

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1996/1

¿Qué decisión tomar en un embarazo tubárico? -
Bioética en Latinoamérica - Dignidad y vida humana:
dos conceptos fundamentales de la ética médica -
Leyes normativas sobre fecundación artificial
- Consideraciones éticas sobre la "calidad de vida"



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

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

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
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

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

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

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

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

[039 0793]

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

1

VOLUMEN VII NUMERO 1 ENERO-MARZO DE 1996

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

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

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

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

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel,

Corrector de redacción: Lic. Verónica Rodríguez Struck

Colaborador de Edición: Dr. Manuel Sánchez de Carmona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

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

INDICE

EDITORIAL	5
¿Qué decisión tomar respecto al embrión en un embarazo tubárico? <i>Antonio G. Spagnolo, María Luisa Di Pietro</i>	9
Bioética en Latinoamérica. <i>José Kuthy Porter</i>	35
Dignidad y vida humana: dos conceptos fundamentales de la ética médica. <i>Ignacio Carrasco De Paula</i>	43
Análisis comparado de las leyes y de las orientaciones normativas en materia de fecundación artificial. <i>María Luisa Di Pietro</i>	53
Algunas consideraciones éticas en torno al concepto de “calidad de vida” como criterio para la asignación de recursos sanitarios. <i>Dolors Voltas</i>	107
DOCUMENTACION	
Del Magisterio del Santo Padre	119

EDITORIAL

La presente edición de la revista *Medicina y Etica* está dedicada a rendir homenaje al *Instituto de Bioética de la Universidad del Sacro Cuore* de Roma, que este año cumple su décimo aniversario de fundación y que celebró un excelente congreso sobre los orígenes de la Bioética organizado por su director, Monseñor Elio Sgreccia.

Hemos querido destacar por ello a uno de sus investigadores más conocidos, el Dr. Antonio Spagnolo, quien ha participado en diversos congresos y realiza asesorías a compañías farmacéuticas. En esta oportunidad, el Dr. Spagnolo nos lleva a reflexionar sobre un tema de plena vigencia en la obstetricia actual: el embarazo tubárico. Una gestación con la particularidad de tener un alto porcentaje de descontinuarse espontáneamente y al mismo tiempo con terribles riesgos para la madre.

El conocimiento y detección precoz del embarazo ectópico ha cambiado profundamente con el uso cada vez más accesible de nuevas tecnologías: la ecografía transvaginal y métodos inmuno-radiométricos. Hasta ahora, una vez realizado el diagnóstico, la mayoría de los servicios de ginecología y obstetricia toman una conducta bien definida: la extracción de la trompa y la interrupción de la gestación, sin remedio para la vida del embrión.

Hoy se proponen nuevas alternativas, que aunque no están estandarizadas para la aplicación de un servicio de obstetricia general, se están estudiando para su posible incorporación a la práctica habitual de la especialidad.

Este nuevo abanico de posibilidades refleja la intención natural del saber médico, que es salvar la mayor cantidad de vidas posible, a un menor costo y con menores riesgos para la madre.

Una nueva propuesta consiste en la reimplantación de la gestación tubárica en el útero, llamada conversión tubárico-uterina. Aunque su alcance práctico es aún limitado, la posibilidad de dar una oportunidad de vida al embrión o feto lo convierte en una posibilidad extremadamente atrayente, que obliga a dedicar esfuerzos a mejorar la técnica y obtener resultados satisfactorios.

No podemos dejar de destacar la labor de otros investigadores en bioética que sin pertenecer al instituto del Sacro Cuore, colaboran estrechamente en la difusión de la bioética personalista, como es el caso de la doctora en derecho y profesora de la Universidad Francisco de Vitoria, María Dolores Villacoro. Es miembro de la Asociación Española de Bioética, del Parlamento Europeo, y consultora en Bioética para el parlamento y la Organización de las Naciones Unidas. Su labor en el campo de la bioética ha tenido especial importancia, particularmente en relación con



Dr. Antonio Spagnolo



los cargos que ostenta en organizaciones internacionales. Especialmente importante es su nueva publicación llamada *Introducción a la Biojurídica*, que la hace merecedora de nuestras más sinceras felicitaciones.

Reiteramos las felicitaciones al Instituto de Bioética de la Universidad del Sacro Cuore, y esperamos que continúe siendo líder en el campo de la bioética.

Dra. María Dolores Villacoro

¿Qué decisión tomar respecto al embrión en un embarazo tubárico?

Antonio G. Spagnolo, María Luisa Di Pietro***

Resumen

El aumento de los embarazos ectópicos se verifica mayormente en las mujeres con infecciones pélvicas, endometriosis y daños tubáricos debidos a intervenciones tanto de esterilización como de restauración de la viabilidad tubárica. Se advierte además un aumento de la incidencia en las mujeres infértiles, muchas de las cuales son sometidas a indagaciones diagnósticas y a sucesivas intervenciones de procreación asistida. Además juega un papel importante el uso de recientes "anticonceptivos" que en realidad son abortivos.

El artículo considera los valores éticos implicados en las decisiones que pueden tomarse en el tratamiento de esta condición patológica: a) esperar una resolución espontánea o intervenir con una salpingectomía en caso de peligro para la mujer; b) administrar sustancias como prostaglandinas o metotrexanes con el fin de interrumpir la vida embrional; c) "remover" el embrión ectópico mediante una intervención de salpingotomía. Estas tres decisiones comportan la destrucción del embrión sin posibilidad alguna de continuación del embarazo y, por tanto, son éticamente discutibles. d) Recientemente se ha descrito una intervención exitosa de conversión de un embarazo tubárico en embarazo uterino,

* Investigadores, Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

y esto ofrece la ocasión para reconsiderar qué es lo mejor que se puede hacer ante un embrión condenado a una muerte cierta. Según los autores, esta nueva técnica parece ofrecer una perspectiva terapéutica realista y por esto se debe profundizar en ella en el plano de la investigación, dadas también las disponibilidades actuales de establecer precozmente un diagnóstico de embarazo ectópico. Además, se necesita una labor educativa acerca de la necesidad que tiene la mujer de someterse a tales comprobaciones diagnósticas, así como participar en la puesta a punto de esa técnica y prevenir los factores de riesgo responsables de la patología.

El caso de estudio¹

P. K., una mujer de 29 años, es sometida en el curso de la 5ª semana de amenorrea a un examen ecográfico por vía transvaginal, que pone en evidencia una cavidad uterina vacía, pero con marcada reacción decidual de la mucosa (como se tiene en el caso de un embarazo) y un embarazo ectópico, a nivel de la trompa. Está presente el latido cardíaco fetal. En el momento del diagnóstico, la paciente es asintomática y en la anamnesis resultan una salpingectomía derecha y una salpingotomía izquierda como consecuencia de dos embarazos tubáricos precedentes. Los médicos, que desde hace tiempo vienen estudiando el problema, proponen a P. K. una intervención de transferencia del embrión que se encuentra en la trompa al útero (conversión de embarazo ectópico en embarazo uterino, llamado en adelante “conversión tubárico-uterina”), con la esperanza de que esto pueda evitar lo que generalmente se verifica en estos casos, la interrupción, espontánea o no, del embarazo, el cual nunca podría ser llevado a término a nivel tubárico. La mujer, después de una pausa de reflexión de 24 horas, acepta someterse a la intervención.

Mediante laparotomía, que confirma la presencia de un embarazo ectópico en la ampolla de la trompa izquierda, es practicada una incisión lineal en la trompa (salpingotomía lineal) y el embrión es extraído y transferido a la cavidad uterina. Con anterioridad, se efectúa la remoción,

por vía transcervical, de endometrio caduco de cada uno de los cuatro cuadrantes del útero, a fin de hacer “más acogedora” la cavidad uterina misma.

Una ecografía pélvica, efectuada pocos días después de la intervención, pone en evidencia un embarazo único y un embrión de 4 milímetros con actividad cardiaca normal.

En las sucesivas ecografías el feto presenta un desarrollo en los límites inferiores de lo normal. Al final de la 38ª semana de gestación y después de seis horas y media de parto, P. K. da a luz una niña de 2.7 kilogramos de peso, en óptimas condiciones de salud.

Los interrogantes médico-éticos que se plantean son diversos y se refieren, precisamente, al manejo de un embarazo ectópico: 1) ¿Cuál es la conducta médica más apropiada para salvar la vida de la madre y, al mismo tiempo, la del embrión? 2) ¿Es correcto, desde el punto de vista deontológico, aguardar a intervenir en presencia de un embarazo ectópico hasta que aparezcan señales de peligro para la madre? 3) ¿Hay que considerar como aborto directo o indirecto las intervenciones con intención de remover el embrión implantado en la trompa a fin de evitar un problema posterior de la trompa, y probablemente la infertilidad o la hemorragia masiva? 4) ¿En qué condiciones es lícita una intervención de conversión tubárico-uterina: puede considerarse una intervención terapéutica proporcionada, o se trata sólo de ensañamiento terapéutico?

Antes de entrar en la discusión de estos problemas consideramos oportuno recordar algunos datos sobre los aspectos epidemiológicos, etiopatogenéticos y clínicos del embarazo tubárico, datos que habrán de tenerse presentes en la evaluación bioética.

Examen de los datos médico-científicos sobre el embarazo ectópico

Epidemiología y factores etiopatogenéticos del embarazo ectópico

Un embarazo se define como ectópico cuando el embrión se implanta fuera de la cavidad uterina (embarazo extrauterino) o en el útero pero fuera del lugar apropiado. El 97-98 por ciento de los embarazos ectópicos son tubáricos y entre estos el 80 por ciento se localiza en la ampolla

tubárica; el resto de los casos, en el tracto ístmico (15 por ciento) y en el tracto intersticial o fímbrico. Por este motivo, cuando se habla de embarazos ectópicos casi siempre se indican embarazos tubáricos. Las localizaciones no tubáricas pueden ser abdominales, ováricas o cervicales.

La incidencia de embarazos ectópicos, que oscila entre el 0.8 por ciento y el 2 por mil del total de embarazos,² parece haber aumentado notablemente en los últimos años, incluso duplicado o triplicado,³ en relación con las causas de las que hablaremos enseguida.

En el estudio de la etiopatogénesis del embarazo ectópico hay que tener presente que el embrión humano, en la fase de trofoblasto, presenta una acusada tendencia a invadir los epitelios, pudiéndose anidar, por tanto, no sólo en la mucosa uterina sino también en el ovario, en el peritoneo y en la mucosa tubárica.⁴ El anidamiento en lugares anómalos estaría facilitado por la alteración de la funcionalidad normal y la estructura de la trompa. Efectivamente, para que se verifique el proceso normal de captación por parte de la trompa y la fecundación del ovocito, liberado del folículo ovárico en el momento de la ovulación, es necesaria la presencia de una superficie ovárica libre de adherencias; una normal contractilidad de los ligamentos tubo-ováricos; la porción fímbrico-ampular de la trompa libre para abrazar al ovario; una actividad normal de las células ciliares y secretoras al interior de la trompa y una peristalsis normal de la musculatura tubárica, además, obviamente, de que la trompa misma sea practicable.⁵

Entre las causas que pueden alterar estos delicados mecanismos recordamos:⁶

La edad de la mujer. Se ha puesto en evidencia que la incidencia de embarazos ectópicos es más elevada entre los 35 y los 44 años, debido probablemente a una mayor exposición al riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmisibles con una sucesiva evolución en enfermedad pélvica inflamatoria.

La enfermedad pélvica inflamatoria. Las causas más frecuentes de daño tubárico son los resultados de una salpingitis aguda, o bien de una infección —a menudo asintomática— causada por agentes transmitidos por vía sexual. Por ejemplo, el riesgo de que se establezca un embarazo ectópico aumenta hasta en siete veces después de una infección por *Chlamydia trachomatis*.⁷

Se trata de un evento frecuente entre otros en las mujeres que han iniciado precozmente y de modo promiscuo su actividad sexual⁸ y cuyos

resultados, andando el tiempo, son devastadores incluso en esta época de antibióticos, desde el momento en que no se logra evitar el daño del epitelio tubárico.

También es frecuente la asociación entre una intervención de interrupción voluntaria del embarazo y la salpingitis.⁹

La manipulación de las trompas. La incidencia de embarazos ectópicos parece haber aumentado también como consecuencia de la recanalización espontánea de la trompa después de una esterilización o de intentos de reversión quirúrgica de la misma,¹⁰ así como después de aplicar técnicas de diagnóstico invasivas, como la salpingografía, o de recurrir a intervenciones de salpingoplastia.¹¹

El uso de anticonceptivos y de abortivos. Entre los riesgos vinculados con el uso de ciertos “anticonceptivos” hormonales —que en realidad actúan con un mecanismo abortivo— con base en progestínico únicamente o en elevadas dosis de estrógeno, existe la posibilidad de que se establezca un embarazo ectópico.¹² En realidad, tanto la administración continua de un progestínico (como la llamada minipíldora, las inyecciones trimestrales o las implantaciones debajo de la piel) como la postovulatoria de estrógenos, causan la alteración del ambiente uterino en el que fisiológicamente habría de establecerse el embarazo; y el embrión —cuyos desplazamientos se ven alterados por las modificaciones inducidas por las mismas hormonas sobre la movilidad tubárica— acaba por implantarse en lugares diferentes del habitual.

Lo mismo hay que decir en el caso de la mujer que hace uso de la espiral o del DIU (Dispositivo intrauterino) aunque sea diverso el mecanismo etiopatogénico, que es de naturaleza inflamatoria.¹³

De hecho, el empleo de la espiral, que es un abortivo, puede exponer a la mujer al riesgo de contraer una enfermedad pélvica inflamatoria con mayor frecuencia que quien no hace uso de ella. Probablemente la presencia del dispositivo en el útero y de la “cola” que sobresale del cuello uterino facilita el que los gérmenes presentes en la vagina se remonten hacia las vías genitales altas. A esto hay que agregar que la mujer que hace uso de la espiral, en cualquier caso, está expuesta a contraer enfermedades de transmisión sexual con mayor frecuencia, probablemente por la creciente disponibilidad a mantener relaciones sexuales con varias parejas.

Si la inflamación ha interesado la salpínges es posible que se verifique un embarazo ectópico: la estenosis de la luz tubárica o la dificultad de

la trompa para moverse normalmente, a causa de la presencia de adherencias, impide que el embrión, al quedar atrapado en la ampolla tubárica, alcance la cavidad uterina.

El recurso a las técnicas de fecundación artificial. La incidencia de embarazos ectópicos como consecuencia de la G.I.F.T. (*Gamete Intra Fallopian Transfer*) es en promedio del 5.5 por ciento, es decir, un valor más elevado respecto a la incidencia espontánea de esa patología.¹⁴ En la literatura se han descrito incluso casos de embarazos tubáricos bilaterales después de una transferencia de cuatro óvulos (dos por cada parte) en el ámbito de un programa de G.I.F.T.;¹⁵ el mismo porcentaje se observa en caso de la F.I.V.E.T. (*In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*).¹⁶

La causas de este fenómeno parecen ser de naturaleza hormonal, orgánica o funcional.

El factor hormonal es incriminado cada vez que se recurre a la hiperestimulación ovárica, bien independientemente o en el ámbito de un programa de F.I.V.E.T. o G.I.F.T.:¹⁷ los elevados niveles de estrógenos, como consecuencia de la administración de clomifeno citrato o de gonadotropina menopausal humana (hMG), serían responsables, por una parte, de la alteración del transporte del embrión en la trompa y, por otra, del establecimiento de un ambiente uterino no adecuado para la implantación (*asincronía útero-ovárica*), con el consiguiente anidamiento en lugar ectópico.

Además, aun cuando la condición fundamental para incluir a una mujer en un programa de G.I.F.T. es que por lo menos una trompa sea viable, puede ocurrir que otras funciones de la trompa —no puestas de manifiesto por ejemplo en el curso de una histerosalpingografía— resulten alteradas, poniendo así las condiciones para que se produzca un embarazo ectópico (*factor funcional*).

Por este motivo, en el rastreo para la admisión a los programas G.I.F.T. se propone la salpingoscopia, a fin de explorar la estructura de la mucosa tubárica y excluir del programa a aquellas mujeres que, en presencia de alteraciones histológicas (*factor orgánico*), tienen un riesgo elevado de embarazo ectópico.¹⁸

Acerca de un *factor embrional*, se ha supuesto a veces que entre las causas de embarazo ectópico esté la presencia de alteraciones genéticas en el embrión.¹⁹ Se trata, sin embargo, de una hipótesis que no ha tenido

confirmación ni en la literatura ni en la práctica clínica. En realidad, no habría ninguna diferencia porcentual de alteraciones fenotípicas y genotípicas, en la misma edad gestacional, entre embriones de embarazos uterinos y de embarazos ectópicos. Además, las anomalías fenotípicas encontradas en embriones de embarazos ectópicos habría que achacarlas a la presión a que están sometidos en el lugar anómalo y a la frecuente asociación de oligohidramnios.²⁰ Este hecho es confirmado por el tipo de malformaciones que se acostumbra encontrar, entre ellas, anomalías faciales, tortícolis congénita, pie talo o hipoplasia pulmonar.

En la tabla 1 hemos resumido los factores asociados con el aumento de los embarazos ectópicos.

Tabla 1
Factores asociados con el aumento de embarazos ectópicos

<i>Edad de la mujer</i>	en relación con el mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual
<i>Enfermedad pélvica inflamatoria</i>	salpingitis, sobre todo por <i>Chlamydia Trachomatis</i> , intervenciones de IVG
<i>Manipulación de las trompas</i>	intervenciones quirúrgicas en las trompas o exámenes para diagnóstico
<i>Uso de anticonceptivos y de abortivos</i>	con base en sólo progestínico o elevadas dosis de estrógeno, espiral
<i>Técnicas de fecundación artificial</i>	sobre todo la G.I.F.T., pero también la F.I.V.E.T.

Cuadro clínico e historia natural de los embarazos ectópicos

Es característica, en cerca del 50 por ciento de los casos de embarazo ectópico, una triple sintomatología: pérdidas hemáticas atípicas-dolor-amenorrea, asociada o no con lipotimia (20 por ciento) y shock hipo-

volémico (10-15 por ciento). En el examen objetivo ginecológico se puede advertir, en cerca del 60 por ciento de los casos, una tumefacción de los anexos uterinos y en el 30-35 por ciento los signos de un abdomen agudo.

Lo variable de los síntomas y de los signos asociados con la presencia de un embarazo ectópico es responsable de la mayor parte de los errores diagnósticos de esta eventualidad. El dato clínico —aunque sea indispensable para iniciar un correcto decurso diagnóstico y para localizar la presencia de factores de riesgo— no basta en realidad para establecer un diagnóstico precoz y oportuno.

Por este motivo, en la actualidad se tiende a someter precozmente a la paciente asintomática, pero con riesgo, a exámenes hormonales (beta-hCG; en la práctica, las hormonas productoras del embrión), ecográficos y eventualmente laparoscópicos. De ese modo es posible, desde la 3ª semana de gestación, localizar el 96 por ciento de los embarazos ectópicos en los que se presenta —cerca del 24 por ciento de los casos— el latido cardíaco fetal.²¹

Aparte lo específico de la dosificación de las beta-hCG (superior, según algunos estudios,²² al 96 por ciento con una especificidad igual al 100 por ciento) se ha revelado como muy útil la ecografía por vía transvaginal, más precisa —en este caso— que la transabdominal.²³

La evolución natural de un embarazo ectópico es variada. En el caso de un embarazo tubárico se puede verificar: *a*) aborto tubárico completo o incompleto, más frecuente en el caso de implantación ampular; *b*) rotura de la trompa, más frecuente en el caso de implantación ístmica; *c*) embarazo abdominal secundario como consecuencia de rotura tubárica en la cavidad peritoneal, rotura que puede ser espontánea o consecuencia de una relación sexual o de maniobras de investigación manual. En ese caso el embrión puede sobrevivir incluso durante varias semanas y sucesivamente irse reabsorbiendo o momificando, o dar origen a una hemorragia o a una supuración; *d*) el embarazo procede a nivel tubárico incluso hasta el final, evento muy raro.

La fertilidad futura está comprometida en el 50 por ciento de las mujeres que han tenido que enfrentarse a una rotura tubárica, incluso sólo monolateral, mientras el 10-15 por ciento está en riesgo respecto a un segundo embarazo ectópico, pero la complicación más terrible es la aparición de hemoperitoneo después de la rotura de la trompa, es decir,

de una hemorragia interna y la muerte de la mujer por shock. En realidad, el embarazo ectópico es la segunda causa de muerte en el embarazo y la primera causa en el transcurso del primer trimestre.²⁴

Tratamiento de los embarazos ectópicos

El mejoramiento de las capacidades diagnósticas del embarazo ectópico no ha estado equilibrado con una evolución igual de las posibilidades de intervención, por lo que se ha continuado y se continúa tratando tal eventualidad con la “remoción” quirúrgica o farmacológica del embrión, sin evaluar previamente la presencia o no del latido cardíaco fetal, dando por resultado, en ambos casos, la muerte del recién concebido.

En algunos casos, en ausencia de hemoperitoneo y con bajos niveles de beta-hCG, se adopta a veces también una actitud de espera, monitoreando el embarazo para evaluar la posibilidad de reabsorción del embrión muerto.²⁵

El *enfoque quirúrgico* del embarazo ectópico, y en particular del tubárico, puede ser *radical* (salpingectomía o anexectomía) o *conservador* (salpingotomía lineal o salpingectomía parcial con sucesiva salpingotomía): la elección entre las dos modalidades la dictan esencialmente las condiciones de la trompa interesada y la finalidad de preservar la fertilidad futura de la mujer.²⁶

Las primeras intervenciones en embarazos ectópicos fueron de tipo radical: parece que la primera salpingectomía se llevó a cabo en Inglaterra en 1883.²⁷ Hoy, la intervención radical —mediante salpingectomía total con o sin ovariectomía monolateral— es utilizada en el caso de rotura de la trompa o en presencia de inestabilidad hemodinámica de la mujer.

La intervención de salpingectomía total prevé la recesión de la trompa a nivel del tracto intramural, técnica que si, por una parte, reduciría la posibilidad de una recidiva del mismo lado, por la otra puede debilitar la musculatura del útero y predisponer a su rotura en caso de un embarazo posterior.²⁸

Las dos principales intervenciones conservadoras son, como se ha dicho, la salpingotomía lineal y la salpingectomía parcial asociada a salpingostomía en el muñón de trompa residual. La elección de una u otra depende del tracto de trompa interesado por el embarazo, además, la

opción de la salpingectomía linear parece estar dictada por la finalidad de reducir el riesgo de un nuevo embarazo extrauterino.²⁹ En efecto, la salpingotomía linear se asocia a un índice de sucesivos embarazos extrauterinos igual al 24 por ciento.³⁰ La vía de acceso, tanto para la salpingotomía como para la salpingectomía parcial, es laparoscópica y se utiliza en cuanto que minimizaría el trauma quirúrgico y la posibilidad de resultados adherenciales para la mujer.³¹

El *enfoque farmacológico* es una alternativa al enfoque quirúrgico, en los casos en los que está desaconsejado por el estado de salud de la mujer. Esencialmente se trata de la interrupción del embarazo ectópico utilizando productos de acción embriotóxica o citostática.

De la propuesta de los chinos de utilizar la tricosantina, que tiene una acción citotóxica directa en el embrión, se ha pasado al empleo sistemático del metotrexate o de la prostaglandina F-2alfa y a la experimentación de la RU486 o de los anticuerpos monoclonales contra la beta-hCG.

