unívoca. Se necesita, entonces, buscar una interpretación “compartida” del

personalismo, misma que puede encontrarse a nivel de una serie de documentos internacionales (empezando por la Declaración Universal de los Derechos del Hombre) que pueden constituir, por consiguiente, parámetros de juicio a los que hay que recurrir en estos procedimientos operativos.

De todos modos, no se podrá aceptar que un C.E. llegue a formular un juicio ético con base en la opinión común o el dictamen de la mayoría, en problemas que ponen en juego valores que son tales no en virtud de un reconocimiento, sino en virtud de la esencia de la persona a la que se refieren; valores fundamentales del hombre que ninguna mayoría puede inventar o destruir porque son valores objetiva e inalienablemente inscritos en todo ser humano y, por esto, objetivos, intrínsecos, universales, inmutables, irrenunciables e inviolables.

Esta premisa es la clave de lectura indispensable del dictamen mismo de un C.E., y la que puede conferirle la autoridad moral: sin esta premisa, el C.E. sería sólo la expresión de sí mismo y a menudo ni siquiera enteramente de él.

Referencias bibliográficas

- ¹ REICH W.T., *La bioetica negli Stati Uniti*. En: VIAFORA, C., *Vent'anni di Bioetica*, Padua: Gregoriana Libreria Editrice, 1990: 141-175.
- ² Entrevista de M. De Wachter al Dr. Hellegers, en *Cahiers de la Bioéthique*, 1979: 12 (cfr. QUATTROCCHI, P., *La bioetica: storia di un progetto*. En: AA.VV., *Dalla bioetica ai Comitati Etici*, Milán: Ed. Ancora, 1988: 80-81).
- ³ LECALDANO, E., *L'insegnamento della bioetica nelle Università*, *Notizie di Politeia* 1988, 11: 11-15.
- ⁴ CANEPA, G., *Bioetica e deontologia medica: aspetti problematici e conflittuali* (Editorial), *Riv. It. Med. Leg.* 1990, XII: 3-5; MILAZZOTTO, F., TUBARO, M., *Gettando sassolini nello stagno, ovvero l'etica vista da un eretico*, *G. Ital. Cardiol.* 1992, 22: 107-110.
- ⁵ U.S.A. D.H.E.W., ETHICS ADVISORY BOARD, *Report on H.E.W. support of reseach involving human in vitro fertilization and embriology*, May 4, 1979. En: *Bioethics Reporter* 1985, n. 1/2 (legislation): 111-120.
- ⁶ WATSON, J.D., *Moving toward clonal man: Is this what we want?*, *Atlantic* 1971, 227: 50-53.
- ⁷ EDWARDS, R.G., SHARKE, D.J., *Social values and research in human embriology*, *Nature* 1971, 231: 87-91.
- ⁸ EDITORIAL, *Genetic engineering in man: ethical considerations*, *JAMA* 1972, 220-72.
- ⁹ Para una profundización general sobre los comités de bioética, remitimos a nuestros trabajos precedentes: SPAGNOLO, A.G., SGRECCIA, E., *I Comitati di Bioetica. Sviluppo storico, presupposti e tipologie*, *Vita e Pensiero* 1989, 7/8: 500-514; SPAGNOLO, A.G., SGRECCIA,

- E., *Lo "stato dell'arte": storia, diffusione, tipologie dei Comitati di Bioetica nei vari paesi*, en: AA.VV., *I Comitati di Bioetica*, Roma: Orizzonte Medico, 1990: 33-67.
- ¹⁰ WALTERS, L., *Ethics and new reproductive technologies: an international review of committee statements*, Hastings Center Report 1987 (June), Special Supplement: 3-9.
- ¹¹ ENGELHARDT, H.T. Jr., *Manuale di bioetica*, Milán: Il Saggiatore, 1991: 50-52.
- ¹² Id., *La bioetica nell'era post-moderna* (entrevista a cargo de C. Botti), *Notizie di Politeia*, 1991, 7, 24: 9-16.
- ¹³ *Report of the committee of inquiry into human fertilization and embryology* (Warnock Report), H.M.S.O., Londres 1984.
- ¹⁴ Véase la introducción de D. Tettamanzi a la traducción italiana del Informe Warnock, a cargo de Avvenire "Documenti", 1985.
- ¹⁵ En el capítulo 11 del Informe, donde se trata de la experimentación en embriones humanos en fases muy precoces de desarrollo, se reconoce sin ambages: "Una vez que el proceso [de la fecundación] ha comenzado, no hay fracción particular del proceso de desarrollo que sea más importante que otra: todas son partes de un proceso continuo. Por esto, desde un punto de vista biológico, no se puede identificar a un estado aislado en el desarrollo del embrión más allá del cual el embrión *in vitro* no debería ser mantenido en vida" (pág. 65).
- ¹⁶ Véase el número monográfico de la revista *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 15, n. 4, de 1990, a cargo de B.A. BRODY sobre el tema: *The role of philosophy in public policy and bioethics*.
- ¹⁷ KAMM, F., *The philosopher as insider and outsider*, *J. Med. Phil.* 1990, 15, 4: 347-374; MOMEYER R., *Philosophers and the public process: inside, outside or nowhere at all?*, *ibid.*: 91-409.
- ¹⁸ BENJAMIN, M., *Philosophical integrity and policy development in bioethics*, *ibid.*: 375-389.
- ¹⁹ U.S.A. D.H.E.W., Ethics Advisory Board, *Report on...*
- ²⁰ KASS, L.R., *Determining death and viability in fetuses and abortuses*. En: *Bioethics Reporter*, Frederick: University Publication of America, Inc., 1984, ii, 521-541. Hemos reproducido, modificándola, la gráfica en un anterior trabajo nuestro: SPAGNOLO, A.G., SGRECCIA, E., *Prelievi di organi e tessuti fetali a scopo di trapianto*. En: BOMPIANI, A., SGRECCIA, E. (a cargo de), *Trapianti d'organo*, Milán: Vita e Pensiero, 1989: 54.
- ²¹ *Bull. Med. Ethics*, May 1992: 8-10. Estos lineamientos sustituyen a los ya formulados por la misma Academia en 1981 y 1985 respectivamente sobre el tema de la inseminación artificial y de la F.I.V.E.T..
- ²² ETHICS COMMITTEE OF THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *Ethical consideration of the new reproductive technologies*, *Fertility and Sterility* (Supplement 2), 1990, 53, 6: 1-104 vii.
- ²³ WALTERS, S., *Ethics and...*; Id., *Ethical aspects of the new reproductive technologies*, *Ann. N.Y. Ac. Sci.* 1988, 541: 646-663. Se trata de los informes de los siguientes C.E. a nivel nacional: 1) el ya citado *Ethics Advisory Board* del Departamento norteamericano para la Salud, con el Informe del 4.5.1979; 2) el *Committee to Consider the Social, Ethical and Legal Issues Arising from In Vitro Fertilization* (Comité Waller), con diversos informes desde septiembre de 1982 a abril de 1984; 3) Comité del *South Australia*, con el informe de enero de 1984; 4) el *Special Committee* de Queensland, Australia (Comisión Demack) con un informe de marzo de 1984; 5) y 6) El *Council for Science and Society* y el *Committee of Inquiry* (Comisión Warnock) del Reino Unido, con los informes respectivamente de mayo y junio de 1984; 7) *Committee to Investigate Artificial Conception* de Tasmania, Australia, con los informes de diciembre de 1984 y junio de 1985; 8) la *Law Reform Commission* de