El metotrexate se administraba primeramente por vía general con la aparición de graves complicaciones sistémicas en la mujer;³² posteriormente ha sido experimentado un uso local de la sustancia, que es inyectada—bajo guía ecográfica—directamente en la trompa acompañándola con la aspiración del saco gestacional ectópico y, por tanto, también del embrión.³³

El efecto abortivo después de administrar metotrexate se verificaría en el 89 por ciento de los casos según un estudio de Pansky.³⁴ También las prostaglandinas, y en especial la prostaglandina F-2alfa, se administran localmente en la trompa.³⁵

La experimentación con RU486 no confirma la actividad abortiva de esta sustancia en el caso de embarazo ectópico, en cambio, los anticuerpos monoclonales anti-hCG desarrollan esa actividad en un elevado porcentaje de casos.³⁷

La conversión tubárico-uterina

Como alternativa a la interrupción quirúrgica y farmacológica del embarazo ectópico se ha propuesto, como en el citado caso de estudio, la conversión del mismo en embarazo uterino (*conversión tubárico-uterina*) mediante la reubicación del embrión ectópico en el útero.

Un primer intento en este sentido, según refiere la literatura, habría sido hecho por Wallace en 1917 ante un embarazo tubárico izquierdo, descubierto casualmente en el curso de una miomectomía.³⁸ El embrión, extraído mediante salpingotomía, fue reubicado en el útero a través de la brecha residual de la intervención de miomectomía; el embarazo llegó a término con el nacimiento de un niño.

Un segundo intento lo ha referido, en tiempos más recientes, Shettles, quien en 1990 efectuó una intervención de conversión tubárico-uterina en un embarazo ectópico de 40 días (en la trompa izquierda).³⁹ El embarazo llegó a término y representaba el primer logro personal de Shettles después de fallar ocho intentos.

También el éxito de Pearce,⁴⁰ del que hemos hablado en la exposición del caso de estudio, era el primero después de ocho intentos fallidos en embarazos ectópicos diagnosticados y tratados entre la 5ª y la 18ª semana de gestación.

Recordemos también el intento de conversión tubárico-uterina de Hilgers, que acabó desafortunadamente en aborto espontáneo.⁴¹ En este caso, después de remover la trompa mediante salpingotomía linear y enucleación microscópica, el saco gestacional y el tejido trofoblástico y viloso a él asociado fue reubicado en el útero, mediante una brecha efectuada en el miometrio uterino.

Antes de evaluar las razones que, según los diversos autores, han sido responsables de los éxitos o, por el contrario, de los fracasos, tenemos que detenernos a analizar las condiciones requeridas para poder proceder a una intervención de conversión tubárico-uterina. Tales condiciones son:⁴² *a)* un cuidadoso y precoz diagnóstico de embarazo ectópico con la ayuda de una ecografía transvaginal y la dosificación de las beta-hCG; *b)* el desarrollo de una técnica adecuada para la remoción y reubicación del embrión; *c)* el análisis previo del genotipo del embrión.

Ahora bien, si las primeras dos condiciones son fáciles de entender para lograr que tenga éxito la intervención de conversión tubárico-uterina, no se puede decir lo mismo de la tercera condición, esto es, el estudio del genotipo del embrión. Tendremos manera de volver sobre este punto en la discusión ética del caso; aquí sólo queremos recordar que, desde el punto de vista clínico, no hay diferencias en la incidencia de malformaciones genéticas entre embarazos uterinos y embarazos ectópicos y que el mayor porcentaje de malformaciones evidenciadas

hay que atribuirla —como hemos dicho— a una mayor presión y a la frecuente presencia de oligohidramnios a la que están expuestos los embriones anidados en un lugar extrauterino.

Según Shettles,⁴³ el éxito de su intervención habría que atribuirlo a las condiciones del saco embrionario que, al estar íntegro —completamente cubierto por las vellosidades coriónicas y sin manifestaciones hemorrágicas—, había sido extraído y transferido con una cierta facilidad.

Es diferente la justificación de Pearce y colaboradores,⁴⁴ los cuales consideran que fue decisivo para el resultado de la intervención remover algunas zonas de la pared uterina, antes de reubicar el embrión en el útero, encontrándose el endometrio, de todos modos, con una transformación decidua gravídica. De esta manera, pues, se habría evitado la hostilidad natural a la implantación —que había sido responsable de los fracasos anteriores— debida al hecho que se intentaba la implantación en el útero fuera de un “período ventana” muy concreto.

Para aclarar este concepto recordemos que, aunque el trofoblasto mantiene la capacidad de invadir un epitelio (y por tanto de implantarse) hasta las 20 semanas de gestación,⁴⁵ no se verifica igual situación cuando el epitelio interesado es el endometrio uterino, el cual no es receptivo al anidamiento del embrión excepto en una breve fase llamada, precisamente, “período ventana”. Esto explicaría el fracaso de cualquier transferencia del embrión en un ambiente no receptivo y el éxito como consecuencia de la remoción del endometrio “hostil”.

Además, hay que tener presente que el éxito de la conversión tubárico-uterina es directamente proporcional a la precocidad de la intervención, porque la circulación de las vellosidades coriónicas no es estable hasta la octava semana de gestación y, por tanto, la transferencia dentro de este lapso de tiempo puede facilitar el establecimiento de una circulación materno-fetal normal. Hilgers⁴⁷ reconoce que las causas de su fracaso hay que atribuir las al hecho de que en el momento de la transferencia había una pequeña hemorragia pélvica, los niveles de hCG estaban por debajo de la norma para la edad gestacional y parte de las vellosidades se habían separado de la pared tubárica, signos de que se había puesto en marcha un proceso abortivo espontáneo. Además, Hilgers reconoce que fue importante el que Pearce y sus colaboradores hubieran preparado la mucosa del útero antes de la transferencia del embrión.

El análisis de los problemas éticos vinculados con el embarazo tubárico

Son diversos, como decíamos al principio, los interrogantes éticos que se plantean desde el punto de vista de la intervención del médico en el caso en cuestión. Los examinaremos partiendo de las posibles decisiones que podrían tomarse ante un diagnóstico de embarazo ectópico.

A. La decisión de esperar la evolución espontánea. En este caso se trata de seguir la historia natural del embarazo ectópico, aunque esperar no quiera decir, ciertamente, no hacer nada. La mujer, en efecto, es puesta al corriente de las diversas perspectivas referentes a la evolución del embarazo y es hospitalizada cerca de la sala de operaciones, sometiéndola a monitoreo continuo. Esto, por un lado, para visualizar el latido cardíaco embrional, incluso varias veces al día; por el otro, para monitorear sus condiciones clínicas, a fin de captar los signos clínicos iniciales de una complicación que impondría una intervención específica. En sustancia, podemos encontrarnos ante dos eventualidades principales: 1) el embarazo se encuentra con una solución espontánea (aborto espontáneo, sin rotura de la trompa, o bien muerte del embrión y reabsorción antes de que se presente cualquier amenaza para la madre), lo cual se verifica en más del 65 por ciento de los casos de embarazo ectópico cuando se adopta esta “terapia de espera”;⁴⁸ 2) la trompa va siendo progresivamente interesada en el plano anatómo-patológico por la evolución del embarazo hasta el punto de constituir un peligro para la vida de la madre y requerir una intervención terapéutica. Esto configura la decisión de la que se habla en el siguiente punto.

La decisión de esperar hasta que haya comenzado a perfilarse la intervención de conversión tubárico-uterina no presenta objeciones desde el punto de vista moral. Efectivamente, se trata de activar, por parte del médico, todas aquellas garantías que puedan salvaguardar la vida y la salud de la mujer y que, al mismo tiempo, respeten la existencia de otro ser humano aunque sea precaria —como el embrión, implantado de manera anómala— excluyendo cualquier intervención que anticipe directamente su muerte. Ante las perspectivas de conversión tubárico-uterina antes recordadas, hoy es de desear un compromiso cada vez mayor de los investigadores en este campo, a fin de “hacer algo más” que esperar, para

dar una posibilidad de vida al embrión de un embarazo ectópico. Es lo que consideraremos en el punto D.

B. La decisión de intervenir con la salpingectomía total o parcial. Se trata de una decisión drástica que se impone, como se ha dicho, en relación con la aparición de los síntomas y signos clínicos en la madre, tanto cuando el diagnóstico de embarazo ectópico es conocido precozmente y la mujer ha sido monitoreada a la espera de los acontecimientos, como cuando el diagnóstico se produce tardíamente, y la intervención se impone con urgencia: en ambos casos la intervención representa la única posibilidad de salvar a la mujer de un peligro inminente.

Extrayendo en todo o en parte la trompa, sin embargo, se causa también la muerte del embrión, si esta no ha sobrevenido antes (como a menudo se verifica y se confirma al faltar el latido cardíaco). Sin embargo, incluso frente a tales consecuencias, no queridas sino previstas, esta intervención está plenamente justificada incluso bajo el perfil moral en relación con la situación de peligro del que hablábamos y con la configuración de todos los demás requisitos del *principio del doble efecto*.⁴⁹

Por esto, en tales circunstancias el aborto que se verifica puede ser definido como indirecto, en cuanto que la muerte del embrión no se ha buscado directamente sino que se trata de la consecuencia inevitable de una intervención de urgencia. En otras palabras, se ha intervenido para salvar la vida de la madre en peligro actual, y la eventual muerte del embrión —incluso si no se ha producido antes— no representa ni el fin ni el medio para el fin.

Acerca del peligro para la madre que justifica la intervención de salpingectomía, y hace aplicable el principio del doble efecto, hay que precisar que ese peligro no se refiere únicamente a la rotura presente de la trompa y la consiguiente hemorragia. Incluso antes de que estos eventos se verifiquen puede haber una justificación médica y ética para intervenir removiendo la trompa, o parte de esta, cuando la trompa misma resulta estar gravemente comprometida en el plano anatómico-patológico por la presencia del embrión, que pone en serio peligro la vida de la mujer. Esto lo ha venido sosteniendo desde hace tiempo el teólogo-moralista Bouscaren en su importante obra sobre los embarazos ectópicos,⁵⁰ y sucesivamente también la Conferencia Nacional de los Obispos Católicos de EE. UU., la cual, en las “Directrices éticas y religiosas para los hospitales católicos”, ha considerado moralmente justificada la sal-

pingectomía en un embarazo ectópico, aunque se prevea la muerte del embrión, cuando: 1. la trompa esté tan peligrosamente dañada que justifique su extirpación; 2. la intervención quirúrgica no consista simplemente en remover el embrión de su sitio (lo cual sería un aborto directo); 3. la intervención en cuestión no pueda ser pospuesta sin un significativo peligro para la madre.⁵¹

C. La decisión de “remover” precozmente el embrión. Esta es la decisión que origina mayores dificultades desde el punto de vista ético. Hoy, en efecto, dadas las posibilidades de hacer un diagnóstico precoz de tal anomalía de la implantación —y considerando que se trata de un embarazo que, de todos modos, en un tiempo más o menos breve se interrumpiría espontáneamente— a menudo se llega, a la decisión de remover precozmente el embrión, provocando directamente su muerte, faltando cualquier signo y síntoma de daño para la trompa y/o de amenaza actual para la vida de la madre.

La ventaja buscada por quien sigue este enfoque es, por un lado, la salvaguardia de la vida de la madre;⁵² por el otro, de la salud de la misma, en el sentido de salvaguardar con la intervención precoz su fertilidad futura, manteniendo la funcionalidad de las trompas. La intervención se hace, deliberadamente, antes de que se establezca cualquier daño en la trompa.

En otras palabras, ante la perspectiva de una amenaza para la vida y la salud de la madre —y basándose en el hecho de que el embrión está de todos modos condenado a muerte en un tiempo más o menos breve, debido el lugar anómalo de su implantación— se propone como primera y única solución la interrupción del embarazo, con los métodos que hemos mencionado en la parte técnica.

Además de los argumentos de tipo proporcionalista que hemos recordado, algunos sostienen que la “remoción” precoz del embrión del lugar anómalo de la implantación, incluso sin que se presente una situación patológica para la madre, configuraría igualmente la aplicación del principio del doble efecto y que, por esto, el aborto que de ello se deriva debería ser considerado como indirecto.

Ahora bien, mientras la configuración del principio del doble efecto parece indiscutible —como hemos dicho— cuando la intervención está motivada por una patología de la trompa o por la presencia de una hemorragia, debida a erosión o rotura de la trompa misma y que amenaza

gravemente la vida de la madre, parece mucho menos clara, más aún francamente dudosa, cuando se procede a la intervención de “extirpación/supresión” del embrión —esto es, de intervención directa en el embrión— en ausencia de cualquier amenaza actual para la vida de la madre (signos y/o síntomas de patología tubárica).

La dificultad para tomar una decisión semejante parece más evidente si se examinan las modalidades como se procede para salvar la vida de la madre y/o garantizar su fertilidad. Se ha adelantado en la parte técnica que la “remoción” del embrión se realiza mediante el uso de sustancias embriotóxicas y citotóxicas, como el metotrexate, o bien mediante una remoción material directa mediante salpingotomía. Y es precisamente respecto a esta última intervención cuando la discusión entre los moralistas católicos, que retomaremos a continuación a grandes líneas,⁵³ se ha vuelto particularmente movida.

En el caso del metotrexate, en efecto, parece bastante claro que, tratándose de una intervención que actúa directamente sobre el embrión causando su muerte inmediata, se debe considerar como un auténtico aborto directo. Y no vale la justificación —que sin embargo se sigue defendiendo, y que parece tener la connotación de franca hipocresía— de que el metotrexate actúa en las células del trofoblasto, destinadas a constituir la placenta, ¡y no precisamente sobre el embrión! Esto sería como decir que dejar al recién nacido sin alimentación comporta *sólo* la responsabilidad de sustraerle el alimento y no también la de determinar su muerte por inanición.

Acerca del debate más amplio sobre el carácter moral de la salpingotomía hay que decir que, desde los inicios de los años setenta, algunos teólogos católicos, que aceptaban totalmente la enseñanza del Magisterio sobre la gravedad moral del aborto directo, han defendido que incluso la salpingotomía podía estar moralmente justificada (análogamente a lo que Bouscaren y la Conferencia Episcopal católica de Estados Unidos habían configurado para la intervención de salpingectomía parcial o total).

G. Grisez es uno de los más importantes teólogos que ha sostenido esta hipótesis, basando su argumentación en la indivisibilidad de los componentes de una acción humana y aduciendo directamente uno de los criterios del principio del doble efecto cuando se requiere que el efecto bueno no se obtenga mediante el malo, es decir, que no le siga a este.

Grisez escribe que “el hecho de que el efecto bueno siga en orden de tiempo y de proceso físico al malo es irrelevante, en cuanto que todo el proceso es indivisible por parte de la opción humana y, por tanto, todos los componentes de esa opción están igualmente presentes en el agente en el momento de su elección”. Por esto —continúa— en línea de principio, aun cuando el efecto bueno (salvar la vida de la madre) se obtenga mediante el mismo indivisible proceso que da inicio a la acción [que resulta también] abortiva (remoción del embrión), esto no quiere decir que el aborto sea querido”. La indivisibilidad del proceso de la acción, por tanto, convertiría la muerte del embrión sólo en indirectamente querida (*indirectly intended*).⁵⁴

Dicho de otro modo, la remoción del embrión de la trompa todavía íntegra, según Grisez, no debería ser considerada una muerte directa, en cuanto que aun siendo previsible (¡desde luego!, decimos nosotros) que el embrión separado de la trompa va a morir, no se busca ese fin sino solamente salvar la vida de la madre y garantizar su fertilidad futura. La dificultad de la posición de Grisez parece aún más evidente si se considera que con este mismo argumento defiende la licitud de la craneotomía para salvar la vida de la madre, entendiendo la intervención como “un acto que busca reducir las dimensiones del cráneo del feto” en el caso de un parto distócico, a fin de salvar la vida de la madre. Es evidente —continúa Grisez— que de la reducción de las dimensiones del cráneo del feto se deriva ciertamente la muerte del feto, pero esto no es el efecto querido y por tanto no sería lo mismo que decidir dar muerte a un inocente.

Esta posición ha sido ampliamente recusada por muchos moralistas y por la misma Congregación para la Doctrina de la Fe, que tomó una posición clara acerca de la ilicitud de la craneotomía. Y también en cuanto al caso de la salpingotomía parece evidente que la remoción directa de un embrión del único ambiente en el cual puede vivir, aunque sea durante un tiempo impreciso, tiene en términos morales el mismo significado que el darle muerte directamente.

Más recientemente, el tema ha sido retomado por otro moralista fiel a las posiciones del Magisterio, J. Boyle, al abordar un caso análogo al del embarazo tubárico como es el de la placenta previa central con signos iniciales de hemorragia, que es tratado con la remoción del feto mediante cesárea. Y escribe de esta manera: “la remoción del feto mediante cesárea no se hace para determinar la muerte del feto mismo, sino para eli-

minar un impedimento para el tratamiento apropiado de la madre cuya vida corre peligro... En otras palabras, la muerte del feto en este caso no es *querida* (*intended*), sino que es un efecto secundario previsto y *no querido* (*unintended*) de la terapia requerida para prevenir una hemorragia letal”.⁵⁶ Por consiguiente, añade Boyle, se puede decir que *no siempre* la remoción del embrión o del feto no viable del útero (en la práctica, un aborto) debería ser considerada como darle muerte, si esto no era la intención del sujeto agente. Concluye que, mientras el dar muerte directamente es siempre ilícito, el aborto previsto —que no querría decir siempre “muerte intencional” (*intentional killing*)— podría estar moralmente justificado.

Hay que subrayar, no obstante, que este parecer de Boyle se refiere a una situación en la cual se configura plenamente una amenaza actual para la vida de la madre, interviniendo cuando se han manifestado los primeros signos de hemorragia debidos a la separación de la placenta. En el caso de la salpingotomía falta esta condición.

Nos parece, pues, que la “remoción” del embrión se ha de considerar aborto “directo”, en cuanto que no basta con evaluar el actuar sólo con base en la intencionalidad del sujeto, sino que hay que tener presente también la naturaleza objetiva del acto.

Y según la naturaleza objetiva del acto, la remoción de un embrión no viable de la madre, en ausencia de un peligro inminente y sin una perspectiva de supervivencia, significa, precisamente, provocar directamente su muerte; se trata de un aborto directo, intrínsecamente ilícito y no justificable por ningún fin o circunstancia.

En la *Alocución* de Pío XII a los participantes en el *Congreso de la Unión Católica Italiana de Obstetras* del 29 de octubre de 1951 se lee que es ilícita cualquier “deliberada disposición directa sobre una vida humana inocente, es decir, una disposición encaminada a su destrucción, sea como objetivo o como medio para alcanzar otro objetivo... Así, por ejemplo, salvar la vida de la madre es un fin nobilísimo, pero el dar muerte directamente al niño como medio para tal fin, no es lícito”.⁵⁷ Y continúa: “nosotros hemos utilizado siempre, a propósito, la expresión *atentado directo contra la vida inocente, muerte directa*. Puesto que si, por ejemplo, la salvación de la vida de la futura madre, independientemente de su estado de embarazo, requiriera urgentemente una acción quirúrgica u otra aplicación terapéutica que tuviera como consecuencia acce-

soria —en modo alguno querida ni pretendida, pero inevitable— la muerte del feto, tal acción no podría decirse atentado “directo” contra la vida inocente. En estas condiciones la operación puede ser lícita, como otras intervenciones médicas semejantes, siempre que se trate de un bien de alto valor, como es la vida, y no sea posible retrasarla para después de que nazca el niño, ni recurrir a otro remedio eficaz”.⁵⁸

Por tanto, la muerte del que va a nacer no debe ser el “medio” para obtener la salvación de la madre, sino que los dos efectos deben fluir con la misma inmediatez de la acción. Y aunque el embrión no sea suprimido directamente sino sólo “removido”, la previsión de su muerte inevitable debe ser considerada como darle muerte.

“La muerte —escribe Günthor— puede entrar al mismo seno materno o ser provocada por el alejamiento del seno materno. De la misma manera que el niño no puede vivir fuera del seno materno hasta que no ha alcanzado el séptimo mes de embarazo aproximadamente, alejarlo de ese nido durante los primeros meses de embarazo significa matarlo”.⁵⁹

Y entonces, frente al conflicto vida/salud de la madre-vida del hijo, el deber del médico debe ser el de “sostener la vida de ambos y ofrecer los medios terapéuticos para la salvación de ambos. Entre estos medios no existe el de dar muerte directamente, que no es ni acto médico ni acto ético”.⁶⁰

Además, no se puede hablar de injusta agresión o de legítima defensa por parte del embrión que, lejos de querer hacer daño a la madre, lo único que quiere —por las leyes escritas en su naturaleza biológica— es crecer. Tampoco se puede aducir como justificación su inevitable muerte, ya que esta se puede experimentar pero no adelantar.

Así, se debe centrar la atención en el significado objetivo de las acciones que se pretende llevar a efecto y no sólo en la intención que se persigue a través de la acción. Por esto, cuando la salpingotomía representa el momento inicial de una “intervención terapéutica” que busca transferir el embrión removido al útero, tal acción se modifica en su calificación moral. Esta es la premisa para considerar los contenidos de la decisión que sigue.

D. La decisión de la conversión tubárico-uterina. Las posibilidades técnicas que empiezan a entreverse imponen revisar la actitud de espera, que estaba ciertamente justificada en los tiempos en los que la conversión en embarazo uterino de un embarazo tubárico parecía sólo un sueño. Lo

que resulta del estado actual de las investigaciones es que al transferir el embrión a un lugar más idóneo se le puede ofrecer una oportunidad de supervivencia, de otro modo está destinado a morir. Tal intervención se hace cada vez más concreta gracias a la posibilidad de establecer un diagnóstico precoz de embarazo ectópico y al afinamiento de las técnicas microquirúrgicas.

Se trata de una perspectiva científica que reclama, a nuestro parecer, una obligación ética de profundizar en la investigación. Dado que “el ser humano debe ser respetado y tratado como una persona desde su concepción y, por consiguiente, a partir de ese momento se le deben reconocer los derechos de la persona y, sobre todo, el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida”,⁶¹ se sigue que “el embrión deberá ser defendido también en su integridad; cuidado y curado en la medida de lo posible, como cualquier otro ser humano, en el ámbito de la asistencia médica”.⁶²

En consecuencia, si el médico tiene, por una parte, la obligación de monitorear el embarazo, por la otra, tiene la obligación aún mayor de evaluar si esa conversión es posible. Además, desde el momento en que la finalidad es salvar la vida tanto de la madre como del hijo, él no puede adoptar una actitud pasiva de espera, sino que debe intervenir de inmediato con lo que la ciencia le pone a su disposición.

Ciertamente, se podría objetar que la técnica de la conversión tubárico-uterina está aún en estadio experimental y que el porcentaje de fracaso, al que seguiría la muerte del embrión, es muy elevado y que, asimismo, se podría caer fácilmente en el ensañamiento terapéutico. Sin embargo, también es cierto que no hay otras alternativas para salvar al embrión de una muerte segura. Se trataría, pues, de una experimentación, pero con una clara finalidad terapéutica.

A este propósito la misma Instrucción *Donum Vitae* de la Congregación para la Doctrina de la Fe precisa que “en el caso de experimentación claramente terapéutica, esto es, cuando se trate de terapias experimentales empleadas en beneficio del embrión mismo con la finalidad de salvar su vida en un intento extremo y a falta de otras terapias válidas, puede ser lícito recurrir a fármacos o a procedimientos no del todo validados todavía”.⁶³

Naturalmente, como en el caso de otros experimentos clínicos, debe haber, por una parte, el soporte de una adecuada investigación en mo-

delos de laboratorio y en animales y, por la otra, el compromiso de poner a punto técnicas lo menos lesivas posibles para la vida y la salud del que va a nacer.

No obstante, tratándose de una terapia con riesgo, es oportuno el pleno consentimiento informado de la madre.

Finalmente, una alusión a la perplejidad que surge ante la propuesta de algunos investigadores⁶⁴ de evaluar también, entre las condiciones que abogan en favor de un intento de conversión, la normalidad fenotípica y genotípica del embrión: en ausencia de tal “normalidad” el embrión no sería transferido al útero. Se pretendería, pues, introducir un criterio selectivo que concede el derecho de vivir sólo a quienes tienen determinadas “cualidades”.

No habría, sin embargo, como precisan los investigadores mismos, justificación científica alguna para esta especie de diagnóstico pre-implantación, ya que las anomalías fenotípicas encontradas en el caso de embarazos ectópicos en avanzado estadio de desarrollo se deberían a la excesiva presión existente en el lugar anómalo y a la frecuente asociación de oligohidramnios, mientras que no habría mayor incidencia de anomalías cromosómicas respecto a los embarazos normales.

Y aun cuando, por una hipótesis, el embrión estuviera afectado por una anomalía cromosómica, es imposible sustraerse al deber de ofrecerle la posibilidad de alcanzar una vida autónoma. De otro modo, nos estaríamos arrogando el derecho de decidir sobre la vida ajena de manera ilícita.

A fin de hacer un verdadero servicio a la vida de estos embriones es necesario desarrollar, colateralmente con la investigación científica, una capilar educación sanitaria y una atenta educación a la vida para que la mujer, por una parte, se sensibilice a la necesidad de someterse al diagnóstico en época cada vez más precoz, sobre todo en presencia de factores de riesgo,⁶⁵ y, por la otra, que esté dispuesta a acoger favorablemente la eventual propuesta de una conversión uterina de su embarazo ectópico. No son, en efecto, poco frecuentes los casos en los que el embarazo ectópico es consecuencia del uso de abortivos (espiral o progestínicos), y la mujer definitivamente no quiere que su bebé, al que considera sólo un “error”, nazca.

Aún más contra corriente, sería necesaria una educación en la prevención del embarazo ectópico, por lo menos de aquellas formas que

dependen de comportamientos como la actividad sexual promiscua, el uso de anticonceptivos y de abortivos, o el recurso a las técnicas de fecundación artificial.

Referencias bibliográficas

¹ Tomado de PEARCE, J.M., MANYONDA, I.T., CHAMBERLAIN, G.V.P., *Term delivery after intrauterine relocation of an ectopic pregnancy*, Br. J. Obstetrics and Gynecology 1994, 101: 716-717. Por una noticia aparecida en el British Medical Journal del 3 de diciembre de 1994 (vol. 369, p. 1459) nos enteramos que no se habrían contrastado posteriormente los datos referidos por Pearce y además que, por motivos no precisados, este último ha sido objeto de un proceso disciplinario.

² STATFORD, I.C., RAGAN, W.D., *Abdominal pregnancy. Review of current management*, Obstet. Gynecol. 1977, 50: 548-552; PATELLA, A., LA TORRE, R., SIGNORE, F., *Gravidanza ectopica: attuali orientamenti terapeutici*, Pat. Clin. Ost. Gin. 1990, 18: 116-120.

³ ORY, H.W. y WOMEN'S HEALTH STUDY, *Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: new perspectives*, Obstet. Gynecol. 1981, 57: 137; RUBIN, G.L. et al., *Ectopic pregnancy in the United States: 1970 through 1978*, JAMA 1983, 249: 1725-1729; CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Ectopic pregnancy: by transvaginal ultrasound*, Br. J. Obstet. Gynecol. 1990, 95: 1253-1256.

⁴ RAMSEY, E.M., HOUSTON, M.L., HARRIS, J.W.S., *Interactions of the trophoblast and maternal tissues in three closely related primate species*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1983, 124: 647.

⁵ MARANA, R., *Terapia chirurgica della sterilità di origine tubarica*, en MANCUSO, S., SGRECCIA, E. (a cargo de), *Trattamento della sterilità coniugale*, Milán: Vita e Pensiero 1988: 101ss.

⁶ MARCBANKS, P.A., ANNEGERS, J.F., COULAM, C.B. et al., *Risk factors for ectopic pregnancy: a population-based study*, JAMA 1988, 259: 1823-1828; DISERIO, C., CASERTA, G., CIRILLO, L. et al., *PID, contraccezione endouterina, IVG nella patogenesi della gravidanza extrauterina*, Giorn. It. Ost. Gin. 1990, 8: 575-577.

⁷ GUMP, D.W., GIBSON, M., ASHIKAGA, T., *Evidence of prior pelvic inflammatory disease and it's relationship to Chlamydia trachomatis antibody and intrauterine contraceptive device use in infertile women*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1983, 146: 153-159; WESTROM, L., BENGTSOON, L.P.H., MARDH, P.A., *Incidence, trends, and risk of ectopic pregnancy in a population of women*, Br. Med. J. 1981, 282: 15-18.

⁸ WESTROM, L., *Influence of sexually transmitted diseases*, Acta Eur. Fertil. 1985, 16: 21.

⁹ PANAYPTOU, P.P., KOSKERELIS, D.B., MITHINEU, L.S. et al., *Induced abortion and ectopic pregnancy*, Am. J. Obstet. Gynecol. Clin. North Am., 1991, 18: 1-18.

¹⁰ Editorial, *Ectopic pregnancy and reproductive technology*, JAMA 1988, 259 (12): 1862-1864.

¹¹ MORRIS, J., VAN WAGENEN, G., *Interception: the use of post-ovulatory estrogens to prevent implantation*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1973, 115: 101; BAIRD, D.T., GLASIER, A.F., *Hormonal contraception*, New Engl. J. Med. 1993, 328 (21): 1543-1549.

¹² MOYER, D.L., MISCHHELL, D.R., *Reactions of human endometrium to the intrauterine foreign body*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1971, 111: 66; OSTER, G.K., *Chemical reactions of the copper intrauterine device*, Fertil. Steril. 1972, 23: 18.

¹⁴ Sobre el tema remitimos a nuestra revisión: DI PIETRO, M.L., SPAGNOLO, A.G., SGRECCIA, E., *Meta-analisi dei dati scientifici sulla G.I.F.T. Un contributo alla riflessione etica*, Medicina e Morale 1990, 1: 13-40.

¹⁵ OLIVE, D.L., TAYLOR, N., et al., *Gamete Intrafallopian Transfer (G.I.F.T.) complicated by bilateral ectopic pregnancy*, Fertil. Steril. 1988, 49 (4): 719-720. Un aumento de la incidencia de embarazos ectópicos se tiene también cuando se transfieren en la trompa embriones en estadio pronuclear (técnica Prost) o en el de cigoto (técnica Zift). Véase CHAN, Y.F., HO, P.C., *Bilateral tubal pregnancies after pronuclear stage embryo tubal transfer to 1 tube*, Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol. 1993, 33 (3): 315-316; PEEK, J.C., GRAHAM, F.M., *Ectopic pregnancy in a non-patent fallopian tube following transfer of embryos to the contralateral tube*, Human Reproduc. 1992, 7 (1): 136-137.

¹⁶ AUSTRALIAN IN VITRO FERTILIZATION COLLABORATIVE GROUP, *High incidence of preterm birth and early loss in pregnancy after in vitro fertilization*, Br. Med. J. 1985, 291: 1160; SEPPALA, M., PURHONEM, M., *The use of hCG and other pregnancy proteins in the diagnosis of ectopic pregnancy*, Clin. Obstet. Gynecol. 1987, 30: 148-154. También en la literatura más reciente se pone de relieve esta complicación como consecuencia de la fecundación *in vitro*. Véase a este propósito: LEE, J.D., CHANG, S.Y., CHANG, M.Y., et al., *Simultaneous bilateral tubal pregnancies after in vitro fertilization and embryo transfer: report of a case*, J. Formos. Med. Assoc. 1992, 91 (1): 99-101; ZALEL, Y., BARASH, A., et al., *Heterotopic pregnancy: an unusual case report following in vitro fertilization and embryo transfer*, J. Assist. Reprod. Genet. 1993, 10 (2): 169-171; CHANG, J.C., SUN, T.T., LIN, Y.C., *Simultaneous ectopic pregnancy with intrauterine gestation after in vitro fertilization and embryo transfer*, Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1992, 44 (2): 157-160; LEWIN, A., SIMON, A., et al., *Second-trimester heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: a case report and review of the literature*, Int. J. Fertil. 1991, 36 (4): 227-230.

¹⁷ YARON, Y., LESSSING, J.B., PEYSER, M.R., *Expectant management of ectopic pregnancy in the presence of ovarian hyperstimulation syndrome*, Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1995, 74: 80-81; SMITH, S., SCOTT, L., HOSID, S., *Combined intrauterine triplet and ectopic pregnancy following pronuclear embryo transfer in a patient with elevated serum progesterone during ovulation induction*, J. Assist. Reprod. Genet. 1993, 10 (7): 478-480; MARCHBANKS, P.A., et al., *An association between clomiphene citrate and ectopic pregnancy. A preliminary report*, Fertil. Steril. 1985, 44: 268-270; GEMZELL, C., GULLOME, J., WANG, C.F., *Ectopic pregnancy following treatment with human gonadotropins*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 143: 761-765.

¹⁸ BROSENS, Y., et al., *Salpingoscopy: a new pre-operative diagnostic tool in tubal infertility*, Br. J. Obstet. Gynecol. 1981, 141: 698-768.

¹⁹ ELIAS, S., LE BEAU, M., SIMPSON, J.L., et al., *Chromosome analysis of ectopic human conceptuses*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1981, 141: 698-703.

²⁰ CARTWRIGHT, P.S., BROWN, J.E., DAVID, R.J., et al., *Advances in abdominal pregnancy associated with fetal pulmonary hypoplasia: report of a case*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1986, 155: 396-397.

²¹ ROTTEM, S., THALER, Y., TIMOR-TRISCH, I.E., *Classification of tubal gestations by transvaginal sonography*, Ultrasound Obstet. Gynecol. 1991, 1: 197-201.

²² CACCIATORE, B., STENMAN, U.H., YLOSTALO, P., *Early screening for ectopic pregnancy in high risk symptom free women*, The Lancet 1994, 343: 517-518.

²³ SHAPIRO, B.S., CULLEN, M., TAYLOR, K.J., et al., *Transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy*, Fertil. Steril. 1988, 50: 425-429.

²⁴ AMMERMAN, S., SHAFER, M.A., SNYDER, D., *Ectopic pregnancy in adolescent: a clinical review for pediatricians*, J. Pediatrics 1990, 117 (5): 677-686.

- ²⁵ PANSKY, M., GOLAN, A., BUKOVSKY, Y., CAPSI, E., *Nonsurgical management of tubal pregnancy. Necessity in view of the changing clinical appearance*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1991, 164: 888-895.
- ²⁶ BALASCH, J., BARRI, P., *Treatment of ectopic pregnancy: the new gynecological dilemma*, Human Reprod. 1994, 9: 547-558.
- ²⁷ TAIT, L., *Five cases of extrauterine pregnancy operated upon at the time of rupture*, Br. Med. J. 1884, 1: 1250.
- ²⁸ DIAMOND, P.M., DE CHERNEY, A.M., *Surgical techniques in the management of ectopic pregnancy*, Clin. Obstet. Gyn. 1987, 30: 200.
- ²⁹ LINDBLOM, B., *Management of ectopic pregnancy: why does the future hold?*, Human Reprod. 1989, 8: 855-857.
- ³⁰ VIGNALI, M., *Nuovi approcci terapeutici nell'ambito della gravidanza extrauterina*, Ginecologia e Urologia 1990, 341: 2-3.
- ³¹ ZOUVES, C., URMAN, B., GOMEL, V., *Laparoscopic surgical treatment of tubal pregnancy: a safe effective alternative to laparotomy*, J. Reprod. Med. 1992, 37: 205-209.
- ³² ORY, S.J., VILLANUEVA, A.L., SAND, P.K., TAMURA, R.K., *Conservative treatment of ectopic pregnancy with metotrexate*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1986, 154: 1299-1306.
- ³³ FEICHTINGER, W., KENNTER, P., *Conservative treatment of ectopic pregnancy by transvaginal aspiration under sonographic control and methotrexate injection*, The Lancet 1987, y: 381.
- ³⁴ PANSKY, M., GOLAN, A., SCHNEIDER, D., et al., *Tubal patency after prostaglandin F-2alpha injection for determination of ectopic pregnancy*, The Lancet 1989, 21: 967-968.
- ³⁵ LINDBLOM, B., KALLFET, B., HAHLIN, M., HAMBERGER, L., *Local prostaglandin F-2alpha injection for termination of ectopic pregnancy*, The Lancet 1987, y: 776-777.
- ³⁶ KENIGSBERG, D., et al., *Medical treatment of residual ectopic pregnancy: Ru486 and methotrexate*, Fertil. Steril. 1987, 47: 702; KOVACS, L., SAS, M., RESCH, B.A., et al., *Termination of very early pregnancy by RU486 - An antiprogesterone agent*, Contraception 1984, 29: 399-410.
- ³⁷ FRYDMAN, R., et al., *Phase I: clinical trial of monoclonal anti-human chorionic gonadotropin antibody in women with an ectopic pregnancy*, Fertil. Steril. 1989, 52: 734.
- ³⁸ WALLACE, C.J., *Transplantation of ectopic pregnancy from fallopian tube in cavity of uterus*, Surg. Gynecol. Obstet. 1987, 4: 578-579.
- ³⁹ SHETTLES, L.B., *Tubal embryo successfully transferred in utero*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1990, 163: 2026-2027.
- ⁴⁰ PEARCE, MANYONDA, CHAMBERLAIN, *Term delivery after intrauterine...*
- ⁴¹ Correspondencia epistolar de los autores con Hilgers T.W., director del *Pope Paul VI Institute* (un Instituto Nacional para el Estudio de la Reproducción Humana) de Omaha (Nebraska, EUA) y miembro de la Pontificia Academia para la Vida, agosto-noviembre de 1994. Otra intervención de conversión tubárico-uterina en una paciente de 29 años, con resultado negativo, lo describieron W.C. Billings y C.D. Davies en 1964 (referido por LENZI, E., *Sulla conversione di una gravidanza ectopica in gravidanza uterina*, Rivista di Ostetricia Ginecologica Pratica e Medicina Perinatale 1988, III (2): 135-139).
- ⁴² GRUDZINSKAS, J.G., PALOMINO, M., ARMSTRONG, P., et al., *Relocation of ectopic pregnancy to the uterine cavity: a dream or a reality?*, Br. J. Obstet. Gynecol. 1994, 101: 651-653.
- ⁴³ SHETTLES, *Tubal embryo successfully transferred...*
- ⁴⁴ PEARCE, MANYONDA, CHAMBERLAIN, *Term delivery after intrauterine...*

⁴⁵ APLIN, J.D., *Review: implantation, trophoblast differentiation and haemochorial placentation: mechanistic evidence in vivo and in vitro*, J. Cell. Science 1991, 99: 681-692.

⁴⁶ PSYCHOYOS, A., *Uterine receptive for nidation*, Ann. N. Y. Acad. Sci. 1986, 476: 36-42.

⁴⁷ HILGERS, *Correspondencia personal...*

⁴⁸ Citado por MAY, W.E., *The management of ectopic pregnancies: a moral analysis*, en CATALDO, P.J., MORACZEWSKI, A.S. (eds.), *The fetal tissue issue. Medical and ethical aspects*, Braintree (Massachusetts): The Pope John Center, 1994: 121-147.

⁴⁹ Como se sabe, con base en el principio del doble efecto, es lícito llevar a cabo una acción (o cometer una omisión) que provoca incluso un efecto malo cuando: la acción es en sí buena o por lo menos moralmente indiferente; junto con el efecto malo se da también otro bueno y la voluntad pretende directamente el efecto bueno, sin apuntar al malo ni como fin ni como medio para el fin; el efecto bueno no se obtiene mediante el malo, sino que este último a lo más surge de la acción paralelamente al bueno; el efecto malo, previsto pero no buscado, está justificado por una adecuada motivación (véase GÜNTHOR, A., *Chiamata e risposta* (vol. I), Roma: Paoline, 1982: 531).

En el caso de la intervención de salpingectomía, la acción en sí es buena en cuanto que interviene directamente en la parte enferma de la madre (la trompa rota y sangrante); la acción efectuada tiene un fin bueno (salvar la vida de la madre) y uno malo (la muerte del embrión), pero esto no constituye ni el medio para lograr el efecto bueno ni el fin; el efecto malo surge de la acción paralelamente al bueno el cual, por tanto, no se obtiene a través del malo; el efecto malo es permitido en cuanto justificado por una adecuada motivación (la vida de la madre).

⁵⁰ BOUSCAREN, T.L., *The ethics of ectopic operations*, Milwaukee: The Bruce Publishing Company, 1944: 59 (citado por MAY, *The management of ectopic pregnancies...*).

⁵¹ NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *Ethical and religious directives for Catholic Health Care Facilities*, Washington D.C.: United States Catholic Conference, 1971.

⁵² Se registra a este propósito una marcada reducción de la mortalidad materna, por complicaciones del embarazo ectópico, después de los años setenta (véase DOREMAN, S.D., *Deaths from ectopic pregnancy, United States 1979 to 1980*, Obstet. Gynecol. 1983, 62: 334-338).

⁵³ Para profundizar en este debate véase MAY, *The management of ectopic pregnancies...*

⁵⁴ Véase GRISEZ, G., *Abortion: the myths, the realities and the arguments*, Cleveland/Nueva York: Corpus Books, 1970: 340-341 (citado por MAY, *The management of ectopic pregnancies...*).

⁵⁵ La placenta previa es una condición que deriva del anidamiento del embrión en el útero pero en un lugar anómalo, en el extremo inferior del cuerpo uterino. De esta forma, el área de inserción de la placenta está situada en la zona del útero que se expande a medida que el embarazo avanza, determinando así separaciones de la placenta con las consiguientes hemorragias que a veces son un riesgo para la vida de la madre y que causan grave sufrimiento fetal. El corte cesáreo es obligado para extraer al feto, y no existen problemas cuando se procede a esta intervención después de la 36ª semana de embarazo o, en todo caso, después de un cierto tiempo de desarrollo del feto en el que se dan buenas probabilidades de supervivencia extrauterina. El verdadero problema se presenta cuando la amenaza de hemorragia es grande por lo que la extracción del feto es requerida en una época en la que seguramente hay pocas posibilidades de vida extrauterina del feto, por lo que la cesárea representa la probable causa de muerte del feto mismo.

⁵⁶ BOYLE, J., *An abortion dilemma*, Ethics and Medics 1993, 18 (2): 3-4.

⁵⁷ El texto de la citada Alocución se reproduce en *Discorsi e Radiomessaggi (XIII)*, Ciudad del Vaticano: Tipografía Poliglotta Vaticana, 1961: 211-221.

⁵⁸ PIO XII, Alocución a la Reunión del Frente de la Familia y de las Asociaciones de Familias numerosas, 27 de noviembre de 1951, en *Discorsi e Radiomessaggi (XIII)*, Ciudad del Vaticano: Tipografía Poliglotta Vaticana, 1961: 413-418.

⁵⁹ GÜNTHOR, *Chiamata e risposta* (vol. III), p. 585ss.

⁶⁰ SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti de etica biomedica* (vol. I), Milán: Vita e Pensiero, 1994: 396.

⁶¹ CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación (Donum Vitae)*, Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana 1987, p. I, n. 1.

⁶² *Ibid.*

⁶³ *Ibid.*, I, 4.

⁶⁴ GRUNDZINSKAS, PALOMINO, ARMSTRONG, et al., *Relocation of ectopic...*

⁶⁵ Ginecólogos preocupados por el problema consideran indispensable recomendar a las mujeres en edad fecunda, a través de los medios de comunicación, recurrir al diagnóstico muy precoz mediante la ecografía transvaginal. En efecto, con este método es posible localizar un embarazo ectópico desde la primera semana después de la falta de la menstruación, cuando el óvulo fecundado alcanza apenas las dimensiones de 4-5 milímetros. Toda mujer tiene el derecho-deber de conocer si el óvulo fecundado ha anidado o no en el lugar apropiado (véase LENZI, E., *Nuove terapie della gravidanza ectopica (g.e.) e loro valore bio-etico*, Actas del LXVII Congreso SIGO, Brescia: Clas International, 1990: 1027-1028.



Dra. María Luisa Di Pietro

Bioética en Latinoamérica

*José Kuthy Porter**

Resumen

En el mes de octubre de 1995 se llevó a cabo en Roma, Italia, una reunión convocada por el Comité Nacional de Bioética italiano con objeto de revisar el estado que guarda la bioética en Europa, América del Norte y América Latina. El artículo presenta la ponencia presentada por el doctor Kuthy, en la que señala que a pesar de los esfuerzos en diversas naciones, la bioética sólo ha tenido un impacto limitado y localizado.

Si bien es cierto que Latinoamérica muestra, en general un desarrollo dinámico, que se manifiesta en sus estructuras económicas, sociales y culturales, este desarrollo se ha realizado a expensas de una cierta pérdida de otros valores, de tal forma que a pesar de los esfuerzos de cambio y de múltiples acciones tendientes a mejorar la situación socioeconómica, persisten problemas sociales que todavía afectan a la mayoría de sus habitantes.

Los avances tecnológicos experimentados por las ciencias biomédicas no han ocurrido al parejo con sus implementaciones bioéticas (lo que es aplicable a nivel mundial), pero se encuentra mayormente marcado en

* Director de la Escuela de Medicina y del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac, Expresidente de la Academia Nacional de Medicina y Vicepresidente de la FIUC.

los países de América Latina. En ellos, además, el paradigma “occidental” de la medicina moderna como modelo de una buena medicina (aquella que depende en gran parte de la tecnología más avanzada), ha contribuido a generar una pésima distribución de los recursos con que se disponen para hacer frente a los problemas de la salud. Se concentran los mayores recursos en hospitales de tercer nivel de la atención y en los grandes centros urbanos, descuidando las necesidades básicas de las poblaciones más distantes, contribuyendo así a excelencia técnica de cuidados para unos pocos en detrimento de las mayorías.

Ciertamente que “excelencia técnica” no puede ser el exclusivo parámetro de excelencias de la acción médica..., siendo este un primer aspecto en que la bioética, como compromiso de una mejor distribución de los recursos para la salud, debe interesar en forma más eficiente en todos los países de América Latina.

La bioética bien aplicada debe jugar un papel importante al proponer medidas cruciales para la solución de los problemas motivados, en gran parte, por los extraordinarios avances tecnológicos que afectan a todos los países del mundo, cuyo impacto, si bien similar, es diferente en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo, como lo son los de América Latina. El interés por la bioética en este Continente, inicialmente de unos pocos, empieza a desarrollarse en ámbitos más amplios, no sólo de médicos, sino también de juristas, filósofos, (sobre todo en el campo de la Teología) pasando al ámbito de las Universidades, de mayor atención en los medios de comunicación social y esperamos su aplicación ante el planteamiento de las políticas de la salud.

Actualmente no es posible medir el impacto de la bioética, ciencia compleja, multidisciplinaria y que abarca muchos ámbitos del saber y del quehacer profesional.