Ontario, Canadá, con el informe de junio de 1985; 9) el *Family Law Council* de Australia con los informes de julio de 1984 y julio de 1985; 10) la *Comisión Benda* de la República Federal Alemana con el informe de noviembre de 1985; 11) la *Comisión Especial para el Estudio de la Fertilización In vitro y la Inseminación Artificial* de España con el informe de abril de 1986; 12) el *Ethics Committee* de la *American Fertility Society* con el informe de septiembre de 1986; 13) el *Committee to Enquire* de la *Western Australia* con los informes de agosto de 1984 y octubre de 1986; 14) el *Committee on In Vitro Fertilization and Artificial Insemination by Donor* de Holanda, con los informes de octubre de 1984 y octubre de 1986; 15) el *Comité Consultatif National d'Ethique* de Francia con los Avis del 23.10.1984 y del 15.12.1986.

²⁴ ISIDORI, A., *L'inseminazione artificiale omologa ed eterologa nella sterilità maschile: aspetti medici e psicologici*, Medicina e Morale 1993, 1.

²⁵ MEDICAL RESEARCH COUNCIL & ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST, *Lignes directrices à l'intention des Comités d'Ethique pour les centres offrant des services de procréation assistée*, Recueil International de Législation Sanitaire 1989, 40, 4: 977-980.

²⁶ HUMAN FERTILIZATION & EMBRIOLOGY AUTHORITY, *Code of Practice* (Draft Guidance on Fertility treatment and embryo research), Bull. Med. Ethi. 1991, 67: 17-21. El texto se compone de 11 partes que van desde la consideración de los requisitos científicos "estándar" que deben tener los investigadores y las estructuras, hasta la información que hay que dar a los pacientes y las modalidades de adquisición del consentimiento; desde las normas para el tratamiento de los gametos y la investigación en embriones hasta el registro de los datos y las garantías del secreto profesional. Examinemos algunos puntos más relevantes en el plano ético, remitiendo a la lectura del texto íntegro para una mayor profundización. Son positivas, indudablemente, las indicaciones de requerir en todo centro autorizado una persona responsable a todos los efectos que debe controlar la correcta aplicación del código, como la norma de que todo el equipo debe haber llevado a cabo un entrenamiento oportuno y haber obtenido una experiencia cualificada en este campo. Es significativa, asimismo, la introducción del principio de la objeción de conciencia por parte del personal que no desee tomar parte en estas técnicas por ser contrarias a su propia moral, como también la exclusión de aquellos que hayan sido objeto de alguna condena penal.

Previamente debe hacerse una valoración atenta de las motivaciones que inducen a solicitar un tratamiento de la infertilidad, evaluación determinante para tomar la decisión de iniciar el tratamiento. De igual forma, deben ser evaluados los motivos y las condiciones de salud de los donadores de gametos, así como las posibles consecuencias (psicológicas, sociales, económicas, de salud, etcétera) que podría tener el niño que naciera dentro de ese contexto genitorial.

También resulta relevante la asesoría que se debe ofrecer a todos cuantos solicitan el tratamiento, a fin de hacer comprender, con la máxima información, todas las implicaciones que comporta su decisión.

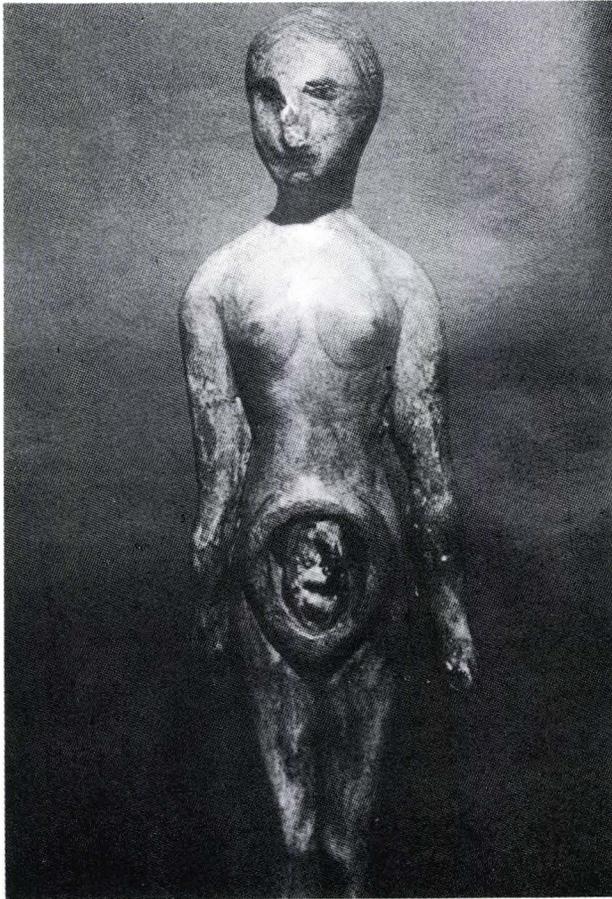
Lo que resulta éticamente inaceptable en este código es toda la parte que se refiere al uso de los embriones. A una hipócrita introducción del documento, en la que se habla del "respeto debido a la vida humana en todas las fases de su desarrollo", sigue una lista muy precisa de las actuaciones "permitidas" con fines de investigación, como el aumentar los conocimientos sobre las causas del aborto espontáneo o desarrollar técnicas más eficaces de "anticoncepción". El hecho de prohibir otras intervenciones más complicadas, como introducir embriones en el útero de animales o sustituir el núcleo de las células embrionales, no cambia la relevancia ética de todo lo que es permitido dentro del límite arbitrario del día 14 o, en cualquier, caso antes de la aparición de la línea primitiva. Además, está prevista la posibilidad de poder crear