Ciertamente que sus consecuencias sociales deberán ser medidas en términos de su contribución al mejoramiento de la calidad de vida y al crecimiento en la capacidad real de un desarrollo armónico del individuo y de la sociedad en la que vive.

Concibo a la bioética como un nuevo encuentro entre ciencia y humanismo (entendido como una revalorización del ser humano), entre ciencia y recta conciencia. Su aplicación concreta debe ser en función del enriquecimiento espiritual de la persona en el medio social que le rodea, cada vez más tecnificado y frecuentemente socializado, siendo así que

conocimientos, derechos, obligaciones y compromisos personales y sociales deben basarse en torno a decisiones responsables.

Derivando la bioética de la filosofía es posible comprender por qué los países de América Latina cuentan con un inconveniente metodológico para el desarrollo de la bioética que es necesario señalar: es el hecho de que la filosofía misma no se ha desarrollado suficientemente en el Continente.

Por esto, no existen bases sólidas para juzgar las diferentes corrientes de bioética que son introducidas por otros países, y el nivel de investigación propia es precario.

Hay que agregar a este hecho que el modelo médico que prevalece está basado en el modelo occidental de la medicina norteamericana.

Además existen presiones económicas, políticas y sociales por parte de los países del primer mundo, que influyen en los modelos ideológicos e incluso crean necesidades, aunque no correspondan a la realidad.

Por todo ello, aún cuando no es posible cuantificar la magnitud del impacto de la bioética en América Latina, quiero hacer énfasis en algunos de los aspectos en que sí puedo entrever un resultado positivo.

1. Consentimiento informado

Comienza a ser requisito indispensable en la investigación clínica que utiliza al hombre y surge como consecuencia de la reunión internacional del Consejo Internacional de Organizaciones Médicas (CIOMS), con sede en la Ciudad de México en 1980, continuada un año más tarde en Manila, Filipinas, con la elaboración en 1982 en Ginebra, de las "Guías éticas propuestas para la investigación biomédica que utiliza al hombre". De una forma u otra, los países latinoamericanos, basados en dichos documentos, implementaron leyes sanitarias para regular este tipo de investigación, en las que la autonomía del sujeto en investigación, el consentimiento informado y su libertad para retirarlo en cualquier momento de la experimentación, pasaron a ser motivo de inclusión en las leyes generales de la Salud. Aún así continúan transgrediéndose estas leyes en grupos étnicos apartados de diversos países, sobre todo por parte de empresas transnacionales.

Por lo que se refiere al consentimiento informado en la acción médica (diagnóstica y terapéutica) basado en el respeto a la autonomía del pa-

ciente, creo que en la mayoría de nuestros países este elemento fundamental de la bioética comienza a ser aplicado, quizá más como protección legal, pero también por el reconocimiento de que la práctica de la medicina es para beneficio de la persona y por respeto a su dignidad como persona.

2. Relación médico-paciente

Percibimos en nuestros países de Latinoamérica una mayor toma de conciencia acerca de la importancia de una relación médico-paciente mejor, aún ante la medicina socializada, basado en lo anteriormente mencionado, por cuanto se refiere al consentimiento informado. Este implica una mejor comprensión de la autonomía del paciente, pasando de la época paternalista de la medicina a la de una mejor comprensión por parte del paciente acerca de la figura real del médico (el profesional cuyos servicios de prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación de las enfermedades y sus secuelas, ejerce su acción en forma institucional o privada) y a su vez el médico que, respetando la autonomía del paciente que otorga su consentimiento, comprende mejor lo que representa el respeto a la dignidad de sus pacientes.

Aún así, es compromiso de la bioética el seguir insistiendo, sobre todo ante el personal de salud de las instituciones públicas y de la medicina socializada, por un mejor trato al paciente, para convencerlos que la base fundamental de la medicina está fundada en la excelencia de la relación médico-paciente al crear la confianza entre este último y los profesionales de la salud.

Lo anterior, desafortunadamente aún no se ha conseguido en forma adecuada en nuestros países de América Latina...

3. Trasplante de órganos

Siguiendo los modelos de las tecnologías iniciadas en los países desarrollados, incluyendo los más avanzados de entre los de Latinoamérica, la mayoría de nuestros países han desarrollado programas de trasplantes de tejidos y órganos, las más de las veces con buenos resultados a nivel

técnico, persistiendo una mayor demanda que la oferta accesible —en este sentido más que una cultura de trasplantes debiera plantearse una “cultura de solidaridad”. En general, las normas bioéticas que deben regular a los trasplantes son observadas con esmero en todos los países. Ocasionalmente los medios de comunicación han denunciado el posible “comercio de órganos para trasplante”, lo cual no ha sido comprobado, dado que las implicaciones técnicas de los trasplantes involucran sofisticados equipos humanos, de gabinete y laboratorio multidisciplinario, así, es poco probable este hecho. Lo que si es cierto es el esfuerzo económico fuera de la capacidad real que en algunos países se lleva a cabo al intentar el trasplante de órganos que, incluso en países muy desarrollados, aún se encuentra en fase experimental ante su elevado costo. Esto conlleva un fuerte compromiso ético, ya que esos altos costos lógicamente van en detrimento de las mayorías, que se encuentran privadas de los cuidados esenciales para su salud. A este respecto parece fundamental incrementar el acceso a los servicios de la salud de grupos marginados y que ahora carecen de acceso a condiciones básicas de salud y a los servicios de atención a la salud. Teniendo en cuenta, por una parte, que en nuestros países el derecho a la protección de la salud ha adquirido un rango constitucional y, por otra, en vista de que los ordenamientos jurídicos y los diversos sistemas judiciales no contienen una real capacidad para acceder la justicia de manera más adecuada en los casos de demandas sobre negligencias médicas (ya que por las restricciones estructurales en sus leyes y procedimientos hacen difícil la aplicación de una verdadera justicia en todos los casos), esta situación lleva implícito el hecho de que la bioética no ha logrado penetrar en estos ámbitos de la medicina.

4. Comités de bioética

Ya se han formado numerosos comités de ética en nuestros hospitales y coadyuvan en la toma de decisiones al comentar, dentro del marco de la bioética, problemas y situaciones que orienten las mejores decisiones clínicas o la puesta en marcha de políticas institucionales en beneficio del respeto a la dignidad de los pacientes, de la propia institución e incluso del medio social en que se encuentran colocados. Sin embargo, en

muchos de nuestros países aún adolecen de la falta de conocimiento en esta nueva área de la filosofía y de la medicina, porque si bien es cierto que el interés académico por la bioética comienza a percibirse y está adquiriendo importancia dentro de algunos círculos, no es todavía materia de interés general a nivel universitario y mucho menos en el social.

5. Enseñanza

Es quizá en el seno de las escuelas y facultades de medicina de algunos de los países en América Latina en donde, a través de acciones propuestas por Colegios de Médicos, por la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE) y por la acción de Escuelas de Medicina de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC), así como por iniciativas individuales de grupos específicos; —menciono particularmente: Argentina, Chile, Brasil, Venezuela, Colombia, Ecuador y México— que la bioética va adquiriendo una dinámica propia. Esta parte del seno de las diversas escuelas y facultades de medicina, en las que la cátedra de bioética es motivo de plan de estudios, tanto a nivel de pre como de posgrado, e irradia hacia el medio de la biomedicina. Desafortunadamente son pocos los países en donde se han tomado decisiones para formar educadores en esta disciplina, y por ello hay pocos cursos sistemáticos de bioética fuera de los recintos de las escuelas de medicina, faltando el intercambio de información entre los diversos grupos de interés académico y educativo en bioética.

Todavía no es significativo el impacto social medido a través de la incorporación de la bioética como parte de los planes de estudio, a nivel curricular en medicina y en otras ciencias de la salud, así como también en derecho, filosofía, sociología, antropología, etc. Los programas que abarquen el esfuerzo interuniversitario: cursos de bioética a nivel de posgrado, aplicable a estudiantes y profesionistas de distintas carreras universitarias, son aún muy escasos y limitados.

En cambio, llama la atención la demanda por parte de profesores de diversas disciplinas para asistir a cursos, congresos y diversos foros de bioética en aquellos países en donde ya se ha establecido como disciplina. Baste mencionar el Congreso Internacional de Bioética llevado a cabo en Argentina en la Universidad Nacional de Mar de Plata; el reciente

Congreso de Bioética llevado a cabo en Brasil; el congreso que en 1988 se celebrara en Santiago de Chile como primer congreso de América y el Congreso Internacional de Bioética celebrado en México, en Octubre de 1994, con la participación de 1200 asistentes. También es estimulante constatar la aparición de numerosas publicaciones, revistas especializadas y libros en Latinoamérica y cuyo número aumenta cada año.

Considero de la mayor importancia que la bioética trascienda las fronteras de la élite académica concentrada en las escuelas de medicina; se necesita que amplíe su círculo de acción hacia la educación general y hacia la sociedad. No es posible concebir que temas tales como: aborto, fertilización *in vitro*, útero subrogado, transferencia de embriones, eutanasia *versus* respeto a la dignidad de la muerte y en contraposición a la de “ensañamiento terapéutico”, trasplante de órganos, experimentación biomédica que utiliza al ser humano y muchos más, sigan desconociéndose en sus implicaciones bioéticas. Es necesario crear una conciencia recta implementada por el conocimiento del modelo de ética personalista.

6. Iniciativas a nivel internacional hacia los países de latinoamérica

Desafortunadamente han sido pocas y en general aisladas. La Organización Mundial de la Salud parece no interesarse en el tema, que sólo ha sido a través de CIOMS que ha participado de manera eficaz en diversos foros sobre bioética. La Oficina Sanitaria Panamericana publicó, en 1990, un número especial sobre bioética, en inglés y en español, conteniendo artículos no sólo del Canadá, España y E.U.A., sino también de varios países de América Latina. En esta publicación se mencionan algunos hechos que ponen de relieve el desarrollo de la bioética en Latinoamérica. Algunos de estos son la creación, en Argentina, del Instituto de Humanidades Médicas, así como la formación de grupos de bioética en la Universidad de Mar de Plata, que lleva a cabo cursos de dos años de la especialidad y que además, en 1988, sostuvo un Simposium Internacional sobre Bioética. En Brasil se elaboró un Código de Deontología en 1984, y fue seguido, en 1988, por un código de ética médica y por la publicación de varias leyes con un contenido ético importante, así como la celebración del Congreso de Bioética brasileño en el pre-

sente año de 1995. Colombia ha publicado libros sobre la materia y se ha establecido el Instituto de Bioética de Colombia. También de este país parte la idea de la FELAIBE.

Chile ha tenido un gran desarrollo a través del Colegio Médico de Chile, la Universidad de Chile y la Universidad Católica de Chile. Estas dos últimas organizaron, en 1988, el Primer Congreso de Etica Médica y han organizado también Comités de Bioética en hospitales.

Es así que países como la República de Chile, Argentina, México, Colombia, Brasil y Perú han tenido un desarrollo importante en esa materia. La UNESCO ha mostrado interés en los países de Latinoamérica a través del Comité Internacional de Bioética, pero fundamentalmente en el terreno de la genética. El Instituto Kennedy de Bioética de la Universidad de Georgetown, en Washington, está implementando un programa Iberoamericano de Bioética; la Universidad Anáhuac en México, a través de su Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, ha realizado tres Congresos Mexicanos de Bioética y ha colaborado en la organización del 1er. Congreso Internacional de Bioética, además lleva a cabo el proyecto del establecimiento del APABE (Asociación Panamericana de Bioética).

No obstante todo lo anterior, debemos admitir que la bioética sólo ha tenido un impacto limitado y localizado en algunas áreas de los países de los cuales me he ocupado en esta reseña. En mi concepto, sólo adquirirá importancia cuando se tome en cuenta, en su dimensión precisa, la dignidad del hombre, el respeto irrestricto a esta dignidad ante toda la acción biomédica e inclusive se introduzca en la toma de decisiones de las políticas públicas, en el ámbito de las instituciones públicas, de los gobiernos estatales y de las instituciones privadas.

Dignidad y vida humana: dos conceptos fundamentales de la ética médica*

*Ignacio Carrasco De Paula***

Resumen

El artículo, partiendo de la comprobación de la actual dificultad para construir un proyecto ético común para el hombre, debido a los equívocos que surgen a partir del significado atribuido a las palabras, se propone analizar el sentido y el significado de los términos vida y dignidad humanas.

Después de examinar históricamente la atribución de significado a la palabra vida en la época precristiana, cristiana y post-cartesiana, el autor argumenta que vida es algo más de lo que aparece y ello es posible gracias a otras dos propiedades constitutivas del ser persona humana: la integridad y la identidad. El primer término es definido como lo que se refiere a una entereza natural, armónica y sinérgica, mientras el segundo comporta la persistencia en el ser uno mismo a lo largo del devenir en el tiempo. Si integridad e identidad son constitutivos de la persona, entonces cualquier intento ordenado a su destrucción se plantea como una demolición del hombre mismo.

Se llega a definir así los primeros principios de la Bioética: 1. el respeto de la inviolabilidad de la vida humana; 2. el respeto de su integridad; 3. el respeto de su identidad.

* Introducción al Curso de Perfeccionamiento en Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Roma, dictada el 20 de febrero de 1995.

** Profesor de Teología Moral, Ateneo Romano de la Santa Cruz, Roma; Profesor de Bioética en las Escuelas de Especialización de la Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma.

Respecto a la palabra dignidad, hay que referirla a algo o a alguien que por naturaleza posee valor, nobleza, excelencia. Referido al hombre, el término indica un bien que no puede ser comparado con otros bienes, es decir, el hombre no tiene precio siendo él mismo la medida de valor de todas las cosas; es un sujeto individual, único e irrepetible. Afirmar la dignidad de la vida humana, finalmente, significa reconocer el valor único del hombre en cuanto singular y concreta persona viviente.

Sobre nuestra historia pesa un extraño acontecimiento del cual la Biblia nos ha transmitido un indicio en el relato del episodio de la torre de Babel. A partir de ese momento, la comunicación se volvió una tarea más bien difícil, y no sólo por la diversidad de lenguas que divide a los pueblos. En realidad, incluso dentro de una misma raíz semántica, de una lengua y hasta de un dialecto, la palabra pronunciada es una cosa y la palabra recibida otra. En Babel, los hombres por primera vez esbozaron un proyecto común, pero luego, queriendo llevarlo a cabo, se hizo evidente que no lograban entenderse entre sí. A medida que las antiguas comunidades crecían, se volvían tan diferentes en la manera de pensar y de expresarse que pronto se convencieron de que era mejor si cada cual seguía su propio camino.

Este fenómeno, en proporciones más modestas, se sigue presentando continuamente. Tenemos experiencia de ello en el campo de la bioética. Todos compartimos la urgencia de construir un proyecto ético común para el hombre y a la medida del hombre, sin embargo, basta revisar algunos de los recientes intentos de poner por escrito al menos las reglas más elementales para darse cuenta de que las palabras tienen un peso, un espesor, un significado equívoco incluso dentro de un mismo documento. Un ejemplo entre muchos es la Convención aprobada recientemente por el Parlamento Europeo:

“*Artículo 1º:* esta Convención protegerá la dignidad y la identidad de todos los seres humanos y garantizará a cada uno de ellos, sin discriminación, el respeto de su integridad y de otros derechos y libertades fundamentales por lo que se refiere a la aplicación de la biología y de la

medicina”.¹ Y sigue: “*Artículo 2º*: el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés de la sociedad y de la ciencia”.²

Partiendo, sin embargo, de estas premisas prometedoras, la comisión encargada de redactar el borrador había añadido: “*Artículo 15º*: cuando la investigación sobre embriones *in vitro* esté permitida por la ley, tal investigación podrá ser permitida sólo en el caso de que los embriones no se hayan desarrollado durante más de 14 días”.³

Tenemos, por una parte, respeto de la dignidad, de la integridad y de la identidad del ser humano, afirmado hasta con estilo solemne. Por otra parte, indulgencia respecto a la experimentación en seres humanos, con tal que sean muy pequeños y una ley permita al investigador actuar impunemente.

Tal vez la contradicción no hay que atribuirle sólo a incongruencias de naturaleza semántica, aunque, afortunadamente, este artículo 15º no fue aprobado a nivel del Parlamento.

Sin embargo, me ha parecido oportuno recordar este hecho para ilustrar el motivo por el cual he escogido examinar —*desde la raíz*— el sentido y el significado de dos de los términos más comprometidos en el campo de la ética médica, *vida* y *dignidad*. La pregunta es: ¿cómo se confunde tan fácilmente que *respeto por la vida* y *por la dignidad del hombre* significa *respeto absoluto* y no sólo *atención extrema* o *máxima consideración*? ¿Por qué se ponen excepciones a la norma que prohíbe reducir al ser humano a un simple medio de manipulación, norma que debería preocuparnos más de una vez? ¿Por qué no podemos dar por descontado que la específica excelencia de la vida de la persona es un valor transparente para todos?

Este último cuarto de siglo se ha caracterizado por un progreso formidable en la investigación sobre la naturaleza y los orígenes de la vida. Términos como gen, cromosoma, patrimonio genético, ácido desoxirribonucleico, cigoto, totipotencia, etcétera, han entrado a formar parte para siempre del vocabulario culto. Sin embargo, muchos comparten hoy la impresión de que el hombre, a medida que es más capaz de controlar la vida biológica, menos parece darse cuenta de la importancia de la vida y menos todavía de reconocer un motivo serio por el cual valga la pena vivir.

Considero, no obstante, que este fenómeno puede ser explicado en parte como resultado del progresivo empobrecimiento y fragmentación del mismo concepto de vida operado en nuestra cultura.

Revisando los orígenes

Cuando el cristianismo, superando los estrechos confines de la tierra de Israel, hizo irrupción en el mundo mediterráneo dominado por la cultura greco-romana, tuvo que enfrentar serios problemas lingüísticos. Jesús había hablado en arameo; en la misma lengua se habían transmitido los primeros recuerdos entre los discípulos, pero había que traducirlos a la lengua más común de la época, la *koiné*.

En ese tiempo, los cristianos daban testimonio de una nueva doctrina que sintéticamente podía ser denominada como el *Evangelio de la Vida*, expresión elegida —no por casualidad— en la última encíclica de Juan Pablo II. ¿Cómo traducir al griego esta palabra?

La pregunta tiene sentido puesto que existían dos términos y ambos eran empleados ampliamente en los *Setenta*, la versión griega del Antiguo Testamento. Uno era *bios*, el otro *zoé*.⁴

El sustantivo *bios*, como su correspondiente latino *vivere*, designaba la vida como duración: el *bios* era el tiempo de la existencia. Entre las clases más cultas, el término podía adoptar una connotación ética, indicando el estilo o modo de vivir (por ejemplo, el *bios praktikós* y el *bios theoretikós*, la vida activa y la vida contemplativa de la ética de Aristóteles).

Por el contrario, para indicar el fenómeno vital se usaba la palabra *zoé*. La *zoé* representaba para los griegos la característica que distinguía al mundo de los animales —incluido el hombre— del mundo de las cosas muertas. La vida era concebida como dinamismo autónomo, el cual no podía derivar del cuerpo o *soma* (demasiado semejante a las cosas inertes), sino de un principio no-material, la *psiche* o alma. De aquí la definición del hombre como compuesto de cuerpo y de alma.

Pues bien, entre un término apto para expresar un valor ético y otro que indicaba una realidad “física”, la elección recae en el segundo. Expresiones típicas del Nuevo Testamento como *vida eterna* (*aionios*),⁵ *palabra de vida* (*logos*),⁶ *pan de vida* (*artos*),⁷ *luz de la vida* (*ho photízei*),⁸ etcétera, no son llamados *bios* sino *zoé*. Y esto porque se quería subrayar que se hablaba de auténtica vida, más aún de la *verdadera vida*, que no acaba con la muerte y que se manifestará plenamente con la resurrección, es decir, con el retorno a la vida del hombre, en la plena posesión de la integridad de su propio ser y de su propia historia, inserto para siempre en la vida de Cristo.

Una sola palabra para referirse a una multiplicidad de aspectos, a una riqueza de contenidos que iban desde la vida carnal del hombre a la vida del hombre espiritual; una opción terminológica que corresponde totalmente a una visión unitaria y omnicomprensiva del vivir humano.

Estamos lejos de la disección analítica que se efectuará después.

Recorrido histórico

A partir del siglo XVII se vuelve a introducir en la cultura occidental, por obra de Descartes, el doble lenguaje, y con este el dualismo. El hombre se presenta como la suma de alma y de cuerpo, *res cogitans* y *res extensa*. En adelante, la vida del cuerpo no coincidirá con la vida del alma, y menos aún con la del espíritu. Como consecuencia, la *psiche* no es el verdadero y único principio animador del *soma*.

Esta división parecía ventajosa para el alma, que ya no sería dependiente del organismo, pero el cuerpo se tomó pronto la revancha. Primero con el evolucionismo, que difunde la idea de que la vida del espíritu procede de la vida de la materia: la primera sería un momento evolutivo de la segunda, de la cual no se diferenciaría sustancialmente. Después con el positivismo, el cual afirma que sólo la vida de la materia merece nuestra atención, puesto que sólo esta puede ser objeto de estudio científico.

Evolucionismo y positivismo no lograron imponerse del todo en la cultura occidental. Se oponen a ellos diversas escuelas filosóficas y psicológicas que, en este siglo, manifiestan lo fuerte que es el reclamo para la recuperación del sentido de la unidad de la existencia humana, una existencia abierta tanto a lo infinito como a lo corpóreo. Es quizás la nostalgia de lo uno, de lo entero. Sin embargo, el dualismo se ha vuelto parte importante de la mentalidad posmoderna, una mentalidad que se resiste a asimilar una mirada de conjunto sobre el hombre. El concepto de vida se ha fragmentado y empobrecido. Expresiones como “sostener, defender la vida” son reducidas a menudo a la sola vertiente fisiológica. Es tal vez así como se puede describir la contradicción de quien no ve nada excepcional en utilizar embriones como objetos de experimentación, considerando que en el fondo no se pierde otra cosa que *vidas*, esto es, algunas estructuras, órganos y funciones biológicas, por lo demás muy toscas todavía.

Recuperación de un concepto

Si las cosas fueran en estos términos, sería difícil oponer objeciones convincentes. Si la mirada tuviera como límite la que Aristóteles denominaba vida vegetativa, entonces el razonamiento podría considerarse cerrado. Pero el problema es mucho más serio y complejo. La palabra *vida* en el lenguaje corriente se usa para significar realidades diversas y no necesariamente vinculadas entre sí. Vida, por ejemplo, indica el modo de ser y/o de actuar de un organismo capaz de defenderse, de desarrollarse y de multiplicarse por sí mismo (noción biológica).⁹

En el hombre, sin embargo, puede significar también el conjunto de las experiencias vividas (noción psicológica), o bien toda la existencia individual en cuanto proyecto de humanidad siempre *in fieri* (noción personal).¹⁰ Sin embargo, el interrogante central lo plantea el binomio siguiente: *la vida es dada al hombre como un don* —un don por lo demás no solicitado— y, al mismo tiempo, *el hombre la recibe como una tarea que debe desarrollar, que realizar, que perfeccionar, que llevar a cabo*.

Toda vida humana es mucho más que aquello que es, porque en cierto modo ya es el proyecto que será. El hecho de que este proyecto pueda interrumpirse dramáticamente, en cualquier momento y sin previo aviso, por ejemplo por una enfermedad, no quita nada de la trascendencia de la vida, esto es, el hecho de que siempre *mira más allá*. La muerte significa sólo que el vivir también es *bios*. El vivir tiene un tiempo, un tiempo indispensable para que puedan verificarse las promesas insertas en el ser de todo hombre.