libremente “*in vitro*” embriones al margen de cualquier hipótesis de transferencia en el útero, con la única finalidad de investigar, cosa que todas las Recomendaciones del Consejo de Europa han considerado siempre expresamente como ilícita y la reciente ley alemana castiga como delito.

Todas las atenciones al “estatuto especial” del embrión humano, de las que repetidamente se habla en el código, se concretan en el hecho de que, en vez de arrojar de manera anónima el embrión al cesto de los papeles después de experimentar en él, se debe dar cuenta detalladamente de todos los procedimientos aplicados para que no continúe desarrollándose, en lo absoluto, después del día 14, de las modalidades como se ha suprimido, del uso que se hará de sus restos. Todo ello con el beneplácito de los “propietarios” del embrión, que deben dar su consentimiento por escrito, en el cual se declaren estar tranquilos acerca del hecho de que el embrión no será utilizado para otros fines que los de hacer avanzar la investigación y que será mantenido en vida durante poco tiempo. Respecto del módulo de consentimiento se guarda bien, no obstante, de utilizar el término embrión (como se hace en todo el documento): se ha preferido hablar siempre de preembrión para no crear “una perplejidad inútil” en las personas que deben dar el consentimiento y como ulterior garantía (¿de qué?) se ha previsto el conocimiento de firma del investigador y de un testigo.

²⁷ COHEN, C.B., *Ethics Committees. Who will guard the guardians?*, Hastings Center Report 1989, 19 (1): 19.

²⁸ La Directriz CEE n. 91/507 (*Good clinical practice*) ha sido recientemente incorporada en Italia al Anexo I del Decreto Ministerial del 27.4.92, publicado en el Suplemento ordinario de la Gaceta Oficial n. 139 del 15.6.1992. En esa directriz se prevé precisamente que “debe estar a disposición del público una lista de los componentes del comité ético con sus calificaciones, y una descripción de los procedimientos operativos, incluidos los tiempos de respuesta”.



Venus obstétrica del siglo XVI

De la literatura internacional

*A cargo de Antonio G. Spagnolo**

La vuelta a la centralidad del paciente en medicina

REISER, S.J., *The era of the patient. Using the experience of illness in shaping the mission of health care*. JAMA 1993, 269 (8): 1012-1017.

Parecería superfluo recordar que, en medicina, el paciente con su enfermedad es quien debe ocupar el centro de toda actuación del médico, así como de cualquier política sanitaria. En realidad, no parece haber sido siempre así cuando el autor de este artículo nos recuerda que sólo ahora, a finales del siglo XX, podemos decir que nos encontramos nuevamente ante la “era del paciente”, la cual ha impuesto una nueva reconsideración de toda la asistencia sanitaria.

Se sabe, en efecto, que con la revolución científica del siglo XVII se eclipsa la idea hipocrática del paciente como unicidad individual, sometido a los efectos de vagas entidades que le causan la enfermedad.

La atención del médico se desplaza de la manera especial en que el paciente en particular experimenta su enfermedad, a la comprobación de los signos y síntomas que aparecen en la población enferma para colocarlos en cuadros clínicos estereotipados. Sydenham, uno de los médicos ingleses más famosos del Seiscientos —cuyo nombre está ligado al descubrimiento y la descripción de muchas enfermedades— escribía que era necesario reducir todas las enfermedades a ciertos prototipos muy definidos con el mismo cuidado con que los botánicos clasificaban las diversas especies. Y, efectivamente, él contribuyó a transformar la experiencia individual de la enfermedad en experiencia de grupo, iniciando así en medicina una “devaluación” sistemática de todos aquellos aspectos singulares que distinguían a un enfermo del otro; y poniendo énfasis, en cambio, en los que los hermanaban.

Al sobrevenir el viraje tecnológico del siglo XIX, este enfoque no se modificó; la introducción de nuevos instrumentos de diagnóstico no hizo más que acentuar esta tendencia a reconocer los signos patognómicos para ubicar a los pacientes en cuadros patológicos bien definidos. Las categorías del médico sustituyen a las categorías del paciente en el razonamiento diagnóstico-terapéutico y, por tanto, el diálogo del paciente se reduce al mínimo. Todo está enfocado a los exámenes instrumentales y de laboratorio, con la esperanza de que por ellos se pueda establecer un diagnóstico.

REISER recorre en este artículo la historia de los eventos clave que llevaron al eclipse del paciente y también a la actual reconsideración de esta nueva “era del paciente”, localizando en dos momentos bien definidos el resurgimiento actual de la centralidad del paciente, que son, la moderna reflexión de la ética biomédica y los movimientos a favor de la promoción de los derechos de los pacientes.

En el plano de la reflexión ética, a pesar de que siempre ha estado presente en la tradición médica hipocrática, es sólo en torno a los años cincuenta-sesenta cuando tal reflexión se hace particularmente crítica en relación con los nuevos problemas que la tecnología biomédica planteaba.

Esto impuso, por un lado, un enfoque metodológico nuevo de los problemas éticos —aparece la bioética como disciplina— y por otro, llama precisamente la atención sobre el paciente, convirtiéndolo en el protagonista de la decisión diagnóstico-terapéutica, al enfatizar su autonomía en contraposición con el paternalismo del período anterior. En cambio, nada se dice en el artículo sobre el significado de la autonomía y su fundamentación.

Los comités de ética hospitalarios, las cartas de los derechos del enfermo, la revisión ética de los protocolos de experimentación, los módulos de información y el consentimiento en las actuaciones diagnóstico-terapéuticas, los testamentos biológicos o la legalización del derecho a abortar para las mujeres embarazadas, son algunos de los acontecimientos que REISER cita como testimonio de esta modificación de la visión del paciente, aunque a nosotros nos parezca que algunos de ellos —como el aborto y el testamento biológico— presentan grandes dudas para ser realmente considerados como expresión de la centralidad del paciente.

También las asociaciones de categorías de pacientes que dieron como resultado actuaciones especiales—los colostomizados, los trasplantados, los portadores de prótesis, etcétera— contribuyen en los años ochenta a centrar la atención en ellos no sólo de los médicos sino también de los tribunales y de las autoridades políticas. No es ya sólo la calidad técnica de las actuaciones médicas la que se solicita, sino también la calidad de vida para el paciente objeto de la intervención. También el argumento de la calidad de vida nos parece que presenta ambigüedades de interpretación y el sólo recordarlo, como hace el autor, no es garantía de respeto global del paciente.

Finalmente, también las asociaciones de consumidores-usuarios de las estructuras sanitarias han contribuido a mejorar la cultura de los ciudadanos-pacientes y a situarlos en el centro de las decisiones políticosanitarias. El artículo se detiene ampliamente en los aspectos recordados y ofrece, seguramente, un panorama interesante sobre la evolución social de la medicina en este siglo. Parece limitada, en cambio, la lectura ética de los acontecimientos y su efectiva configuración como expresión de la centralidad del paciente.

(A.G.S.)

Suspensión de las terapias y dimensión espiritual del enfermo

MATRAY, B., *Dimension spirituelle des personnes et éthique des décisions d'arrêt du traitement en réanimation*, Laennec 1992, 41 (2): 10-14.

Según MATRAY, llamar la atención sobre la dimensión espiritual de la persona, mientras se busca valorar desde el punto de vista ético la decisión de suspender las intervenciones de reanimación, significa acercarse a todo paciente que se encuentra en esta situación, y a cada uno de ellos, según un enfoque global, no reductivo. En esta perspectiva, afirma el autor, la ética se debería esforzar para concretar la exigencia de superar, aunque no de abandonar, el ámbito de las justificaciones técnicas y de su racionalidad.

El tema es particularmente delicado y evoca situaciones siempre dolorosas, marcadas muchas veces por una violencia particular: la

violencia de la irreversibilidad de la muerte próxima de una persona bien conocida. La dificultad es todavía mayor en reanimación, en cuanto que existen zonas de incertidumbre irreductibles, en las que se debe tomar una decisión. Además, el estrés de la urgencia o la aparición de complicaciones imprevisibles comportan un riesgo de sufrimiento extremo y de deshumanización, no sólo para el enfermo sino para todos los protagonistas del drama que se está viviendo, esto es, el médico, el personal de asistencia y los familiares.

El autor, que trabaja en el Departamento de Ética Biomédica del Centro *Sèvres* de París, considera que frente a tales riesgos e incertidumbres la conducta ética debe ser fiel a tres exigencias: humanizar la situación, definir rigurosamente un "límite" a los cuidados y favorecer la elaboración del luto. Estas exigencias, que en el artículo son ampliamente discutidas, se derivan precisamente al considerar la dimensión espiritual de la persona, una dimensión misteriosa, compleja, apenas aflorada por los mecanismos racionales del conocimiento y, por tanto, inasequible.

La interpretación de la dimensión espiritual que MATRAY hace lleva a exigir, por un lado, que el paciente enfermo sea considerado, en cualquier caso, como un sujeto con derecho a que se respete su dignidad y a beneficiarse de la solidaridad de sus familiares. Por el otro, conduce peligrosamente hacia la afirmación de un derecho de elección en pro de una calidad de vida "que justifique a sus ojos si se continúa o no la propia existencia", esforzándose por reconocer los valores que subyacerían a tal opción.

Es el riesgo que se puede correr cuando se afirma que frente a una decisión difícil no se deberían establecer listas de principios y programas de obligaciones que habría que cumplir escrupulosamente. Por esto, a nivel del equipo que presta los cuidados, el autor sugiere que el comportamiento acertado no debe definirse sino ser "inventado" en cada situación, conservando el rigor, manteniendo una cohesión entre los miembros, apelando a todas las capacidades de acogida propias, sacando lo mejor de las experiencias vividas. Ciertamente cada situación tiene su característica propia, en cuanto que cada persona en particular es única y se adapta mal a decisiones matemáticas, pero no se nos induciría auténticamente al respeto de la persona pidiendo simplemente que la ética sea más "comprensiva" y menos "irreprochable" en estas situaciones

difíciles. La dimensión espiritual de la persona no está aislada de su existencia corporal, que más bien contribuye de manera fundamental a definir como “personal” esa dimensión. Cualquier decisión que se considere oportuno tomar en la situación particular, por parte tanto del equipo que está al cuidado como del paciente mismo, no podrá menoscabar una u otra dimensión de la persona, ni una más que otra podría exigir excepciones sin negar la misma dignidad de la persona. Este es el carácter irreprochable de la ética personalista.

(A.G.S.)

La *British Medical Association* se pronuncia acerca del Estado Vegetativo Persistente

B.M.A.'S MEDICAL ETHICS COMMITTEE, *Advice on Persistent Vegetative State*, Bull. Medi. Eth. 1993, 87: 8-10.