Ahora bien, si la vida humana —entendida por ahora sólo como existencia— está destinada a ser algo más que lo que aparece, esto es posible gracias a otras dos propiedades constitutivas del ser persona humana. Estas propiedades son la *integridad* y la *identidad*.

Integridad designa en la persona una entereza natural propia, armónica y sinérgica en la que diversos niveles, sistemas, órganos, facultades..., participan de la vida y sostienen la vida. Integro es aquello que no ha sido menoscabado ni manipulado. Un ser humano demuestra su propia integridad cuando todas sus dimensiones —somática, psíquica, espiritual— mantienen y desarrollan su propia función en orden al todo de la persona.

Identidad, en cambio, comporta la persistencia en el ser uno mismo a lo largo del devenir en el tiempo.¹¹ Crecer y perfeccionarse, en efecto,

no significa convertirse en otro sino actuar eficazmente, teniendo en cuenta el propio presente, pasado y futuro, que en cierto sentido también forman parte de ese presente.

Ser idéntico a sí mismo en el tiempo resulta una condición indispensable para ser alguien frente a los demás.¹² La identidad es un término grato a la teología, puesto que afirma que todo hombre está llamado a identificarse con Cristo y advierte que esa meta no significa perder la propia identidad humana, sino participar en una vida sobrenatural que perfecciona y eleva la propia humanidad.¹³

Puesto que la integridad o la identidad son dimensiones constitutivas de la persona, cualquier intento encaminado a su destrucción no constituiría sólo un daño grave, pero en el fondo parcial. No. Tal violencia se plantearía como una auténtica demolición del hombre mismo. Por ejemplo, el contenido moral negativo de la toxicodependencia consiste, precisamente, en la agresión contra la integridad de la persona, mientras en el caso de la manipulación genética el bien que se pone en peligro es la identidad de la persona. En ambos casos parece evidente el mecanismo de aniquilación del sujeto. El día en que Juan Pérez, por el abuso de droga o por haber sido sometido a una hipotética intervención de transformación de su propio patrimonio genético, no logre reconocerse a sí mismo ni a dominarse a sí mismo, ese día el tal Juan Pérez habría de considerarse muerto, incluso si para el registro civil resultara que es un ciudadano que lleva ese nombre y que todavía camina y respira.

Por tanto, he aquí los primeros principios de la Bioética. Podríamos denominarlos las tres “Ies”. Primera I: *respeto de la inviolabilidad de la vida humana*. Segunda I: *respeto de la integridad de la vida humana*. Tercera I: *respeto de la identidad de la vida humana*.

Estas fórmulas —y otras más, como *defensa y promoción de la vida, inviolabilidad de la vida inocente, derecho a continuar existiendo*, etcétera— se refieren al hombre no como a un animal vivo cualquiera, sino como a un sujeto que posee una historia singular y por sí mismo se dirige hacia un destino. El hombre vive, como viven las plantas o los animales, sin embargo, sólo él sabe que está vivo, y sólo él puede preguntarse el porqué y si la fatiga de vivir se justifica por sí sola o si, por el contrario, no debe buscar en otra parte un sentido plenamente satisfactorio. Reconocer la presencia de vida humana significa, al mismo tiempo, reconocerse ante la presencia de una persona viva.

La dignidad de la vida, valor de la persona

Las consideraciones precedentes permiten concluir con dos aclaraciones terminológicas de suma importancia. Para precisar mejor lo que intento decir, piénsese en expresiones del tipo de una vida menoscabada o, según una terminología reciente, con una *calidad de vida reducida*. Ahora bien, un enfermo o un discapacitado no están menos “vivos” que una persona sana. De aquí las siguientes consideraciones: 1) aunque la ética médica tiene un interés primario por la vida del hombre como realidad común a todos los seres vivos, la cuestión del valor o dignidad de la vida humana excede al fenómeno biológico en cuanto tal. La vida humana no debería ser valiosa sólo porque es el prólogo necesario para otros valores más elevados, sino sobre todo porque es actividad relevante de un alguien, de una persona viva. Por tanto, se está autorizado a hablar de dignidad de la vida esencialmente porque esta participa de la dignidad o del valor que pertenece al sujeto-persona. Expresiones como *valor de la vida humana* en realidad sólo son formas abreviadas de la locución más precisa *valor del hombre vivo en cuanto vivo*. 2) Mientras la vida es una propiedad de la persona, el cuerpo es un elemento esencial, constitutivo de la persona humana. Por este motivo, a diferencia de la vida, el cuerpo humano *no participa sino que posee* el mismo valor de la persona, valor que sólo pierde con la muerte, es decir, cuando el cuerpo no es un organismo informado por un alma espiritual y se vuelve precisamente un cadáver. En este sentido, la expresión *dignidad del cuerpo humano* equivale a *dignidad del hombre viviente en cuanto dotado de un cuerpo*.

La dimensión personal de la vida humana pone de relieve su especificidad, su cualidad de *quid unicum* (algo único) y, consecuentemente, su incomparable valor. Llegamos así a la palabra *dignidad*.

Digno es quien posee por naturaleza estima, nobleza, excelencia, pero dicho del hombre indica un bien que no puede ser conmensurado con otros bienes. La persona humana, en efecto, no tiene precio, ni en términos económicos ni en términos de bienestar, ni en términos de progreso, ni en términos sociales, etcétera. Más aún, ella es la medida de valor para todas las cosas de las que dispone el hombre.

El concepto de dignidad traduce, a nivel axiológico, la visión cristiana que coloca a la persona humana en el centro y en el vértice del universo,

como la única criatura que Dios ha querido por sí misma. Ella expresa también un principio fundamental de la ética que exige tratar a la persona siempre como fin y nunca como medio, prohibiendo toda instrumentalización a su respecto.

La persona humana, sin embargo, no es una realidad abstracta como la belleza o la libertad. Es siempre un sujeto individual, único e irrepetible. *Afirmar la dignidad de la vida humana significa reconocer el valor único del hombre en cuanto singular y concreta persona viviente.* La dignidad hace a todo hombre viviente para gloria de su Creador. Y esto vale también cuando ha iniciado apenas su propio proceso de desarrollo que un día le permitirá preguntarse: “*Señor, qué es el hombre para que te acuerdes de él... Y sin embargo lo hiciste poco menos que los ángeles, lo coronaste de gloria y de honor*” (Salmo 8, 5-7).

Referencias bibliográficas

¹ CONSEJO DE EUROPA, *Convención para la protección de los Derechos humanos y de la Dignidad del ser humano en relación con las aplicaciones de la Biología y de la Medicina*, art. 1.

² *Ibid.*, art. 2.

³ *Ibid.*, art. 15. Este artículo fue suprimido en la redacción definitiva.

⁴ Véase LINK, H.G., en *Dizionario dei concetti biblici del Nuovo Testamento*, Bolonia: Dehoniane, 1980: 2008-2018.

⁵ Mc 10, 17; Mt 25, 46.

⁶ Jn 6, 63-68.

⁷ Jn 6, 35-48.

⁸ Jn 8, 12.

⁹ Desde el punto de vista biológico, por *vida* se entiende *el conjunto de las actividades que surge del interior del ser vivo y es controlada por y para el viviente mismo como un todo.* Esencialmente tal actividad comprende las funciones de conservación y de crecimiento, de reproducción y de agregación, de contacto y de intercambio con el medio ambiente.

¹⁰ La vida del hombre no coincide con el solo componente biológico y menos aún se identifica con el simple sobrevivir o la autoconservación. Incluye también una *experiencia vivida* presente, en buena parte consciente y comunicable a otras personas. El hombre conserva memoria de las vicisitudes pasadas y elabora conjeturas sobre el futuro que vendrá, predisponiendo su actuar de forma adecuada a las circunstancias en que vive. Sea por lo que respecta a la conciencia de sí como al comportamiento externo, el hombre no desempeña una función de sujeto pasivo o de espectador ajeno, y ni siquiera de simple intérprete de la representación de la propia existencia cuyo guión esté programado por otros. En realidad, decir que el hombre vive su vida significa que tiene la experiencia de ella, la padece, pero también que la controla, la orienta a su modo, decidiendo el estilo y el porqué gastarla. Toda vida humana es la vida de una persona.

¹¹ El “yo” es el elemento de toda historia humana, historia que se desenvuelve a través de múltiples eventos que sobrevienen en el espacio y en el tiempo. El “yo” constituye el punto de referencia común de todas las vicisitudes personales desde el nacimiento hasta la muerte. El “yo” no nombra la “conciencia de sí”, sino a alguien que vive y ya vivía antes de tener la capacidad de darse cuenta de ello, antes de haber aprendido a decir “yo”. En realidad, “yo nací el 1º de enero”, “yo fui a tal o cual escuela maternal”, “yo soy estudiante”, “yo seré médico” son frases que pueden ser pronunciadas sólo por una persona, y por esto tienen el mismo predicado nominal, pertenecen al mismo sujeto, aun cuando son vicisitudes ubicadas en momentos muy distantes en el tiempo, algunas incluso antes de que se haya desarrollado la conciencia de sí.

¹² En efecto, el “yo” hace del hombre un interlocutor, a alguien que no vive simplemente junto a otros semejantes, sino en diálogo con ellos, compartiendo con ellos la existencia y poniendo así las bases para la percepción de los pronombres personales plurales: “nosotros”, “vosotros”, “ellos”. Esto significa que la vida de todo hombre tiene valor por sí misma, pero no puede ser considerada como una entidad cerrada, cuyo precio sería fijo prescindiendo de las relaciones y de los vínculos establecidos con otras personas y, más en general, con la comunidad humana.

¹³ Sobre el concepto de identidad véase ERIKSON, E.H., *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Roma, Armando, 1966; HABERMAS, J., *Conoscenza e interesse*, Bari, Laterza, 1969; BAUSOLA, A., *Natura e progetto dell'uomo*, Milán, Vita e Pensiero, 1977.



Dra. Vicenza Mele

Análisis comparado de las leyes y de las orientaciones normativas en materia de fecundación artificial

María Luisa Di Pietro*

Resumen

El recurso, cada vez más frecuente en los últimos diez años, a las técnicas de fecundación artificial humana ha inducido a la autoridad legislativa de diversos países a tomar iniciativas de reglamentación a fin de evitar abusos de diverso tipo en este sector. Mientras que en algunos países ya están vigentes normas sobre la materia, en otros el debate parlamentario sobre los proyectos de ley apenas se ha puesto en marcha.

En este artículo se hace un análisis comparado de estas legislaciones, análisis que se vale de dos momentos: un análisis longitudinal, que analiza la situación normativa de cada Estado y, al mismo tiempo, reconstruye el decurso histórico que llevó a la aprobación de una ley o que originó la interrupción o el no entablar el debate parlamentario; y un análisis transversal, que permite, en cambio, confrontar las opciones de cada Estado frente a una particular instancia, suscitada por el recurso a las técnicas de fecundación artificial.

Introducción

La rápida difusión de las técnicas de fecundación artificial humana en los últimos diez años, con todos los problemas éticos y sociales a ellas aparejados, ha inducido a la autoridad legislativa de diversos Estados a

* Instituto de Bioética, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma (Dir.: E. Sgreccia).

tomar iniciativas de reglamentación con la finalidad de evitar abusos de diverso tipo en este sector. Mientras que en algunos países ya están vigentes normativas en la materia, en otros el debate parlamentario sobre proyectos de ley sólo se ha puesto en marcha recientemente.¹

Los Estados europeos que han legislado son: Austria, Dinamarca, Alemania, Gran Bretaña, Noruega, España y Suiza; en otros Estados, entre ellos Italia, no existe normativa alguna aun cuando los diferentes ministerios u organismos equivalentes han aprobado y hecho públicos Decretos, Circulares u Ordenanzas, a fin de reglamentar por lo menos las situaciones más urgentes (como, por ejemplo, la gestión de los bancos de semen).

Fuera del viejo continente, sólo Israel, Africa del Sur, Australia, Canadá y Estados Unidos han emitido normativas para reglamentar el acceso a las técnicas de fecundación artificial y para la solución de los casos contenciosos. Como se mostrará por el análisis comparativo de tales normativas, no existe una orientación unívoca en lo referente a las opciones de política legislativa ni un horizonte ético que condicione una mayor o menor extensión en el empleo de las técnicas de fecundación artificial. Es diferente la visión de los derechos subjetivos del embrión, de los límites y de los roles de la familia, de las obligaciones derivadas del estado jurídico del padre o de la madre. Para una mejor comprensión de las razones que han condicionado también los contenidos de las normativas se hará un análisis *longitudinal* y posteriormente un análisis *transversal*. En el curso del primero se examinará la situación normativa de cada uno de los Estados y, al mismo tiempo, se reconstruirá el decurso histórico que llevó a la aprobación de una ley o que originó la interrupción o el no entablar el debate parlamentario. El análisis transversal permitirá, en cambio, confrontar las opciones legislativas de un Estado en particular frente a un problema específico, suscitado al recurrir a las técnicas de fecundación artificial.

Análisis comparativo “longitudinal” de las normativas en materia de fecundación artificial

Austria

El debate sobre la fecundación artificial comenzó en Austria con retraso respecto a los demás países europeos. El primer Diseño de Ley (D.D.L.),

en el que se prohibía la donación de embriones y de óvulos, la maternidad substituta y la investigación con fines no terapéuticos en embriones, fue presentado apenas en 1985 por iniciativa de algunos exponentes del *Christian Conservative Party*, que no estuvo representado en la siguiente legislatura.²

Dos años después, en 1987, el Ministerio de Justicia elaboró un borrador de ley en materia de atribución de paternidad y de maternidad como consecuencia del recurso a las técnicas de fecundación artificial. Este proyecto constituyó un documento de trabajo para sucesivas elaboraciones de otros D.D.L.³

A falta de leyes, la Cancillería Federal publicó en 1988 un *Decreto* para la reglamentación del *screening* de semen a utilizar en la fecundación artificial en el que se requiere que los donadores estén en buen estado de salud, que no sean fumadores ni seropositivos, y que se les someta a nuevas comprobaciones respecto a las enfermedades sexualmente transmitidas (E.S.T.) cuando se decida utilizar su semen.⁴

En 1990, el Ministerio de Justicia presentó un D.D.L. sobre la fecundación artificial conteniendo enmiendas al Código Civil austriaco y a la Ley sobre el Matrimonio.⁵ El citado D.D.L., elaborado sobre los contenidos de un documento publicado en 1986⁶ por un grupo de trabajo encabezado por Franz Bydlinsky, fue aprobado por el Parlamento y se convirtió en ley, que entró en vigor el 1 de julio de 1992.⁷ Esta ley causó mucho descontento entre los médicos y los biólogos austriacos, pero también entre muchas parejas de Alemania Federal que iban a la cercana Austria para someterse a procedimientos de fecundación artificial, prohibidos en su país.

La ley austriaca es, en efecto, restrictiva respecto a las normas vigentes en otros países, en cuanto que: permite la fecundación *in vitro* homóloga sólo a los cónyuges o a los que conviven de manera estable por lo menos desde hace años; prohíbe la inseminación artificial de la mujer sola o de la lesbiana; prohíbe la donación de los óvulos; permite la donación gratuita de esperma afirmando, al mismo tiempo, el derecho del niño a saber de su padre genético; prohíbe la maternidad substituta y prohíbe la investigación en embriones humanos.

Bélgica

En la situación actual no existe ninguna normativa en materia de fecundación artificial. La aprobación para acceder, por ejemplo, a la

experimentación en embriones humanos es dada cada vez por los comités éticos de cada hospital.⁸

Hay que señalar, no obstante, un interesante proyecto de ley (P.D.L.) presentado al Senado por M. Monfils y otros⁹ encaminado a reglamentar la diversa problemática suscitada por los recientes avances de la biomedicina, entre ella la inherente al recurso a las técnicas de fecundación artificial.

Por lo que se refiere a nuestro campo de investigación, el citado P.D.L. permite el acceso a la inseminación artificial y al F.I.V.E.T., en la forma tanto homóloga como heteróloga; prohíbe el uso de gametos (esperma y óvulos) de donador sin el previo consentimiento del mismo y fija los límites de edad para la donación (mayor de 18 años y menor de 40 para el hombre, 35 para la mujer); requiere el consentimiento por escrito de la mujer a los procedimientos y, si está casada, también del cónyuge y el absoluto anonimato de los donadores; establece que los embriones no transferidos al útero ni utilizados en la investigación serán destruidos después de diez años desde la fecundación o antes en caso de deceso de la donadora o de su cónyuge, o en caso de separación legal o de divorcio.

Bulgaria

El Decreto n. 12/1987 referente a la inseminación artificial en la mujer permite el acceso a la inseminación artificial tanto en la forma homóloga como heteróloga, sin precisar cuál debe ser el estado civil de la beneficiaria.¹⁰

Junto a una serie de indicaciones sobre las condiciones médicas de la mujer que puede recurrir a la inseminación artificial, el *Decreto* señala disposiciones precisas por lo que se refiere a la gestión de los bancos de semen, entre otras: la obligación del *screening* para los donadores respecto a las E.S.T. y de las enfermedades genéticas; los límites de edad para donar el semen (mayor de 18 años; menor de 40 años); el número de inseminaciones por donador (no más de tres inseminaciones con el semen del mismo donador en un período total que va de los 18 a los 40 años); y la nacionalidad del donador, que debe ser rigurosamente búlgaro.

Dinamarca

Aquí el debate sobre las técnicas de fecundación artificial comenzó en 1984, cuando el Gobierno presentó un D.D.L. en el que se pedía la constitución de un Comité Nacional de Etica.

En 1987, a pesar de la oposición tanto de los grupos de Gobierno como de la opinión pública, se emanó una ley, *relative à la création d'un Conseil d'éthique et à la réglementation de certaines expériences biomédicales*, por la que se prohíbe el uso desordenado del embrión humano cuya existencia individual se inicia desde la fecundación, en experimentaciones que tengan por finalidad la formación de clones, de quimeras o de mosaicos.¹¹

Actualmente está en preparación otro D.D.L. con la finalidad de reglamentar el acceso a las técnicas de fecundación artificial.

Francia

En 1978 fue presentado al Gobierno francés, entre otros D.D.L. sobre la fecundación artificial, un proyecto de ley por iniciativa de los senadores Henri Caillavet y Jean Mezard sobre la inseminación artificial.¹² Ese D.D.L. fue aprobado en 1980 por el Senado y sucesivamente pasó a la Comisión de Asuntos Sociales sin seguir, no obstante, su propio decurso parlamentario.

En 1988, a falta de una normativa específica sobre la materia, el Presidente de la República, Jacques Chirac, emanó un *Decreto* sobre la inseminación artificial y la fecundación *in vitro* como forma de reglamentación de los centros que daban tales servicios.¹³

Aun cuando toda la actividad sobre la disciplina de las técnicas de fecundación artificial fuera bloqueada, en 1991 fue aprobada una ley concerniente a diversas disposiciones en materia social, en cuyo artículo 73 se dan indicaciones para la reglamentación de los bancos de semen y se hace un requerimiento explícito de evitar el uso de mezclas de semen (entre varios donadores) en los programas de fecundación artificial y de semen fresco de donador.¹⁴

Posteriormente, el 25 de noviembre de 1992, la Asamblea Nacional adoptó el texto de un proyecto de ley que concierne en general a temas tocantes a la Bioética y, por tanto, también a la fecundación artificial y

la experimentación en embriones,¹⁵ y que es el resultado del debate asambleario sobre dos distintos P.D.L. presentados en marzo de 1992.¹⁶

El P.D.L. aprobado por la Asamblea Nacional prevé que: el acceso a las técnicas de fecundación artificial sólo se permita a parejas estériles en edad de procrear, previa la comprobación de los motivos y de las indicaciones médicas, o cuando tenga por finalidad la prevención de enfermedades hereditarias; ambos miembros de la pareja deben estar vivos y conscientes, prohibiendo, de esta manera, la inseminación y el *embryo-transfer post-mortem*; no deben ser fecundados *in vitro* embriones con una finalidad distinta a la de ser transferidos al útero; los embriones sobrantes no se deberán conservar más de cinco años, período en el que pueden ser transferidos a la madre genética o, previo consentimiento escrito de los padres genéticos, donados a otra pareja o hechos objeto de experimentación; no se podrán utilizar embriones con fines comerciales o industriales; no se deberá utilizar semen fresco de donador y no se podrá superar un número límite de inseminaciones a efectuar con su semen, límite fijado por el Ministro de la Salud; la donación estará cubierta por el anonimato; la experimentación en embriones sobrantes estará sometida a la autorización de la *Commission Nationale de Médecine et de Biologie de la Reproduction et du Diagnostic Prénatal* a la luz de las condiciones establecidas por decreto por el Consejo de Estado; y, finalmente, las técnicas de fecundación artificial, entre ellas la inseminación artificial, se deberán efectuar en estructuras autorizadas.

Alemania Federal

En 1984 se constituyó una comisión de estudio, la *Comisión Benda* por el nombre del presidente Ernst Benda (ex-presidente de la Corte Constitucional), por parte del Ministro Federal de Investigación y de Tecnología y del Ministro Federal de Justicia, para examinar los aspectos éticos y jurídicos de la fecundación *in vitro* y del diagnóstico genético: de aquí la elaboración del *Informe Benda*, cuya primera redacción vio la luz en 1985.¹⁷

El contenido del *Informe Benda* fue recogido en su totalidad por la Resolución del *Consejo Federal (Bünderstrat) sobre la fertilización extracorpórea*, de 1986.¹⁸

Entre tanto, por deliberación del 16 de mayo de 1986, el *Bünderstrat* invitaba al Gobierno a elaborar de común acuerdo con los *Länder* un esquema general de intervención estatal en el sector de la medicina reproductiva. El Ministerio Federal de Justicia, solicitado por los Ministros de Justicia y de los *Länder*, constituyó *ad hoc* bajo su presidencia —en diciembre de 1986— el grupo de trabajo mixto del que formaban parte representantes de los Ministerios de Justicia y de Salud tanto a nivel central como local, así como representantes del Ministerio de Investigación y Tecnología, del Ministerio Federal del Trabajo y de Asuntos Sociales y de la Cancillería Federal.

En 1988 el Grupo Mixto Gobierno-*Länder* publicó un interesante informe sobre *Medicina de la reproducción humana*, informe articulado en dos partes: la primera contiene una serie de recomendaciones como soluciones de los problemas inherentes a las técnicas de fecundación artificial; la segunda contiene propuestas sobre la transposición de las recomendaciones a normas de ley.¹⁹

También en 1986 se presentó un P.D.L. sobre la protección de los embriones humanos, proyecto que, sin embargo, no encontró terreno favorable para iniciar el *iter* de aprobación y que decaía a finales de 1986 al cesar la legislatura.

En octubre de 1989 el Gobierno Federal presentaba un nuevo proyecto de ley que, manteniendo el enfoque original, precisaba y ampliaba sus contenidos normativos.²⁰ En octubre de 1990 el Parlamento aprobó el citado D.D.L. con algunas enmiendas que hacían aún más coherente y rigurosa la protección del embrión humano; la ley fue luego publicada en el boletín de leyes federales en diciembre de 1990.²¹ Examinemos brevemente la estructura y los contenidos de la ley:

— Está constituida por 13 artículos, incluida la parte dedicada a las definiciones, y evalúa exclusivamente los temas inherentes a la naturaleza y a la subjetividad del embrión, prohibiendo en líneas generales el uso de la fecundación artificial (I.A., S.U.Z.I., G.I.F.T. y F.I.V.E.T.) con fines no reproductivos.