La Asociación de Médicos Británicos (B.M.A.) fue requerida, en 1992, para que proporcionara lineamientos oficiales para los médicos acerca de la conducta ética que hay que observar en el caso de pacientes en estado vegetativo persistente (E.V.P.). En esa situación, como se sabe, la corteza cerebral puede estar totalmente destruida, mientras persiste la actividad del tronco del encéfalo que permite mantener toda una serie de funciones vitales, como la respiración, la termorregulación, el control cardiovascular, etcétera. El problema, planteado desde hace tiempo, se suscitó nuevamente en relación con el caso de Tony Bland, un joven de 21 años que, como consecuencia de un accidente en 1989, se encontraba desde hacía tres años en E.V.P. (véase Bull. Med. Eth. 1993, 85: 31-34). Los padres y los médicos eran de la opinión que, llegados a ese punto, no había posibilidad alguna de recuperación y, por tanto, era acertado retirar el tubo de la alimentación artificial que le mantenía en vida juntamente con todos los demás procedimientos de sustento vital.

Temiendo que una decisión semejante pudiera configurar un gesto criminal, la autoridad sanitaria de la institución donde estaba hospitalizado el joven solicitó una declaración previa por parte del tribunal, el cual

consideró que legalmente podía llevarse a cabo una actuación semejante en la medida en que la suspensión de los tratamientos, incluida la alimentación artificial, permitiera respetar la dignidad de la muerte del joven sin infligirle ulteriores sufrimientos. La Corte de Apelación se expresó unánimemente sobre el tema y, en febrero de 1993, también la Cámara de los Lores, la cual confirmó cuanto se había declarado en los niveles inferiores.

El órgano de control de los médicos ingleses ha expresado en estos lineamientos su dictamen, teniendo en cuenta también lo que ya se había considerado en el plano jurídico. La B.M.A. recomienda, ante todo, que el diagnóstico mismo de E.V.P. sea hecho con mucho cuidado, confirmándolo no antes de 12 meses desde la aparición del estado de coma. En todo este período de diagnóstico incierto, es oportuno que se lleven a cabo todas las actuaciones médicas disponibles con la máxima "agresividad" posible. Entre estas medidas debe incluirse una buena nutrición, una buena asistencia hospitalaria y una eficaz estimulación y rehabilitación.

Sin embargo, en el momento en que el médico tenga la convicción de que ya no hay esperanza de recuperación del paciente, se deberían suspender todas las actuaciones médicas iniciadas y, entre ellas, también la alimentación y la hidratación. Para la B.M.A., en efecto, proseguir incluso con la alimentación y la hidratación significaría "interrumpir el proceso irreversible de la muerte".

En las recomendaciones se contemplan otros aspectos particulares, como el significado de la voluntad del paciente —considerada importante, pero no como el único factor que hay que evaluar—, de los familiares y del equipo asistencial. También para la mujer embarazada que se encuentre en E.V.P. valen las mismas indicaciones dadas anteriormente, es decir, la obligatoriedad de efectuar todas las intervenciones del caso durante por lo menos doce meses. Por esto no se plantea duda alguna acerca de la necesidad de continuar manteniéndola en vida para permitir que por lo menos el feto se salve; se requiere intervenir para mejorar la condición de la madre, aunque se deba tener en cuenta también la presencia del feto al programar el tipo de intervención.

Desde nuestro punto de vista, nos parece que debería valorarse con más cuidado el significado de la alimentación e hidratación. Aquí se insiste en considerarlas como actuaciones médicas, cuando en realidad

no tienen ese significado aunque se lleven a cabo con ayuda de instrumentos. Si ante una perspectiva infausta en el plano de la recuperación del paciente, a pesar de las terapias adoptadas, puede ser lícito suspenderlas (en cuanto que resultan desproporcionadas con los objetivos buscados), no se puede hablar así de la alimentación e hidratación, que continúan siendo proporcionadas —aun cuando no haya esperanzas— para aliviar al paciente que casi con seguridad no volverá a recuperar la conciencia. No se trata, pues, de prolongación del proceso de la muerte, sino de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas a las que todo paciente tiene derecho.

(A.G.S.)

Problemas médicos vinculados con el uso de los anticonceptivos

BAIRD, D.T., GLASIER, A.F., *Hormonal contraception*, The New England Journal of Medicine 1993, 328 (21): 1543-1549.

La cuestión de los efectos colaterales debidos al uso de la “píldora” anticonceptiva suscita siempre equívocos y polémicas en relación con las dificultades que se encuentran en organizar, en poco tiempo, amplios estudios prospectivos relativos a los preparados farmacológicos actualmente en uso. Los datos de que se dispone, en efecto, se refieren por lo general a productos de hace algún tiempo y significativamente diferentes, en la dosificación, de los productos actuales.

Por una parte, están los preparados combinados, es decir, que contienen estrógenos más progestógenos y cuyos efectos farmacológicos se refieren a la inhibición de la ovulación y a las variaciones en el moco cervical y en el endometrio, a fin de dificultar el paso de los espermatozoides o la implantación del producto de la concepción. Por otra parte, están los preparados sólo progestógenos, cuya acción hace que el moco cervical sea desfavorable para los espermatozoides, con inhibición de la ovulación sólo en el 50 por ciento de los casos y, por tanto, con una eficacia *anticonceptiva* que es en realidad de tipo abortivo.

BAIRD y GLASIER, del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Edimburgo, consideran que, mientras se logra determinar pronto el porcentaje de eficacia de tales fármacos, se requiere,

en cambio, más tiempo para determinar su seguridad y aceptabilidad. En el intento de reducir los efectos colaterales, se han disminuido las dosis de estrógenos en cerca de un 80 por ciento respecto de las preparaciones iniciales y se han estudiado nuevos progestógenos. Por consiguiente, a pesar de que la “píldora” combinada es un método anticonceptivo sumamente eficaz y seguro, los riesgos a largo plazo no están totalmente claros todavía, dicen los mismos autores.

El efecto protector respecto del cáncer de ovario y del endometrio, reportado en la literatura en relación con el uso de la “píldora”, se refiere a estudios con productos que contienen elevadas cantidades de estroprogestógenos (E.P.), mientras que en los preparados actuales la estimación es sólo teórica.

Respecto del cáncer hepático, se registra un aumento de esa neoplasia en las mujeres que han utilizado la “píldora” durante por lo menos ocho años. Sobre la relación entre estroprogestógenos y cáncer de mama el panorama no es unívoco: algún estudio pone de relieve la ausencia de correlación, mientras otros trabajos recientes registran un riesgo creciente del 46 por ciento en mujeres por debajo de los 46 años que han usado E.P. durante por lo menos 10 años. El riesgo de enfermedad cardiovascular es relevante, de cuatro a siete veces, en mujeres que han usado E.P. con dosis de estrógenos de 50 microgramos. Faltan, en cambio, evidencias sobre E.P. en bajas dosis.

Con razonable certeza, mujeres con antecedentes circulatorios y fumadoras corren riesgo también. Además, el progestógeno presente en los E.P. sería responsable de una alteración de la glucosa, anomalía que remite, en la mayoría de los casos, a los seis meses después de la suspensión de la “píldora”. En las mujeres con diabetes insulino dependiente, en efecto, el uso de E.P. se asocia a un aumento de la cantidad de insulina requerida. Los E.P. causan hipertensión en el 4-5 por ciento de las mujeres con normotensión y ulterior incremento en el 9-16 por ciento de las que tienen antecedentes de hipertensión. El efecto es casi siempre reversible.

En su repaso, BAIRD y GLASIER también consideran los problemas vinculados con las diversas vías y modalidades de administración de los anticonceptivos, orales u otras, y se detienen, finalmente, a considerar las posibilidades —aún muy lejanas— ligadas a componentes no esteroideos y con la llamada anticoncepción masculina.

Los autores consideran poder concluir que los beneficios para la salud superarían grandemente a los efectos colaterales y los riesgos debidos a la utilización de los anticonceptivos orales. Además, tales riesgos estarían más vinculados a los patrones de actividad sexual y ovárica a lo largo de toda la vida reproductiva de la mujer, que al uso de anticonceptivos.

Frente a esta evidente incertidumbre sobre los efectos reales (a distancia) de los anticonceptivos, nos parece que no se puede estar muy tranquilo al prescribir tales fármacos, de la misma manera que no se estaría tranquilo cuando otros tipos de fármacos presentaran riesgos desconocidos. En esta situación, en efecto, no se duda en aconsejar, respecto de otros tipos de fármacos, su uso con cautela (si son eficaces) o, incluso, en retirarlos del mercado, cosa que no sucede con los “anticonceptivos/antigestativos” con los cuales, en nombre de la *planeación familiar*, se “aceptan” sus efectos colaterales sin excesiva aprensión. Y no sólo esto, sino que los trabajos al respecto —y el “repaso” de BAIRD y GLASIER no es una excepción— consideran la anticoncepción hormonal como si se tratara de una terapia farmacológica cualquiera —se habla, además, de relación riesgo/beneficio y de beneficios para la salud—, mientras que tal acción representa una intervención en los delicados mecanismos hormonales de la persona sin una patología concomitante que justifique su uso terapéutico. ¿O es que tal vez el embarazo en sí está por convertirse en una patología que hay que “curar”?

D. Sacchini

BAULIEU, E.E., BENAGIANO, G. y otros, *Sexual behavior, contraception and the risk of contracting HIV*, Int. J. Gynecol. Obstet. 1993, 40: 101-103.

Entre los complejos problemas originados por la infección por HIV se ha abierto recientemente un nuevo capítulo: el referente a las posibles interacciones entre el uso de anticonceptivos orales (A.O.) y el riesgo de transmisión del virus responsable de la enfermedad.

Frente a las opiniones que parecerían advertir una posible asociación entre el uso de anticonceptivos orales y un creciente riesgo de contraer

la infección, toma posiciones el *International Committee for Research in Reproduction* de Ginebra, del cual forman parte los autores. En el trabajo se adelanta, oportunamente, que la única protección contra la transmisión de la infección por HIV consiste en tener exclusivamente una pareja monógama. Respecto de las relaciones sexuales no monógamas, se dice, el uso del "profiláctico" reduce fuertemente el riesgo de infección, sin eliminarlo completamente.

En relación con la amplia difusión de los A.O., los autores consideran importante investigar, a la luz de la literatura y de la experiencia, las posibles interacciones de estos con la infección por HIV. Con base en los datos actualizados a 1992, en Estados Unidos sólo una décima parte de los 200,000 casos de SIDA concierne a las mujeres, mientras se tiene un predominio más alto para las mujeres del Africa subsahariana. La comparación entre prevalencia de infección en las mujeres y porcentaje de mujeres que hacen uso de A.O. en las diversas áreas geográficas lleva a los autores a sacar en conclusión una ausencia de correlación, por lo menos a escala global. Tampoco parece que haya una influencia en la transmisión del HIV del varón a la mujer o que su uso determine una más rápida difusión de la infección, ni tampoco que la elección de la "píldora" disuada del uso del preservativo en las parejas con riesgo.

Además de no encontrar contraindicaciones al uso de los A.O., los autores subrayan también los llamados "beneficios no anticonceptivos para la salud" que comportaría la "píldora", como la reducción de la morbilidad.

Nos parece oportuno hacer notar, ante todo, que la comparación entre mujeres seropositivas y porcentaje de mujeres que utilizan los A.O. es demasiado genérica como para aventurarse a sacar las conclusiones de los autores. En nuestra opinión, hay que tener en cuenta las diversas subpoblaciones llamadas "de riesgo" para obtener datos plenamente confiables.

En el artículo se alude a la libertad de elección de la mujer, a la autodeterminación, pero nada en absoluto se dice sobre la abstención de las relaciones sexuales como medio extremo, pero eficaz, para evitar ulterior contagio por HIV. Si se habla de libre opción de tener relaciones sexuales utilizando un sistema anticonceptivo cualquiera, entonces ¿por qué no hablar de la libre elección de evitar relaciones sexuales en casos de particular riesgo o de tener una vida sexual normal, en el caso de

parejas cuyos ambos miembros son seronegativos, sin recurrir a la anticoncepción?