— Se prohíbe, además: el uso del embrión fecundado *in vitro* o *in vivo* con fines diversos de los dirigidos a garantizar su supervivencia; la investigación científica en embriones excepto en huevos fecundados hasta la singamia;²² la fecundación de más óvulos que los que sean transferidos a fin de evitar que sobren embriones; la donación de óvulos

y la transferencia de embriones a una mujer diferente de la madre genética con fines de sustitución (maternidad substituta); la inseminación artificial y la fecundación *in vitro* llevadas a cabo sin previo consentimiento de la pareja; la fecundación artificial después de la muerte del cónyuge que donó los gametos; la manipulación de células de la línea germinal, la clonación, la selección del sexo, la fecundación interespecies. No se prohíbe explícitamente, en cambio, la donación de embriones, al considerar el hecho de que a veces la transferencia a otra mujer podría ser el único modo de asegurar su supervivencia.

Ante los contenidos de esta ley se evidencia en conjunto una gran atención para con el embrión humano y para con el bienestar psicofísico del mismo, tanto antes como después del nacimiento. Tales preceptos legislativos, que despliegan su eficacia al momento de la penetración del espermatozoide en el óvulo, llegan a cesar, sin embargo, al momento de la anidación del embrión en el útero de la madre, en cuanto que entran las normas del Código Penal sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Esta situación de estridente contraste entre protección jurídica del embrión fuera del útero y ausencia de una protección jurídica total del embrión y del feto en el útero es semejante a la creada, como tendremos ocasión de ver, en el Estado de Louisiana.

Gran Bretaña

En 1982 se instituyó en aquí una Comisión de investigación sobre la fecundación y embriología humana, presidida por Mary Warnock, que dio nombre a la *Comisión Warnock*. La Comisión, formada por 16 expertos en varias disciplinas, hizo público dos años después (en julio de 1984) su informe final, conocido como *Informe Warnock*.²³

El examen sumario del texto del *Informe Warnock* evidencia una escasa atención para con los derechos del embrión humano, cuya existencia está siempre subordinada al deseo procreativo de la pareja y de investigación de los experimentadores. Efectivamente, al embrión humano no se le reconoce capacidad jurídica alguna hasta el día 14 desde la concepción y, por consiguiente, no se le pueden atribuir ni el derecho a la vida ni el derecho a la salud. De aquí la aprobación no sólo de todas las técnicas de fecundación artificial (homóloga y heteróloga) con una finalidad terapéutica de la infertilidad, y destinadas tanto a las parejas

casadas o convivientes, cuanto a las mujeres solteras o viudas, sino también al uso de los embriones humanos (tanto sobrantes como fecundados a propósito) como objeto de investigación y de comercio.

Las reacciones a las conclusiones del *Informe Warnock* fueron múltiples no sólo por parte del Episcopado católico de Gran Bretaña,²⁴ sino también de la Iglesia Anglicana,²⁵ sobre todo a propósito del estatuto del embrión humano y de la donación de gametos. Por esto, se tenía la esperanza de que algunas declaraciones del Informe, en vistas de la elaboración de un proyecto de ley, fueran revisadas o modificadas.

En el *Informe Warnock* se preveía, entre otras cosas, la creación de una *Entidad pública*, encargada de controlar con un rígido sistema autoritario el uso de las técnicas de fecundación artificial y la investigación científica en embriones humanos, a la luz de los contenidos de la ley y las disposiciones de la entidad misma. De hecho, como consecuencia de las iniciativas del *Medical Research Council* y del *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*, se puso en marcha —antes de la aprobación de una ley en la materia— el *Voluntary Licensing Authority* (V.L.A.), entidad rebautizada en 1989 como *Interim Licensing Authority* (I.L.A.) a fin de subrayar su carácter provisional a la espera de la constitución legislativa de la Entidad. Las directrices del I.L.A.,²⁶ de conformidad con las recomendaciones del *Informe Warnock*, fueron aceptadas por la comunidad científica y aplicadas fielmente por los agentes sanitarios así como por los investigadores que operaban en los hospitales y en las instituciones de salud, también porque los financiamientos para la investigación en embriones estaban subordinados al parecer del V.L.A.

En 1985 se aprobó una ley relativa a la maternidad substituta (*Surrogacy Arrangement Act*) que prohibía recurrir a esa práctica.²⁷

Como consecuencia de la publicación del *Informe Warnock* y ante las protestas suscitadas por este, el Gobierno inició una serie de consultas públicas, a fin de obtener ulteriores elementos de juicio para aclarar y definir algunos de los aspectos más controvertidos de las propuestas del *Informe Warnock*. En la fase de consulta el Gobierno se sirvió de un documento de discusión, "*La legislación sobre los servicios contra la esterilidad humana y sobre la investigación embrional*", que fue enviado a numerosas organizaciones interesadas.

Concluido el período de consulta, en junio de 1987, el Gobierno presentó a las Cámaras el *Libro blanco sobre "Fecundación humana y*

embriología: orientaciones para una legislación”,²⁸ en el que se constataba la dificultad de elaborar una legislación sobre temas tan complejos, y sometía a las Asambleas una puesta a punto de todos los problemas inherentes a la fecundación asistida a fin de hacer provechosa la sucesiva discusión en el Parlamento. En 1989 se presentó un D.D.L gubernamental sobre la materia que traducía en un esquema normativo, abierto a las aportaciones parlamentarias para las soluciones de problemas cruciales como la protección del embrión humano, las propuestas y las orientaciones delineadas en el *Informe Warnock* y en el *Libro blanco*.

A pesar de las numerosas controversias surgidas en el ámbito de las dos Cámaras, el 1 de noviembre de 1990 fue aprobado el *Human Fertilisation and Embriology Act*,²⁹ que recoge íntegramente la opción de la libertad de investigación en el embrión humano adelantada por la *Comisión Warnock*, ampliando más todavía el área de aplicación de los servicios de terapia de la esterilidad.

Queriendo subrayar algunas peculiaridades de la ley, que se divide en 15 párrafos o capítulos y en cuatro anexos que contienen las disposiciones esenciales para la aplicación de las partes constitutivas, haremos notar que:

— Se considera embrión humano solamente al producto de una fecundación completa de dos gametos humanos y la fecundación se considera completa sólo cuando aparece el cigoto de dos células, mientras para el *Informe Warnock* la fecundación es el momento de la penetración del espermatozoide en el óvulo.

— La mujer no se considera embarazada hasta que no se ha producido la implantación en el útero, sin que se precise a qué día se hace referencia, si al día 6, cuando comienza la implantación, o al día 14, cuando se ha completado ya la implantación. Por lo demás, se considera madre a la mujer que “ha tenido el embarazo de un hijo como consecuencia de la colocación en su seno de un embrión o de semen y ovocitos”.³⁰ En la confrontación entre maternidad genética y maternidad de gestación, prevalece la maternidad de gestación (*criterio naturalista*).

— El embrión humano puede ser utilizado para fines de investigación hasta el día 14 desde la concepción, momento en que aparece la estría primitiva.³¹ Los embriones pueden ser fecundados *in vitro* con fines de investigación con tal que se trate de investigaciones sobre la terapia de

la esterilidad, sobre las enfermedades genéticas y sobre el diagnóstico genético en los embriones.

— No se permite la inserción en el útero de una mujer de gametos no humanos o de embriones obtenidos mediante la fecundación interespecies, pero está permitido, previa autorización, mezclar gametos humanos con gametos de otras especies animales.

— Por lo que se refiere a la fecundación artificial heteróloga, la ley se limita a establecer cuáles deben ser los criterios de atribución de paternidad y de maternidad de hijos obtenidos con estas técnicas de fecundación artificial, dando por sentado que el fin principal de estas técnicas parece ser la satisfacción de un presunto derecho al hijo por parte de cualquiera que lo solicite.

— Se introducen algunas enmiendas al *Surrogacy Act* de 1985, por lo que no sólo se prohíben los acuerdos de sustitución (sin imponer, no obstante, sanciones a las mujeres que hayan tomado parte espontáneamente), sino que se invalidan jurídicamente los mismos acuerdos si se hubieran efectuado ya (art. 36).³² Hay que hacer notar, por lo demás, que la ley establece que los gametos para el embarazo en sustitución deben ser proporcionados al menos por uno de los dos progenitores concomitantes, a fin de asegurar al hijo la identidad genética con uno de los dos padres por lo menos.

Sin embargo, cuando se lleven a cabo los contratos de sustitución, la ley prevé que “el tribunal puede emitir una ordenanza para que el hijo sea considerado a tenor de la ley como hijo de los cónyuges si... el embarazo ha sido llevado adelante por una mujer distinta de la esposa como consecuencia de la colocación en su seno de un embrión o esperma y ovocitos, o de su inseminación artificial” (art. 30).³³

— Se introduce una nueva disciplina del aborto que modifica la contenida en la ley de 1987 y añade, además, la reglamentación de la reducción selectiva de los embarazos plurigemelares obtenidos por F.I.V.E.T. La anterior normativa preveía, en efecto, dos hipótesis que podían legitimar la interrupción voluntaria del embarazo hasta, y no después de, la semana 28, el peligro de muerte o de daño a la salud física o psíquica de la madre, y el peligro basado en anomalías fetales. La ley de 1990 introduce el límite de las 24 semanas por lo que concierne a los riesgos de la salud física y psíquica de la mujer, dejando invariable el límite de las 28 semanas para las otras dos hipótesis.

— Se reconoce la institución de la objeción de conciencia en todas las actividades reglamentadas por la ley (art. 38).³⁴

— Finalmente, hay que subrayar que el eje central de toda la construcción normativa de la ley lo constituye la Entidad pública encargada de presidir todo el sector de la reproducción asistida —la *Human Fertilization and Embriology Authority*— con el cometido específico de vigilar que las actividades objeto de autorización sean conformes con los criterios fijados por el legislador y con el código deontológico o de conducta emitido por la misma Entidad.³⁵

Italia

En 1984 el Ministerio de la Salud, por un decreto del 31 de octubre, instituyó una comisión de estudio con la tarea de profundizar los problemas ético- sociales, médico-científicos, organizativos y jurídicos vinculados con la fecundación artificial humana y el tratamiento de los embriones. La Comisión, presidida por Fernando Santosuosso, del cual provino el nombre de *Comisión Santosuosso*, y formada por juristas, médicos, biólogos y funcionarios del Ministerio de la Salud y del Instituto Superior de la Salud, presentó el 22 de noviembre de 1985 dos distintas propuestas acompañadas por informes redactados por el presidente, y algunas declaraciones de disensión.³⁶

Los contenidos del citado Informe fueron retomados en algunos D.D.L. presentados en el Senado y en la Cámara de Diputados en la precedente legislatura (véase, por ejemplo, el D.D.L. n. 1126 presentado por iniciativa de Degan en el Senado de la República).³⁷

También en 1985 se hizo pública una Circular del Ministerio de la Salud concerniente a *los límites y condiciones de legitimidad de los servicios para la inseminación artificial en el ámbito del Sistema Sanitario Nacional (S.S.N.)*.³⁸ A falta de una legislatura completa de referencia, el Ministerio de la Salud pudo, en efecto, intervenir —tanto con la Circular de 1985 como con la Circular de 1987— sólo de manera limitada para disciplinar las condiciones de acceso a las prestaciones erogadas por el S.S.N. en materia de patologías de la reproducción humana y las medidas de prevención de las enfermedades transmitidas por el uso de espermatozoides humanos en los procedimientos de fecundación artificial.

La citada Circular de 1985 reconoce a los cónyuges no separados el derecho de solicitar al S.S.N. recurrir a las técnicas de inseminación artificial sólo con el uso de los gametos de la pareja.

En 1987 —como adelantábamos— fue publicada una segunda Circular referente a *medidas de prevención de la transmisión del virus HIV y de otros agentes patógenos a través del semen humano empleado para la fecundación artificial*³⁹ con la firma del Ministro de la Salud y dirigida a los Presidentes de las Juntas Regionales, a la Federación Nacional de los Colegios de Médicos, a la Sociedad Italiana de Fertilidad y Esterilidad y a otras asociaciones que operan en este campo. Esta Circular contiene prescripciones encaminadas a prevenir en los procedimientos de fecundación artificial las E.T.S. con el uso de esperma humano como garantía de la salud de la mujer y del hijo naciente. Para la prevención del SIDA se prevé, entre otras cosas, que el donador sea sometido a un examen serológico en el momento de la obtención y a otro tres meses después;⁴⁰ y previo *screening* para las enfermedades genéticas, procedimientos que han de efectuarse también con el semen homólogo. Esta labor de prevención requiere la presencia del médico, sustrayendo, por sus mismas modalidades, el acto fecundativo a la sola disciplina privada y legitimando la intervención pública para la verificación de las condiciones de seguridad (esto es, ausencia de enfermedades genéticas y de E.S.T.).

Por lo que se refiere a la actividad legislativa, hay que poner de relieve que durante la X Legislatura se presentaron 11 D.D.L. (4 en el Senado y 7 en la Cámara de Diputados) por parte tanto de parlamentarios aislados como de diversos ponentes que encabezaban determinados grupos parlamentarios.⁴¹ Los citados D.D.L. difieren notablemente entre sí en cuanto a los fundamentos y contenidos, pero tales divergencias no fueron confrontadas puesto que —al faltar un proyecto del Gobierno— nunca iniciaron su decurso parlamentario.

Por este motivo —como consecuencia también de la caída de la X Legislatura— no consideramos necesario enumerar ni comentar cada uno de los D.D.L., limitándonos a indicar aquellos D.D.L. presentados en la actual Legislatura, los cuales resumimos a continuación:

— D.D.L. n. 127/1992 sobre *Normas sobre la inseminación artificial, la fecundación in vitro y la transferencia de gametos y de embriones* por iniciativa de los senadores Zuffa, Alberici y otros, que retoma en su

totalidad el D.D.L. presentado por el mismo grupo en 1990. Aquí se abordan todos los problemas inherentes a la fecundación artificial (inseminación artificial y F.I.V.E. T.), que es permitida tanto en la forma homóloga como en la heteróloga, introduciendo indicaciones precisas sobre las modalidades de donación del semen (obligatoriedad del *screening*; mayoría de edad; no utilización del semen del mismo donador para más de dos embarazos a término; gratuidad de la donación y observancia del anonimato) y prohibiendo la donación de óvulos y la manipulación del patrimonio genético o de los gametos. Hay que subrayar, por una parte, el requerimiento de constitución de una Comisión de control y, por otra, el reconocimiento del derecho de la mujer “que haya logrado un embarazo como consecuencia de las intervenciones de las que habla la presente Ley... de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, a tenor de la ley del 22 de mayo de 1978, n. 195” (art. 9).

— D.D.L. n. 255/1992 sobre *Normas para proteger al embrión humano* por iniciativa de los senadores Colombo, Svevo, Minucci y otros que, después de haber sancionado que “el embrión humano es protegido desde el momento de la fecundación” (art. 1), prohíbe la creación de embriones humanos no destinados a la transferencia al útero de la mujer, la supresión de embriones al margen de las indicaciones previstas por la ley 194/78, la manipulación del patrimonio genético, la fecundación interespecies y la clonación.

— D.D.L. n. 955/1992 acerca de las *Normas sobre la reproducción asistida y sobre la investigación científica en el campo genético* por iniciativa del honorable Poggiolini y otros, que permite el acceso a todas las técnicas de fecundación artificial tanto en forma homóloga como heteróloga a todas las mujeres, casadas o solteras, con la condición de que hayan alcanzado la mayoría de edad; requiere el consentimiento del cónyuge o del compañero masculino en los procedimientos; fija en quince el número de embarazos que se pueden obtener con el semen del mismo donador; protege el anonimato del donador, que puede ser violado sólo en casos excepcionales y previa autorización judicial; autoriza la crioconservación incluso de los óvulos; prohíbe en principio la fecundación interespecies (excepto el *hamster test*) a menos que no se cuente con la autorización de la Comisión Nacional, comisión cuya constitución se pide y cuyos miembros deben ser elegidos con base “en

la producción de trabajos científicos citados en revistas científicas de relevancia nacional e internacional” (art. 28).

—D.D.L. n. 314/1992 sobre *Disciplina de las intervenciones médicas en la esterilidad humana y para la procreación artificial* por iniciativa del Hon. Pieroni, en el que se propone que el niño nacido como consecuencia de fecundación artificial heteróloga puede conocer y frecuentar a los padres genéticos; que se eviten los contratos de sustitución, la manipulación del patrimonio genético de los gametos y la conservación de embriones sobrantes por un período superior a tres meses. Asimismo se consideran beneficiarias de las técnicas de fecundación artificial a todas las mujeres que hayan cumplido los treinta años de edad y que no hayan superado los cuarenta años.

Por lo que concierne a la actividad judicial, se señalan dos sentencias (del Tribunal de Nápoles y del Tribunal de Monza) sobre la maternidad substituta (1988).⁴² Con base en la Sentencia del tribunal de Nápoles (1988), la madre genética no tiene derecho alguno sobre el niño que ha sido fecundado sólo con el óvulo; la Sentencia del Tribunal de Monza (1988) considera jurídicamente no válidos los contratos de sustitución.

Noruega

En julio de 1986 se introdujo en Noruega la ley n. 56⁴³ como modificación de la ley n. 57/1969 en la que se indicaban, entre otras cosas (art. 9, párrafo a), las estructuras en que era posible efectuar las intervenciones de F.I.V.E.T. y de inseminación artificial —previa autorización del Ministerio de Asuntos Sociales.

Sucesivamente, en 1987, se emanó la ley n. 68 sobre la fecundación artificial,⁴⁴ que establece el uso de las técnicas de fecundación artificial sólo en estructuras autorizadas, que tienen también permiso de crioconservar el semen; prohíbe la congelación de los huevos no fecundados, pero permite la congelación de embriones (“huevos fecundados”) para que sean utilizados en una implantación diferida en el útero de la madre genética, limitando su conservación a sólo 12 meses; permite la fecundación artificial en mujeres casadas y en los casos en que se haya dado el consentimiento por escrito de ambos cónyuges, precisando que “*compete al médico tomar la decisión de comenzar el tratamiento para la fecundación artificial. Esta decisión debe fundamentarse en una eva-*

luación médica y psicosocial de la pareja” (art. 5);⁴⁵ permite la inseminación artificial heteróloga en presencia de un cónyuge estéril o de enfermedad hereditaria, requiriéndose el absoluto anonimato del donador, y la F.I.V.E.T. sólo en la forma homóloga; prohíbe la experimentación en embriones; considera padre social al cónyuge que ha dado el consentimiento a los procedimientos de fecundación artificial.

Portugal

En 1986 el Gobierno portugués emanó un *Decreto Ley*, n. 319,⁴⁶ que regula el acceso a la sola inseminación artificial homóloga, indicando las estructuras adecuadas (públicas y privadas, pero controladas por el Ministerio de la Salud).

España

En 1985 se constituyó dentro de la *Dirección Nacional de los Registros y del Notariado* un grupo de trabajo sobre los problemas planteados por la inseminación artificial y por la fecundación *in vitro* que, presidido por Gregorio Garetta Ancos, analizó las diferentes implicaciones en el ámbito civil, dando una serie de indicaciones en materia de gestión de los centros sanitarios, de contratos de donación o de sustitución, y de filiación.⁴⁷

Mientras tanto, en 1984, la Asamblea del Congreso de los Diputados había deliberado sobre la institución de una comisión de estudio sobre la fecundación extracorpórea, comisión que se constituyó formalmente en 1985. La Comisión Palacios —por el nombre del presidente, Marcelo Palacios Alonso—, presentó en 1986 un Informe que constituía la base cultural y propositiva del proyecto de ley aprobado luego en el Parlamento.⁴⁸

El principio que uniforma a todo el trabajo de la Comisión es que en la evaluación de las técnicas de fecundación artificial es necesario “enfrentar la realidad actual con un enfoque ético que vaya al paso de los tiempos, elaborada sin eufemismos ni reservas, contraria a las valoraciones abstractas y a los principios preestablecidos”.⁴⁹ De aquí la aceptación de las diversas técnicas de fecundación artificial en la forma tanto homóloga como heteróloga y de la experimentación en el embrión hasta el día

14 desde la fecundación; y también siempre que “se manifiesten en ellos señales de imposibilidad de implantación en el útero de la mujer por defectos genéticos o anomalías”.⁵⁰

El consentimiento a la experimentación en embriones hasta el día 14 desde la fecundación está dictado por la consideración de que el embrión humano no tendría un estado biológico y jurídico equivalente al de los sujetos ya nacidos.^{51,52} Según la Comisión, “el hecho de extender al embrión una protección igual a aquella de que debería gozar la persona humana auténtica podría parecer, en cierto modo, forzado y excesivo, esto es particularmente cierto en el curso de la primera fase de los catorce días sucesivos a la fecundación. Durante dicho período el embrión no es una persona, ni se le puede considerar como tal”.⁵³

El 22 de noviembre de 1988 fue aprobada la ley sobre las técnicas de reproducción asistida,⁵⁴ ley que traduce en normas las recomendaciones finales de la *Comisión Palacios*, compartiendo tanto su línea argumental como el enfoque fundamental. La ley, constituida por una parte introductoria, los siete capítulos del articulado, una disposición transitoria y cuatro disposiciones finales, tiene un enfoque —como se lee en el informe introductorio— “de carácter cívico y civil, no desprovista de componentes pragmáticos... que hay que confrontar con criterios de racionalidad y de oportunidad al servicio del interés general”, correspondiente este último a las convicciones de la mayoría y a los contenidos de las normas constitucionales.

Queriendo subrayar algunas peculiaridades de la ley, se hace notar que con base en esta normativa:

— Las técnicas de fecundación artificial tienen por finalidad “la intervención médica contra la esterilidad humana, a fin de facilitar la procreación cuando otros métodos terapéuticos se hayan revelado inadecuados o ineficaces”.⁵⁵ Aun cuando no se pida la prueba del fracaso de los otros métodos, los beneficiarios deben someterse a condiciones de carácter médico, como por ejemplo la existencia de una indicación precisa del uso de una determinada técnica, previendo un buen resultado y la ausencia de riesgos. El recurso a las técnicas de fecundación artificial es permitido también con objeto de prevenir enfermedades hereditarias.

— Pueden acudir a las técnicas de fecundación artificial tanto las mujeres casadas como las que conviven con una pareja y las que están solas:

“toda mujer —reza el párrafo 1 del artículo 6— podrá ser destinataria o usuaria de las técnicas de fecundación artificial con tal que haya consentido de manera libre, explícita y por escrito”.⁵⁶

— Se acepta el término *preembrión* para designar “al grupo de células resultantes de la división progresiva del óvulo desde que es fecundado hasta aproximadamente catorce días más tarde”,⁵⁷ coincidente —según la ley— con la anidación en el útero o con la formación de la línea primitiva.

— En materia de maternidad substituta la ley se aparta de las recomendaciones de la *Comisión Palacios*, que se había opuesto en cuanto que, aun no considerando válidos los contratos de sustitución, no hace una prohibición específica del recurso a la maternidad substituta.

— No se le reconoce al hijo el derecho de conocer al padre genético excepto en el caso de que haya peligro para su vida o explícito requerimiento por parte de un Tribunal. En estos casos será posible remontarse al nombre del padre genético mediante la consulta de los Registros Nacionales.