El mismo aludir a los llamados beneficios no anticonceptivos de la “píldora” —deslizándose sobre los efectos colaterales de la misma definidos genéricamente como muy inferiores a las ventajas— habla de una especie de “demagogia filoanticonceptiva” no aceptable en una visión del bien integral de la persona, que no puede elegir independientemente de sus propias necesidades primarias. Señal de libertad -y por tanto de responsabilidad- es también la elección de no ejercer la propia sexualidad, cuando circunstancias gravosas lo sugieren para el bien propio y de la pareja.

D. Sacchini



Embarazo en décima semana de desarrollo

Debate sobre la filosofía

Laura Palazzani*

Pluralismo y tolerancia

SORICELLI, E., *Bioética e pluralismo ético*, en AGAZZI, E. (compilador), *Quale etica per la bioetica?*, Milán, Franco Angeli, 1990.

Una rápida mirada a la literatura existente basta para comprender la complejidad del debate moral en curso acerca de los fundamentos de la bioética o, más concretamente, el debate de la *metabioética*, o sea, *sobre la bioética*. La reflexión filosófica contemporánea, al igual que la sociedad de nuestros días, se caracterizan estructuralmente por el pluralismo, expresión que aparece con frecuencia en bioética, hasta el punto de que se habla incluso de *pluralismo bioético*.

¿Qué se entiende, propiamente, por “pluralismo”? El artículo de SORICELLI propone un atento análisis aplicado a la discusión bioética.

En una primera aproximación genérica, se puede decir que el pluralismo indica la *existencia (de hecho) de una pluralidad*, es decir, de una multiplicidad de convicciones (teóricas) o de comportamientos (prácticos). Esto se puede comprobar con facilidad en el contexto del debate teórico y de la práctica social actuales. En el plano descriptivo, se registra una multiplicidad de visiones de la realidad y de los valores, así como una heterogeneidad de usos y costumbres (con referencia a las diversas culturas), además de actitudes y aspiraciones (dentro de unos mismos grupos sociales). Así pues, no se puede evitar “levantar acta” de un pluralismo de hecho.

Mediante un análisis más profundo en el plano teórico, se puede captar otro modo de entender el pluralismo. En ese sentido, el pluralismo se vuelve, además de comprobación de la existencia de la pluralidad,

aceptación de la pluralidad. Por lo demás, tras el proceso de secularización y de inmanentización, la época moderna es incapaz de proponer un horizonte conceptual homogéneo. La modernidad se ha fragmentado constitutivamente y se ha hecho más compleja aún, por su rechazo de lo absoluto y de la trascendencia. Así, la fragmentación moral repercute en el debate bioético, pues no existe una bioética sino tantas bioéticas cuantas éticas hay, y surge una cuestión filosófica ineludible para quien propone ocuparse con seriedad de la bioética: ¿qué ética para la bioética?

Está claro que el punto de partida en bioética es la fundamentación de la ética (*ethos*), de la que depende la aplicación a las cuestiones de la vida (*bios*). Si la ética es diferente, diversas serán las implicaciones en el ámbito de la determinación de los límites de licitud/ilicitud de intervención del hombre, hecha posible por el progreso científico-tecnológico, sobre la vida humana y no humana.

El autor señala dos maneras de entender el pluralismo: un modo *relativista-subjetivista* y otro *convencionalista*. El pluralismo en la perspectiva del relativismo y del subjetivismo no permite conciliación entre las diversas opiniones y comportamientos. El relativismo niega la existencia y la posibilidad de conocer la verdad objetiva, llegando a la conclusión de que toda verdad subjetiva es igualmente digna de ser respetada. En este contexto la pluralidad se torna irreconciliable, puesto que cada individuo escoge, arbitrariamente, sus propios valores y principios morales, comportándose con base en ellos. Por tanto, no se puede identificar una verdad común compartida y nadie se esfuerza por alcanzarla.

El pluralismo en la perspectiva del convencionalismo se diferencia del anterior en que no se limita a reconocer la pluralidad, sino que busca una conciliación entre convicciones y comportamientos opuestos, sobre bases intersubjetivas, mediante un *acuerdo*. Este, es posible por dos caminos: primero, la búsqueda del mínimo común denominador y, segundo, el reconocimiento parcial de los valores y de los principios específicos que se hallan en controversia.

La búsqueda del mínimo común denominador indica el camino que, dejando a un lado lo que es específico y controvertido, intenta individualizar los valores y los principios generales comunes compartidos (por ejemplo, algunos principios generales como no matar, no mentir, no robar, etcétera). Se trata de una *limitación cuantitativa* al reducir el

número de principios y valores, admitiendo sólo los generales y comunes, excluyendo los específicos y divergentes.

El segundo camino busca, en cambio, una mediación (no la exclusión) entre los valores y los principios específicos divergentes mediante una *limitación cualitativa*, esto es, dando un peso y una relevancia diferente a los mismos según las circunstancias concretas. Es el camino de la realización parcial de los principios y de los valores específicos, por tanto, la mediación no consiste en conciliar, sino en renunciar a realizar cabalmente los principios y valores opuestos. Este camino presenta, respecto del anterior, la ventaja de poderse adaptar con más facilidad a la situación concreta y compleja.

Las dos perspectivas pluralistas presentadas —el pluralismo relativista y el pluralismo convencionalista— tienen, de todos modos, un elemento común, esto es, que se mueven en el horizonte de la inmanencia, la cual rechaza la metafísica y lo absoluto.

Existe otro tipo de pluralismo que admite la posibilidad de reducir la pluralidad a la unidad en el plano trascendente. Tal perspectiva supera la arbitrariedad del pluralismo relativista y el consenso público del pluralismo convencionalista de un asentimiento universal. Así, el camino de la *metafísica* es el único que permite la unificación de lo múltiple que no sea un mero acuerdo práctico intersubjetivo, sino el compartir sustancial y, teóricamente, el concepto del bien en sí. Sobre esto volveremos más adelante.

BOERI, R., *Bioética, pluralismo e principio di tolleranza*, Bioetica. Rivista interdisciplinare 1993; 1: pp. 111-114.

Como hemos visto, en el horizonte *laico* (entendiendo por este apelativo el razonamiento limitado a la dimensión *física*, negando la *metafísica*) son dos las maneras de entender el pluralismo: el *relativismo* y el *convencionalismo*. Ambas concepciones se basan en un principio bioético común que es el principio de la autonomía. Por un lado, el *relativismo* pone como origen de la opción moral subjetiva la autodeterminación individual; por el otro, el *convencionalismo* pone en el origen del acto moral el acuerdo intersubjetivo. La autodeterminación individual y el acuerdo intersubjetivo suponen la autonomía, que es la condición de

posibilidad de expresar la voluntad individual y de estipular el acuerdo o contrato entre varios individuos.

Entonces, ¿cómo se puede garantizar la convivencia de la pluralidad de sujetos autónomos? La garantía de la copresencia y de la coposibilidad de sujetos autónomos es la *tolerancia*, pero, ¿qué tipo de tolerancia?

BOERI, neurólogo de orientación *laica*, seguidor del enfoque relativista de U. Scarpelli y del enfoque convencionalista de T.H. Engelhardt, propone un concepto *pragmático* de tolerancia. Por lo demás, en el ámbito de una concepción *laica* del pluralismo, la tolerancia pragmática es la única propuesta social posible.

Por tolerancia *pragmática* se entiende la tolerancia en sentido débil; tolerar significa *soportar* la autonomía del otro, soportando tanto sus opiniones como sus comportamientos. El *soportar* es una actitud pasiva y negativa. Pasiva en cuanto que acepta con resignación indulgente o con indiferencia las convicciones y las acciones ajenas; negativa en cuanto que se abstiene de intervenir represivamente, dejando (o incluso garantizando) la libre expresión de la autonomía individual. Tolerancia equivale también a *simpatía* o *empatía*, o sea, coparticipación en lo que le pasa y experimenta el otro. La limitante que surge a este enfoque *laico* es que la tolerancia pragmática no garantiza la convivencia social de todos los seres humanos.

Para un acercamiento crítico a la concepción *laica* del pluralismo y de la tolerancia resulta de notable interés el estudio siguiente.

D'AGOSTINO, F., *Diritto, pluralismo e tolleranza*, en Id., *Filosofia del diritto*, Turín, G. Giappichelli, 1993, pp. 171-176.

Una reflexión crítica sobre los límites del pluralismo y de la tolerancia en la perspectiva *laica*, examinados con objetividad y sistematización por D'AGOSTINO, nos ayuda a comprender la relevancia de la perspectiva contrapuesta, esto es, la perspectiva metafísica.

La tolerancia *pragmática*, en primer lugar, es *intolerante* respecto de los sujetos no autónomos, por tanto, incapaces de expresar su propia voluntad individual. Se *soporta* sólo a los sujetos autónomos: las necesidades de quien no puede expresarse (por deficiencias en el lenguaje, en el ejercicio de la racionalidad o en la realización de la

independencia) no son objeto de atención ni son considerados de relieve social. Además, ¿cómo se limita la voluntad de un sujeto autónomo que decide ser *intolerante*?

Una crítica ulterior a la tolerancia *laica* pone de relieve que la expresión de voluntades opuestas de dos sujetos autónomos sólo son accidentalmente conciliables, es decir, si se expresan en tiempos y/o lugares diferentes. Si las voluntades opuestas fueran contextuales y simultáneas, o sea, en el mismo espacio y en el mismo tiempo, serían irreconciliables. Pensemos en el caso bioético de la voluntad eutanásica de un enfermo terminal y de la voluntad terapéutica del médico. La *neutralidad* de la tolerancia *pragmática* sólo se *supone*, pues vence la voluntad del más fuerte, de aquel que mejor sabe imponerse sobre el otro.

En una perspectiva metafísica, el pluralismo y la tolerancia adquieren una valencia diversa respecto de la perspectiva *laica*. La metafísica afirma la existencia de una verdad objetiva (es la verdad inscrita intrínsecamente en el *logos* de la naturaleza) y la posibilidad que tiene el hombre de conocer, o de entender, la verdad mediante la razón natural. En ese contexto, el pluralismo cobra una valencia *cualitativa* -ya no cuantitativa. La pluralidad de opiniones y comportamientos representan la pluralidad de las perspectivas que, mediante una confrontación dialógica y dialéctica, permiten un acercamiento gradual y progresivo a la verdad. El hombre, como ser contingente y limitado, no puede con sus solas fuerzas conocer de manera completa la verdad. Su mirar es siempre en perspectiva —espacial y temporalmente determinada— y, por tanto, necesita de una continua y constante confrontación con las perspectivas de los demás para llegar a la verdad. Aunque el hombre nunca pueda poseer de manera definitiva la verdad (la verdad es inobjetable), se acerca a ella a través del diálogo con los demás.

La tolerancia cobra, pues, una valencia fuerte. Tolerar no es el mero soportar al otro, sino respetar al otro como *dialogante*. Sólo si el otro está, si el otro existe, es posible dialogar y buscar un sentido. Esta es la tolerancia *dialógica* o *dialéctica*. Se trata de una tolerancia activa y positiva: activa en cuanto que supone un compromiso constante; positiva en cuanto que no es mera abstención (que evita perjudicar al otro), sino acción y confrontación continua. La tolerancia significa, pues, respeto de la dignidad de la persona humana; en ese sentido, se elimina toda discriminación en la aceptación total de la alteridad humana.

REVISTA MEDICINA Y ETICA
PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: N\$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dlls.

Otros países: \$ 85 U.S. dlls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: N\$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dlls.

Otros países: \$ 30 U.S. dlls.

Deseo recibir la revista Medicina y Etica

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

País: _____

Código Postal: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor enviar cheque a nombre de:

INVESTIGACIONES Y

ESTUDIOS SUPERIORES S.C.

Cheque N° _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:
Instituto de Humanismo en
Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s/n
Apdo. Postal 10 844
11 000 México D.F.