— Se prohíbe, en líneas generales, recurrir a la inseminación *post-mortem* con excepción de dos situaciones:

a. el hombre ha dejado testamento en el que se permite la utilización de su semen después de la muerte, lo cual se podrá hacer dentro y no después de los seis meses;

b. el material reproductor se encuentre en el útero de la mujer antes de la muerte del marido o de la pareja que convive con ella.

— La investigación en embriones puede llevarse a cabo con fines tanto de diagnóstico como terapéuticos. Si se efectúa por motivos diferentes a los referidos no podrá llevarse a efecto después del día 14 desde la concepción.

El mismo enfoque se puede encontrar en la ley del 3 de diciembre de 1988 sobre *Donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos*,⁵⁸ que permite la donación de embriones con fines de diagnóstico, terapéuticos o de investigación, previo el consentimiento informado de los padres y con la condición de que los fetos/embriones estén muertos o no haya habido relación entre interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E.) y donación; prohíbe la creación de embriones con fines cosméticos; permite la experimentación con la con-

dición de que se trate de fetos no viables; autoriza el recurrir a las técnicas de fecundación artificial como medio de selección del sexo.

Suecia

Son numerosas las medidas legislativas puestas en marcha entre 1984 y 1991 en Suecia en materia de fecundación artificial.

La primera ley —primera incluso en Europa— introducida en el ordenamiento sueco el 20 de diciembre de 1984 se refiere a la inseminación artificial homóloga y heteróloga.⁵⁹ Un elemento novedoso contenido en esta normativa es el de reconocer al hijo logrado por inseminación artificial heteróloga el derecho de conocer, llegado a la mayoría de edad, datos suficientes para identificar al padre-donador.⁶⁰

En 1985, por el *Decreto n. 796* se atribuye a la *Dirección Nacional para la Seguridad Social y la Salud* la potestad de emanar disposiciones consideradas necesarias en los sectores de competencia para una correcta aplicación de la ley, reconociéndole también la labor de integrar y completar las prescripciones legislativas precisando sus contenidos. De aquí la publicación, en 1987, de un documento de disposiciones e instrucciones de la Dirección Nacional sobre la inseminación artificial.⁶¹

En 1988 se hizo pública la *Ley n. 711 sobre la fecundación fuera del cuerpo humano*,⁶² con la cual, a diferencia de la ley de 1984, se permite el uso de la F.I.V.E.T. sólo en las mujeres estériles casadas o que conviven de manera estable y con la sola utilización de los gametos de la pareja. Es de notar la discrepancia entre esta ley y la de 1984 que permite, en cambio, utilizar el semen de un donador, discrepancia que fue explicada por el Ministro de Salud⁶³ por razones de política social referentes a las graves dificultades para controlar e impedir la inseminación artificial heteróloga dada la simplicidad de su ejecución tanto como para poder ser utilizada —teóricamente— incluso en el ámbito de la enfermería. Por consiguiente, considerando no practicable la prohibición de la inseminación artificial y temiendo el desarrollo de un mercado clandestino del semen con los consiguientes peligros sanitarios y sociales, se prefirió admitir esa técnica con todas las cautelas y las limitaciones posibles como garantía del ser naciente. La prohibición se refirió, en cambio, a la F.I.V.E.T. heteróloga dada su mayor complejidad y la necesidad de

actuación médica que harían posible una mejor vigilancia por parte de la autoridad sanitaria.

Tras emanar la ley de 1988, la Dirección Nacional dio a conocer, en 1989, un texto de disposiciones e instrucciones en materia de fecundación artificial extracorpórea para la aplicación de la ley.⁶⁴

Finalmente, en 1991 se publicó una ley concerniente a medidas con fines de investigación o bien de tratamiento de los óvulos humanos fecundados,⁶⁵ que admite la experimentación en embriones hasta el día 14 desde la fecundación: la Dirección Nacional, no obstante, no ha hecho público todavía un texto de disposiciones en la materia.

Suiza

La Academia Suiza de las Ciencias Médicas (A.S.S.M.) dio a conocer algunas Recomendaciones en materia de fecundación artificial, como:

- a. *Recomendaciones sobre Inseminación Artificial* de 1981;
- b. *Directrices Etico-Sanitarias para el tratamiento de la esterilidad por medio de la fecundación in vitro y del trasplante de embriones* de 1985;
- c. *Lineamientos sobre la procreación médicamente asistida* de 1990.⁶⁶

En las directrices de la A.S.S.M. se inspiran luego las directrices de los diversos Cantones en materia de fecundación artificial. Baste pensar en las Directrices del Cantón Bâle-Campagne del 2 de febrero de 1987 en las que, después de haber reiterado la validez de las directrices de la A.S.S.M. sobre la fecundación *in vitro*, se agrega la prohibición de la geneterapia en células germinales, la maternidad de sustitución, y el comercio de embriones.⁶⁷

Hay que subrayar, además, que en mayo de 1992, seguido de un referéndum nacional, está la solicitud de evitar el recurso a la crioconservación de embriones.

Hungría

En 1989 se hizo pública una Ordenanza del Ministerio de Asuntos Sociales y de la Salud en Hungría que, modificando una Ordenanza precedente de 1981, permite el acceso a la inseminación artificial a mujeres

estériles, casadas, en edad inferior a los 45 años, en plena posesión de sus capacidades físicas y psíquicas y residentes en el territorio húngaro.⁶⁸

Unión Soviética

En la ex-Unión Soviética se emanó en 1987 un *Decreto Ministerial*⁶⁹ referente a la inseminación artificial heteróloga por indicación médica, que precisa las modalidades de gestión de los bancos de semen, la congelación del semen y los centros autorizados para utilizar esta técnica de fecundación artificial.

Federación Australiana

En 1984, tanto en el Estado de Victoria como en el de Nueva Gales estaban vigentes leyes para regular el uso de las técnicas de fecundación artificial. Por otra parte, hacía tiempo que se había iniciado en este país la discusión acerca de los problemas inherentes a la fecundación artificial. Baste pensar que en el Estado de Victoria, en 1982, se constituyó la primera Comisión de estudio sobre la fecundación artificial, el *Waller Committee*, que ese mismo año publicó un *Interim Report* sobre las cuestiones sociales, éticas y legales vinculadas con la F.I.V.E.T.⁷⁰

Sucesivamente en 1984 se publicaron otros Informes sobre el tema de la congelación de embriones, sobre la donación de gametos y sobre la maternidad substituta.⁷¹

En 1987, el Estado de Victoria emanó una segunda ley en materia de experimentación en embriones humanos⁷² que difiere grandemente en cuanto a los contenidos de la ley de 1984.

Efectivamente, mientras la ley de 1984 prohíbe (art. 6, párrafo V) crear *in vitro* embriones destinados a la experimentación, aun permitiéndola en embriones sobrantes (art. 6, párrafo III y IV) —previa la aprobación del *Standing Review and Advisory Committee on Infertility*,⁷³ la ley de 1987 permite, en el artículo 4 —que substituye al párrafo V del artículo 6— la obtención de óvulos incluso con fines de investigación, limitándolo, sin embargo, a los procesos de fecundación.⁷⁴

No obstante, cualquier experimento ha de interrumpirse antes de la *singamia*, en torno a las 22-23 horas desde la fecundación, y debe estar siempre autorizado por el *Standing Review and Advisory Committee on*

Infertility, que evalúa la utilidad en relación con el beneficio que se podría derivar de ello para la mujer sometida a estos procedimientos.

Por lo que concierne a las técnicas de fecundación artificial, la ley de 1987 permite el recurso tanto a la F.I.V.E.T. como al G.I.F.T. en la forma homóloga y heteróloga, previa asesoría y consentimiento de ambos cónyuges, así como la donación de espermatozoides y de óvulos.

También en el Estado de Nueva Gales el debate sobre los problemas de la fecundación artificial comenzó bastante pronto, llevando a la creación de una comisión de estudio, la *New South Walles Law Reform Commission*, que redactó al paso del tiempo diversos informes sobre el tema⁷⁵ y emanó una ley en la materia en 1984.⁷⁶ La ley del Estado de Nueva Gales permite recurrir a la inseminación artificial y a la F.I.V.E.T. tanto en la forma homóloga como en la heteróloga, incluso utilizando mezclas de semen y previo el consentimiento de ambos cónyuges.

En el Estado de la Australia Meridional desde 1984 está en actividad la *South Australia Health Commission*,⁷⁷ mientras en 1988 se introduce en el ordenamiento del país una ley de regulación del acceso a las técnicas de fecundación artificial.⁷⁸ La ley requiere, entre otras cosas, la institución de un Comité para elaborar un código de ética que discipline la utilización de los procedimientos de fecundación artificial y la investigación embrional, instituyendo un sistema de autorizaciones para proceder; requiere que la pareja que se somete a los procedimientos de fecundación artificial viva una relación conyugal estable desde por lo menos 5 años antes, aunque sea sólo *de facto*, y que acceda a las citadas técnicas previa la comprobación de esterilidad y de enfermedades hereditarias; requiere que la experimentación en el embrión se suspenda antes del día 14 desde la fecundación, y que los embriones congelados no se conserven por más de 10 años.

También el Estado de Queensland comenzó a estudiar la materia, constituyendo en 1984 el *Queensland Bioethics Advisory Committee*,⁷⁹ y la actividad parlamentaria con la presentación entre otros, en 1988, de un D.D.L. sobre la maternidad substituta.⁸⁰

Estados Unidos

Aun habiendo comenzado en los años setenta la elaboración de una normativa a fin de reglamentar las técnicas de fecundación artificial, hoy

todavía sólo algunos Estados de la Federación Americana —ante la total ausencia de leyes federales— tienen leyes que disciplinan la materia, aunque a veces no de modo exhaustivo, es decir, abordando todos los problemas vinculados.

Hay que subrayar igualmente la difícil gestión en términos de jurisprudencia de un país tan grande, en el que la movilidad de la población, la frecuencia de relaciones entre residentes en Estados diversos, la presencia de estudios profesionales médicos que trabajan sobre una base territorial tan extensa que a veces supera el área de competencia de la legislación estatal, crean a menudo las premisas para un contencioso variado y articulado a cuya definición se aplica en cada ocasión la normativa del estado (*Public Law* o *Common Law*) o la ley federal.

Resumamos brevemente los contenidos de la normativa vigente en los Estados en particular según la materia disciplinada.⁸¹

a. *Inseminación artificial*. Está reglamentada en 30 Estados de la Unión Americana: 11 Estados permiten la inseminación artificial sólo a las parejas casadas; 25 Estados consideran vinculante el consentimiento del cónyuge a los procedimientos; 30 Estados indican los criterios de atribución de la paternidad, legitimando a la prole; 1 Estado (el de Nuevo México) limita el número de fecundaciones con semen de donador; 3 Estados (Idaho, Ohio, Oregon) prescriben como obligatorio el *screening* de los donadores para individualizar eventuales enfermedades genéticas o enfermedades sexualmente transmitidas.

b. *Uso del semen de donador en la inseminación artificial y en la fecundación in vitro heteróloga*. La materia está actualmente reglamentada sólo en tres Estados de la Federación, Idaho, Ohio y Oregon, en los que se han introducido las siguientes directrices: es penalizado quien dona su propio semen aun a sabiendas de estar afectado por una enfermedad genética o sexualmente transmitida (Idaho, Oregon); la donación debe ir precedida por un examen físico completo del donador, corroborado por una anamnesis genética y médica y por exámenes de laboratorio (Ohio); el semen del donador no puede ser usado inmediatamente después de la donación en cuanto que es necesario el *screening* para el virus HIV (Idaho); se hace referencia, por lo que concierne a los protocolos de control del semen donado, a las directrices de la *American Fertility Society*.

c. *Fecundación in vitro con embryo-transfer (F.I.V.E.T.)*. Aun cuando la F.I.V.E.T. está presente en los programas sanitarios de casi todos los Estados de la Federación, está disciplinada a nivel legislativo sólo en cinco, Kentucky, Illinois, Louisiana, Nuevo México y Pensilvania. A estos podemos agregar Minnesota que se limita solamente a disciplinar la investigación en los embriones fecundados *in vitro* o *in vivo*, investigación que está vedada a menos que no se haga para el bien del mismo embrión y sea para él inocua.

Los Estados de Illinois, Minnesota y Louisiana permiten la F.I.V.E.T. pero no la experimentación en embriones y el Estado de Kentucky permite la F.I.V.E.T. requiriendo, no obstante, la adopción de los embriones sobrantes.

El Estado de Nuevo México permite la F.I.V.E.T. con fines procreativos pero no de experimentación, requiriendo la transferencia en útero de todos los embriones fecundados y prohibiendo recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo aunque se descubra que los embriones están afectados por patologías genéticas y/o somáticas.

d. *El estado del embrión humano*. Con excepción de la investigación en embriones, disciplinada en siete Estados de la Federación, sólo el Estado de Louisiana ha intervenido para dar una definición jurídica del recién concebido, mientras en otros Estados las controversias se han ventilado ante los Tribunales. Tomaremos como ejemplo lo sucedido en los Estados de Illinois, Tennessee y Louisiana.

Conforme a una Sentencia del Estado de Illinois, una mujer debe ser considerada madre desde la fecundación, aunque el procedimiento se efectúe *in vitro*: como prueba de ello es de notar que en cada intervención hay que pedir el consentimiento a la madre y que la clínica donde se lleva a cabo la F.I.V.E.T. no puede reivindicar derecho alguno de propiedad.

Las vicisitudes de siete embriones crioconservados centraron la atención pública que asistió a un increíble alternarse de decisiones de los tribunales del Estado de Tennessee.⁸² El 21 de septiembre de 1989, la *Circuit Court* de Maryville en el Estado de Tennessee, en el transcurso de la causa de divorcio de la pareja Davis, confió —con una sentencia que podríamos calificar de histórica— siete embriones, obtenidos con la fecundación *in vitro* y sucesivamente congelados, a la señora Mary Sue Davis. La decisión de la *Circuit Court* estaba motivada por la voluntad de defender el derecho a la supervivencia de estos embriones, cosa

posible, aun cuando no cierta, como consecuencia de su transferencia al útero de la madre.

Rechazando las opiniones contrarias al reconocimiento del inicio de la vida del ser humano desde la fecundación, la Corte de Circuito confirmó su identidad e individualidad, argumentando de manera precisa y documentada tal parecer. La Sentencia suscitó gran escalofrío en el mundo científico y sobre todo jurídico, puesto que era la primera vez que un Tribunal de Estados Unidos se pronunciaba a favor del embrión humano y en defensa de sus derechos, aunque ya se habían registrado algunas débiles señales de este cambio de tendencia en anteriores decisiones de otros tribunales en materia de la interrupción del embarazo.

No satisfecho con la Sentencia de la Corte de Circuito, el señor Davis recurrió a la Corte de Apelación de Tennessee reivindicando el derecho de propiedad de los siete embriones, puesto que temía que se les hiciera nacer y se le obligara a convertirse en padre contra su voluntad. La Corte de Apelación, tachando de inconstitucionalidad las decisiones de la Corte de Circuito pidió al tribunal de primera instancia, por una sentencia del 13 de septiembre de 1990, el revisar su propia decisión y emitir una sentencia en la que ambos progenitores fueran habilitados para el control de los siete embriones crioconservados. De esta manera, se reinició la discusión, entre otras cosas, de la posición de la Corte de Circuito sobre la identidad del embrión humano con el propósito declarado de demostrar que este, en las primeras fases de desarrollo, no es sino un conjunto de células, no dignas de protección alguna. La Corte de Apelación puso en discusión, además, la existencia o no de un *derecho a procrear o a no procrear*. Confiando a la señora Davis los siete embriones crioconservados la Corte de Circuito exponía al señor Davis —según la Corte de Apelación— a la posibilidad de convertirse en padre contra su voluntad y esa decisión era considerada no sólo anticonstitucional sino incluso coercitiva. En defensa de ello, la Corte de Apelación recordaba una sentencia de la Suprema Corte del Estado de Oklahoma por la que se reconocía que el derecho de procrear o de no procrear es fundamental y, por consiguiente, nadie puede ser obligado a convertirse en madre o padre contra su voluntad. La señora Davis se opone a su vez a la Sentencia de la Corte de Apelación, solicitando que los siete embriones por lo menos sean donados a otra mujer, de manera que se les ponga en condiciones de poder “nacer”.

La Corte Suprema de Tennessee decide entonces que los siete embriones no han de ser considerados ni personas ni cosas sino una suerte de *especie intermedia* a la que se le debe un poco de respeto porque se trataría de individuos humanos *en potencia*. Por lo que se refiere específicamente a la utilización de estos embriones, la Corte de Apelación establece que el señor Davis deberá ser informado de las eventuales solicitudes de su ex-mujer y que por ningún motivo se podrá actuar contra su voluntad para hacer nacer estos niños. En realidad, sostiene la Suprema Corte, el señor Davis sufriría en ese caso un doble daño: convertirse en padre contra su voluntad y tener que asumir sucesivamente las obligaciones propias del estado de progenitor.

El único Estado de la Federación que ha definido y disciplinado el estado del embrión humano es el estado de Louisiana con la ley de 1988,⁸³ la cual establece que el óvulo humano fecundado *in vitro* asume una total subjetividad jurídica destinada a permanecer hasta el momento de la implantación, después de que el embrión en el útero sería titular sólo de los derechos expresamente reconocidos por la legislación vigente sobre la interrupción voluntaria del embarazo. De aquí la prohibición de destruir o experimentar en embriones fecundados *in vitro* y la precisión de que el sobrante de embriones sea adoptado previo consentimiento de los padres genéticos, sin que por esto se concedan los derechos de sucesión, reconocidos sólo después del nacimiento.

La ley del Estado de Louisiana parece en claro contraste con lo sancionado por la Corte Suprema del mismo Estado en el caso *Roe versus Wade* de 1973, en el que se establecía que los seres no nacidos no son "personas".

e. Maternidad substituta. Los Estados que han reglamentado la materia son Indiana, New Hampshire y Michigan, cuya orientación es la de reconocer jurídicamente los acuerdos de sustitución. También el Estado de Nevada se ha pronunciado sobre la maternidad substituta, que es permitida.

Israel

El estado de Israel hizo público en 1987 un Reglamento relativo a la salud pública con atención particular a la fecundación *in vitro*,⁸⁴ en el que

se precisa que la obtención de óvulos debe tener por finalidad la fecundación *in vitro* y la sucesiva transferencia de los embriones obtenidos de esta manera al útero de la mujer; la fecundación *in vitro* puede ser realizada tanto en la forma homóloga como en la heteróloga sólo en las estructuras autorizadas y previo consentimiento escrito de ambos cónyuges; y sólo puede ser utilizada por las mujeres casadas; la transferencia al útero debe suspenderse en el caso de deceso del cónyuge o del donador y en caso de divorcio, a menos que se haya dado el consentimiento del ex-marido; los óvulos y los embriones pueden ser conservados sólo durante cinco años; está prohibida la transferencia de embriones al útero de mujeres que no piensan conservar al niño, sino que lo cederán a terceras personas (*maternidad substituta*), prescindiendo del hecho de que los comitentes sean o no parientes de la madre gestante.

En 1988 se introdujo un ulterior reglamento⁸⁵ relativo a la gestión de los bancos de semen.

Sudáfrica

El acceso a las técnicas de fecundación artificial está controlado en Africa del Sur por un *Reglamento* de 1986,⁸⁶ en el que se requiere, entre otras cosas, un examen atento de la pareja que recurre a tales prácticas, la presentación de una solicitud suscrita por ambos miembros de la pareja, un cuidadoso *screening* de los donadores (para enfermedades genéticas y E.T.S.), y se precisa que no se pueden obtener de un mismo donador más de cinco niños.

Estados que han introducido enmiendas a los códigos civiles y penales

Algunos Estados han introducido, además, enmiendas a sus propios códigos civiles y penales a fin de reglamentar la materia de manera temporal en espera de leyes específicas.⁸⁷

En el artículo 304, párrafos *a* y *b*, del Código Penal de Libia se condena la inseminación artificial, al marido de la mujer, si consiente, y al médico ejecutor material de la técnica de fecundación artificial.

En los otros casos hay una evidente preocupación por reglamentar la filiación legítima. Recogemos a continuación algunos ejemplos:

—“la acción de denegación de la paternidad debe ser rechazada cuando el marido ha consentido en un acto que puede conducir a la concepción del hijo” (Países Bajos, *Código Civil*, art. 201, párrafo 1);

—“la denegación de paternidad por el marido que ha consentido en la inseminación artificial de su esposa debe ser rechazada como contraria a los principios de la vida social” Polonia, Sentencia de la *Corte Suprema*, 27 de octubre de 1984);

—“la denegación de la paternidad sobre el fundamento de la inseminación artificial no puede ser ejercida por el cónyuge que ha consentido a ella” (Portugal, *Decreto Ley n. 496/77*, art. 1839/3);

—“el marido no puede intentar la acción (de denegación de la paternidad) si ha consentido en la concepción por medio de un tercero” (Suiza, *Código Civil*, art. 256, párrafo 3).

También en los Estados canadienses de Quebec y Yukon están vigentes, respectivamente desde 1980 y 1984, normas para regular la atribución de paternidad de niños nacidos con la inseminación artificial.⁸⁸

Análisis comparativo “transversal” de las normativas en materia de fecundación artificial

En el transcurso del análisis transversal se comparan las opciones efectuadas por algunos Estados en materia de fecundación artificial y experimentación en embriones, confrontación que se limitará únicamente a los países europeos que ya tienen leyes completas sobre la materia, esto es, Austria, Alemania, Gran Bretaña, Noruega, España y Suecia.

Inseminación artificial homóloga (I.A.Ho.)

El acceso a la I.A.Ho. se permite en todos los Estados examinados con la condición de que, en algunos casos, sólo es permitida a las parejas casadas⁸⁹ (tabla 1). La motivación de la citada orientación es la voluntad de proteger el interés del ser naciente al que se le reconoce el derecho a una familia estable con doble figura genitorial.

Tabla 1
Inseminación artificial homóloga

	<i>cónyuges</i>	<i>convivientes</i>
Alemania	si	si
Austria	si	si
España	si	si
Gran Bretaña	si	si
Noruega	si	no
Suecia	si	si

Siempre en nombre del derecho del hijo naciente a una familia estable, se prohíbe —excepto en España y en la Gran Bretaña— el uso del semen del marido *después de la muerte del cónyuge*, después de la anulación del matrimonio y la separación (tabla 2).

A este propósito el artículo 4, párrafo 3 de la Ley alemana reza como sigue: “es penalizado... quien efectúa conscientemente la fecundación artificial de un óvulo con el esperma de un hombre fallecido”.

Tabla 2
Fecundación artificial *post-mortem*

Alemania	no
Austria	no
España	si**
Gran Bretaña	si*
Noruega	—
Suecia	—

* El cónyuge difunto no es considerado el padre

** Sólo si el cónyuge difunto ha dejado tal disposición por testamento

— No se ha dado indicación alguna.

En España la fecundación artificial *post-mortem* es permitida sólo en el caso en que el cónyuge difunto haya dejado por testamento una solicitud precisa;⁹⁰ en Gran Bretaña el cónyuge difunto, cuyo semen ha sido utilizado, no es considerado padre del niño.⁹¹

La pareja que solicita la I.A.Ho., así como otras técnicas de fecundación artificial, debe tener una conversación con los médicos que la llevarán a cabo para que estos puedan evaluar, junto con las condiciones físicas de los solicitantes, su estado psicofísico y recibir una solicitud escrita por parte de los cónyuges, a fin de evitar un eventual contencioso en la atribución de paternidad (tabla 3).

Tabla 3
Asesoría pre-intervención

Alemania	—
Austria	—
España	si
Gran Bretaña	si
Noruega	si
Suecia	si

— No se ha dado indicación alguna.

El hijo naciente es, en cualquier caso, considerado hijo legítimo del hombre que ha donado el semen para inseminar a la mujer o la conviviente (tabla 4).

Tabla 4
Atribución de la paternidad

Alemania	PG o PS*
Austria	PG o PS
España	PG o PS*
Gran Bretaña	PG o PS*
Noruega	PG o PS*
Suecia	PG o PS*

* cónyuge que consiente; PG = Padre Genético; PS = Padre Social

La I.A.Ho. puede ser ocasión para manipular el semen masculino con fines selectivos (por ejemplo, *selección del sexo*) o eugenésicos. Tal finalidad, considerada no aceptable por la ley española,⁹² es aprobada por la ley alemana cuando esté motivada por problemas médicos, es decir, para la prevención de enfermedades genéticas.⁹³

Inseminación artificial heteróloga (I.A.He.)

También el acceso a la I.A.He. es permitido en todos los Estados cuyas leyes hemos examinado, sea que lo solicite la pareja casada o la pareja de convivientes de modo estable —excepto en Alemania⁹⁴ y Noruega— (tabla 5). La ley austriaca prevé una convivencia estable de por lo menos tres años.

Entre paréntesis, digamos que mientras en Italia la Circular Ministerial de 1985 no permitía la I.A.He., esta parece admisible por la Circular Ministerial de 1987.

Tabla 5
Inseminación artificial heteróloga

	<i>Cónyuges</i>	<i>Convivientes</i>
Alemania	si	no
Austria	si	si*
España	si	si
Gran Bretaña	si	si
Noruega	si	no
Suecia	si	si

* La pareja debe convivir de manera estable por lo menos durante tres años.

En todos los casos se pide una cierta gradualidad en la aplicación de esta técnica y la presencia de indicaciones médicas de consideración, por ejemplo, enfermedades genéticas.

El recurso al semen de donador comporta diversos problemas inherentes a la selección del donador y a las modalidades de la donación, problemas que se presentan de manera análoga en todos los casos en que se recurre a la donación del semen y que se han reglamentado como sigue:

— para la I.A.He. debe utilizarse sólo *semen congelado* y no fresco y los donadores deben someterse a rigurosos controles para individualizar la eventual presencia de E.S.T. o de enfermedades genéticas (tabla 6);

— con el mismo semen sólo puede ser inseminado un *número limitado* de mujeres (tabla 6), con el fin de evitar el riesgo de uniones incestuosas entre hijos provenientes del mismo donador, riesgo que es directamente proporcional a la densidad de la población. Para la ley española, en particular, no deben nacer más de seis hijos por donante;⁹⁵

— la donación debe ser *gratuita* y cubierta por el *anonimato*, aunque se pida la anotación en los adecuados registros centralizados de algunos datos que permitan al hijo, en casos particulares y al llegar a la mayoría de edad, conocer las características del padre genético, aunque sin poderlo identificar (tabla 7). Esta decisión se basa en el reconocimiento del profundo lazo de unión que todo individuo tiene con sus padres aunque sólo sean genéticos y del inalienable derecho a conocer sus propios orígenes.⁹⁶

Tabla 6
Donación de semen (I)

	<i>Screening</i>	<i>n. limitado</i>
Alemania	si*	si
Austria	—	—
España	si	si
Gran Bretaña	—	si
Noruega	si	—
Suecia	—	—

* Para E.S.T. y enfermedades genéticas

— No se da indicación alguna.

Sólo la *ley austriaca* reconoce al hijo el derecho no sólo de tener vagas noticias del padre genético sino también el poderlo conocer, mientras la ley noruega requiere el respecto taxativo del anonimato del donador.⁹⁷

El uso de un registro centralizado permitiría también controlar el número de inseminaciones que se hace con el semen de un mismo donador;

— el derecho a conocer los orígenes genéticos propios no debe confundirse con el *derecho del donador a reivindicar su propia paternidad biológica* del que, por el contrario, es excluido jurídicamente. La ley austriaca precisa que el donador no puede ser considerado en modo alguno el padre del niño aunque se le permita conocerlo.

Tabla 7
Donación de semen (II)

	<i>Mediante pago</i>	<i>Anonimato</i>
Alemania	no	si*
Austria	no	no**
España	no	si*
Gran Bretaña	—	si*
Noruega	—	si
Suecia	no	si*

* Institución del Registro Nacional o Ficheros centralizados

** El niño tiene derecho a conocer al padre genético

— No se da indicación alguna.

— Por lo que se refiere a la *atribución de la paternidad*, se confiere el estado de padre al cónyuge o al conviviente que ha dado el consentimiento para que la mujer o compañera sea inseminada con semen de donador, a menos que se demuestre que era contrario al procedimiento. Por este motivo, el acceso a la inseminación artificial heteróloga debe ir precedido de la firma, por parte de ambos cónyuges, de un documento en que se atestigüe la voluntad del hombre de reconocer el nacimiento del niño dado a luz por su mujer.⁹⁸

Refiriéndose a la F.I.V.E.T., que puede realizarse sólo en la forma homóloga, la ley sueca considera padre al hombre que ha proporcionado los gametos, mientras reconoce la paternidad social del cónyuge que consiente en el caso de I.A.He.⁹⁹

La inseminación artificial de la mujer sola

La solicitud de inseminación artificial heteróloga la podría hacer una mujer sola o una mujer homosexual. El principal obstáculo para que sea aceptado tal procedimiento es la consideración de un niño concebido en estas condiciones viviría en una situación familiar anómala, en la que le faltaría la posibilidad de indentificarse con el padre del mismo sexo y de distinguirse del de sexo opuesto, con consecuencias graves en su desarrollo psíquico.

A nivel legislativo esta consideración ha sido acogida en su totalidad, de manera que la mayoría de las legislaciones pide que la inseminación artificial heteróloga se efectúe exclusivamente en parejas casadas o convivientes, aun cuando las leyes inglesa y española la permiten —en nombre del derecho de igualdad entre mujeres casadas y no casadas— su uso incluso para las solas (tabla 8).

Tabla 8
Inseminación artificial de la mujer sola

Alemania	no
Austria	no
España	si
Gran Bretaña	si
Noruega	no
Suecia	no

La transferencia intratubárica de gametos (G.I.F.T.)

Sólo la ley española¹⁰⁰ y la ley alemana expresan un parecer sobre la G.I.F.T., técnica admitida como “terapia” de la esterilidad (tabla 9). Para la ley alemana no se deben transferir en cada intento de G.I.F.T. más de tres óvulos: “será penalizado... quien mediante la G.I.F.T. efectúe la transferencia de más de tres óvulos dentro del mismo ciclo” (art. 1, 4), en referencia al deber de proteger al embrión.

Tabla 9
Transferencia intratubárica de gametos (G.I.F.T.)

Alemania	si*
Austria	—
España	si
Gran Bretaña	—
Noruega	—
Suecia	—

* Obtener y transferir a las trompas sólo tres óvulos por intento

— No se ha dado indicación alguna.

Fecundación in vitro (F.I.V.) homóloga y heteróloga

La fecundación *in vitro* se permite siempre en la forma homóloga pero no en la heteróloga (tabla 10).

Tabla 10
FIVET homóloga/heteróloga

	<i>homóloga</i>	<i>heteróloga</i>
Alemania	si*	no+
Austria	si	si
España	si	si
Gran Bretaña	si	si
Noruega	si	no**
Suecia	si	no

* Obtener sólo los óvulos que se van a utilizar en la F.I.V.E.T. y fecundar 3 embriones por intento

** Transferir todos los embriones fecundados en el útero de la madre genética

+ Sólo donación de esperma pero no de óvulos

De la lectura de la ley alemana de 1990 se deduce, en efecto, que la F.I.V.E.T. heteróloga está prohibida en tanto comporte la donación de

óvulos, pero no de esperma o de embriones si este fuera el único modo para permitir a estos últimos sobrevivir.¹⁰¹

En el acceso a la fecundación *in vitro* siempre se pide una cierta gradualidad, es decir, recurrir a esta técnica debe estar motivado por la imposibilidad de resolver una situación de esterilidad de otra manera.

Por lo que se refiere al manejo de los embriones obtenidos con la fecundación *in vitro*, la ley alemana establece que sean obtenidos sólo los óvulos necesarios y no se fecunden más de tres embriones a la vez, que deberán ser transferidos todos al útero a fin de evitar el problema del sobrante. Por su parte, la ley española requiere que se transfieran al útero “sólo el número de preembriones considerado científicamente más adecuado para garantizar razonablemente el embarazo” (art. 4).¹⁰²

Al recurrir a la F.I.V.E.T. heteróloga puede surgir, junto al de la donación del semen, el problema de la *donación de óvulos y de embriones*. Del análisis que estamos haciendo podemos sacar las siguientes indicaciones:

— la *donación de óvulos* está prohibida por la ley alemana considerando tanto las dificultades de conservación y la invasividad de las técnicas de obtención cuanto el difícil manejo del anonimato: “será penalizado quien... efectúe la transferencia a una mujer de un óvulo no fecundado proveniente de otra mujer”. La ley inglesa legitima, en cambio, la donación de óvulos y de embriones, a condición de que se dé el consentimiento de la mujer.¹⁰³

La ley española no contiene disposiciones sobre la donación de óvulos con excepción del artículo 5, párrafo 1, en el que se habla en general de donación de gametos y de preembriones: “la donación de gametos y de preembriones con finalidades autorizadas por esta ley debe ser gratuita, formal y secreta...”, previo consentimiento por escrito de la donadora, que permanecerá en el anonimato.¹⁰⁴

— La *donación de embriones* no está explícitamente prohibida ni siquiera en la restrictiva ley alemana, pero la prohíbe la ley noruega que admite la fecundación *in vitro* exclusivamente en la forma homóloga.¹⁰⁵

El lavado uterino

La técnica del lavado uterino (*washing out* o *baby flushing*) está explícitamente prohibido tanto por la ley española¹⁰⁶ como por la ley ale-

mana,¹⁰⁷ considerando el daño que podría sufrir el embrión —fecundado *in vivo* y luego extraído del útero— y de las bajísimas posibilidades de éxito que podría tener el embarazo después de la reinserción del embrión en el útero (tabla 11).

Tabla 11
Lavado uterino o *Washing out*

Alemania	no
Austria	—
España	no
Gran Bretaña	—
Noruega	—
Suecia	—

— No se da indicación alguna.

Crioconservación de semen, óvulos y embriones

La crioconservación del *semen* no sólo es permitida sino incluso necesaria para efectuar *screening* más atentos incluso respecto a E.S.T.

No se da una posición unívoca en cuanto al tiempo de conservación del semen: desde 2 años para la ley austriaca a 5 años para la ley española, o 10 años para la ley inglesa.¹⁰⁸

La crioconservación de *embriones* se permite con fines de donación o de embarazos diferidos; la ley alemana admite la crioconservación de embriones para que puedan ser utilizados en sucesivos embarazos de la madre genética.¹⁰⁹

Por lo que se refiere a los tiempos de conservación, la orientación general es que no superen los cinco años, después de los cuales los embriones pueden ser eliminados. La ley sueca pide que los embriones no sean conservados por más de un año y la ley austriaca fija ese límite en dos años.

En cambio, está severamente prohibida la crioconservación de *óvulos*. Basta leer a este propósito lo que dice la ley española en el párrafo 11 del

artículo 11: “no se autorizará la crioconservación de óvulos con fines de reproducción asistida hasta que no haya suficientes garantías sobre la viabilidad de los óvulos después de su descongelación”¹¹⁰ (tabla 12).

Tabla 12
Crioconservación

	<i>semen</i>	<i>óvulos</i>	<i>embriones</i>
Alemania	si	no	si++
Austria	si***	—	si***
España	si**	no	si**
Gran Bretaña	si*	—	si**
Noruega	si	no	si''
Suecia	—	—	si''

“ 1 año * 10 años ** 5 años *** 2 años
++ Embarazos diferenciados
— No se da indicación alguna.

Experimentación en embriones

La experimentación en embriones (tabla 13) es permitida por la ley española, sueca e inglesa, dentro de los catorce días desde la concepción y en embriones preimplantatorios.¹¹¹ Del número de los días se excluyen los períodos de crioconservación.

Para la ley sueca los embriones utilizados para la experimentación deberán ser destruidos y no transferidos al útero de la madre genética o gestacional.¹¹²

Para experimentar en embriones debe haber el consentimiento de quien ha donado los gametos que han hecho posible la fecundación.¹¹³

La ley alemana permite la experimentación sólo en óvulos fecundados hasta el momento de la singamia, esto es, cerca de las 21-22 horas desde la concepción.

La ley inglesa permite la producción —previa autorización— de embriones con fines no procreativos sino exclusivamente de investigación.¹¹⁴

Tabla 13
Experimentación en embriones

	<i>utilización</i>	<i>destrucción</i>
Alemania	si*	—
Austria	—	—
España	si**	—
Gran Bretaña	si** +	—
Noruega	—	—
Suecia	si**	si***

* Hasta el momento de la singamia

** Dentro de los 14 días de concepción

*** No transferidos al útero de la madre genética o gestacional

+ Con fines exclusivos de investigación (previa autorización).

— No se da indicación alguna.

Por lo que se refiere al diagnóstico preimplantatorio, la fisión gemelar, la clonación, la fecundación interespecies, se pueden encontrar algunas indicaciones en la tabla 14.

Tabla 14

	<i>D.P.</i>	<i>F.G.</i>	<i>C.L.</i>	<i>F.I.</i>
Alemania	no	no	no	—
Austria	—	—	—	—
España	—	no	no	no**
Gran Bretaña	—	—	no	si*
Noruega	—	—	—	—
Suecia	—	—	—	—

* Por autorización

** Sólo *hamster-test* que hay que suspender en la división en dos células

— No se da indicación alguna

D.P. Diagnóstico preimplantatorio

F.G. Fisión gemelar

C.L. Clonación

F.I. Fecundación interespecies.

Maternidad en sustitución

Los acuerdos de maternidad en sustitución o “portante”¹¹⁵ están prohibidos en todas las legislaciones sometidas a examen (tabla 15).

Tabla 15
Maternidad en sustitución

Alemania	no
Austria	no
España	no*
Gran Bretaña	no*
Noruega	no
Suecia	—

* No se reconocen efectos jurídicos a los contratos de susstitución
— No se da indicación alguna.

La ley española, además de prohibir los contratos de sustitución, establece su nulidad tanto para los contratos gratuitos como para los onerosos,¹¹⁶ y lo mismo reza la ley inglesa que en el artículo 36, párrafo 1, así se pronuncia: “ningún acuerdo de maternidad en sustitución puede ser jurídicamente aplicable por o contra una persona que haya participado en el acuerdo mismo”.¹¹⁷

El recurso al préstamo del útero y/o a la donación de óvulos en el ámbito de un programa de fecundación artificial plantea al jurista entre otros el problema de determinar *de quién es hijo* el recién nacido (tabla 16).

Tabla 16
Posibles fragmentaciones de la maternidad

<i>Madre genética</i>	donación del óvulo
<i>Madre gestacional</i>	préstamo del útero (<i>madre portante</i>)
Madre social	crianza y educación del niño

<i>Madre genética y gestacional</i>	donación del óvulo + préstamo del útero (el óvulo es fecundado <i>in vitro</i> o <i>in vivo</i> mediante I.A.)
<i>Madre genética y social</i>	préstamo del óvulo + crianza y educación del niño (el embrión fecundado <i>in vitro</i> es transferido al útero de la madre portante)
<i>Madre gestacional</i>	préstamo del útero + crianza y educación del niño (el óvulo es donado a la madre genética)

Aun siendo innegable que el viejo dicho “*mater semper certa*”—basado en el evento del parto— no tiene valor absoluto en el caso de la madre portante o donante, en cuanto que se ha dado también la intervención de una mujer que ha dado el óvulo o que ha comisionado el embarazo. Es cierto también que para la mayoría de las legislaciones existentes el recién nacido es hijo de la mujer que lo ha parido.

El artículo 269, párrafo II, del Código Civil Italiano (C.C.I.) considera madre a aquella que ha parido al hijo, lo que excluiría cualquier posibilidad de contrato de sustitución. El criterio que se utiliza en este caso es el *naturalista*, criterio según el cual se admiten muy pocas derogaciones, entre ellas —para citar alguna— la prohibición de reconocer a un hijo fruto de incesto (art. 251 C.C.I.) o la prohibición de proceder a un reconocimiento que contraste con el estado de hijo legítimo (art. 253 C.C.I.) o la imposibilidad de reconocimiento por parte de la madre que no ha cumplido aún los 16 años (art. 250, párrafo V, C.C.I.).

Tal reconocimiento es tan automático que, para que el hijo no sea legitimado, es necesario que la madre pida explícitamente que no se la nombre.

En el mismo criterio se basa la ley española de 1988, en cuyo artículo 10, párrafo 2, se establece que “la filiación de niños nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto”.¹¹⁸

Para la ley inglesa es madre “la mujer depositaria de los gametos” que se supone que será la misma que parirá al hijo,¹¹⁹ aunque la misma ley parece reconocer una eventual maternidad social (art. 30) cuando se hayan realizado —a pesar de las prohibiciones— contratos de sustitución.¹²⁰

También el legislador de Arkansas (Estados Unidos) se pronunció de la misma manera, estableciendo que en caso de un *surrogate agreement*, pactado con una mujer soltera, los comitentes sean considerados a todos los efectos padres legales del niño.

Las opciones de política legislativa

El análisis de las legislaciones vigentes en diversos Estados en materia de fecundación artificial nos permite poner en evidencia por lo menos cinco modelos de política legislativa que informan su contenido y su enfoque: 1. el modelo estático; 2. el modelo de derecho privado; 3. el modelo de orientación; 4. el modelo regulador; 5. el modelo autorizativo-sancionador.

1. *El modelo estático* consiste en la *no intervención* del legislador, de manera que la solución de las instancias en particular es dejada al eventual examen de los tribunales que estudiarán las situaciones caso por caso. Para poner un ejemplo, en el Distrito de Columbia, en Estados Unidos, es posible presentar recursos sobre la legitimidad y sobre el estatuto jurídico del niño resultante del procedimiento de inseminación artificial heteróloga: las decisiones son tomadas en los tribunales de vez en vez, haciendo referencia a la legislación del Estado referente a la presunción de paternidad, a la luz de la evaluación del mejor interés del niño, de los entendimientos de las partes, de la existencia de un eventual acuerdo contractual. En otros Estados se registra, en cambio, simplemente la tendencia a dejar hacer. Este hecho, en sí muy peligroso por la posibilidad de abusos, puede ser indicativo de la ausencia de interés por iniciar el debate parlamentario sobre tales temas o la incapacidad de las asambleas legislativas de lograr un consenso unánime o de la ausencia temporal de una dirigencia legislativa que, mientras tanto, permite a los tribunales examinar los casos aislados a la luz de las normas vigentes.

2. *El modelo de derecho privado*. En este caso la intervención legislativa del Estado se limita a *convalidar* situaciones privadas, reconociendo la validez de acuerdos o de contratos ya estipulados. Por ejemplo, una ley de inseminación artificial heteróloga (véase Gran Bretaña, España, Suecia) que reconozca como padre del niño al marido de la mujer inseminada con semen de donador, siempre que él haya dado su consentimiento al procedimiento, sigue el modelo de derecho privado.

El Estado, legitimando mediante leyes estas opciones y haciéndolas ejecutables con una acción judicial, adoptaría, pues, el papel de favorecer las opciones individuales.

3. Según *el modelo de orientación*, por el contrario, el Estado convalida los acuerdos y los objetivos de la partes sólo en el caso en que sus acciones respondan a determinadas condiciones legislativas. La ley de un Estado puede, en efecto, admitir la inseminación artificial o la F.I.V.E.T. sólo cuando se efectúe por médicos por varios motivos, entre ellos, la seguridad del procedimiento; el control severo de los donadores y de las mujeres que pueden beneficiarse de él; la subsistencia de indicaciones para el acceso a las técnicas de fecundación artificial. Mientras tanto, se niega a aquellos que recurren a un procedimiento no conforme con las ventajas de una segura legitimación del hijo a tenor de la ley sobre la paternidad.

4. *El modelo regulador* se encuentra en aquellas leyes que requieren que los procedimientos de fecundación artificial sean efectuados de acuerdo con los estándares establecidos generalmente por las asociaciones médicas. Por ejemplo, la ley de Louisiana considera legales las intervenciones de fecundación artificial ejecutadas en las clínicas dotadas de personal y de estructuras conformes con cuanto está previsto por la *American Fertility Society* y por el *American College of Obstetricians and Gynecologists*, haciendo implícitamente ilegales aquellas clínicas que no siguen dichas normas.

5. Las leyes inspiradas en un *modelo autorizativo-sancionador*, como por ejemplo la española o la inglesa, indican al pie de la letra los procedimientos prohibidos y los autorizados, estableciendo las eventuales penalizaciones para quien no siga tales directrices. De la lectura de algunas legislaciones de este tipo aparece no poca ambigüedad: mientras por una parte, véase por ejemplo la ley inglesa, parece que se prohíban o se declaren jurídicamente nulas algunas prácticas vinculadas con las técnicas de fecundación artificial, por la otra se permite el acceso a cualquier práctica o experimentación, previa autorización.

Consideraciones a manera de conclusión

A partir de este análisis de las normas vigentes en diversos Estados en materia de fecundación artificial podemos notar que de ellas no se

trasluce una visión unívoca de los derechos subjetivos del embrión humano, del matrimonio, de la familia, hasta el punto de que, en algunos casos, en la misma normativa conviven dos orientaciones: una de enfoque personalista, otra de enfoque utilitarista.

A este propósito, baste pensar en las modalidades con que se reglamenta la experimentación en embriones humanos. Tenemos, por una parte, una ley como la alemana que reconoce el estado jurídico del embrión humano y, por consiguiente, prohíbe utilizarlo en la experimentación, aunque luego precise que la vida embrional inicia sólo después de la singamia; por otra parte, las leyes inglesa, española o sueca, que permiten utilizar en la experimentación el embrión humano hasta el día catorce desde la concepción.

Y es de subrayar también la evidente contradicción ínsita en la legislación de Louisiana y la de Alemania Federal que reconocen la capacidad jurídica al embrión y una consiguiente protección fuera del útero y antes de la implantación, negando luego la misma protección para todo el período en que el embrión se encuentra en el útero de la madre. Ahí, su posibilidad de existir está subordinada a las leyes sobre el aborto vigentes en el país, con base en las cuales tal personalidad no es objeto de consideración. Sólo después del nacimiento el niño recobra los derechos fundamentales de los que no gozaba durante el paso en el cuerpo de la madre, que más que un lugar de vida parece ser un giro de la muerte.

Desde el punto de vista jurídico, una vez adquirida la personalidad *non può non venire meno*: la suspensión de la personalidad durante la vida uterina es, por tanto, inconcebible, a menos que se quiera adoptar un modelo de personalidad disminuida, con los peligros inherentes a ello.

O bien, ¿cómo no subrayar la incongruencia de las leyes suecas que, aun permitiendo recurrir a la inseminación artificial heteróloga, prohíben el uso de la F.I.V.E.T. heteróloga, pero no por una cuestión de principio y para salvaguardar la unidad de la familia, sino más bien por la dificultad de controlar que tales prácticas no se utilicen? Se prefiere, pues, hacer legal una práctica que no se está seguro de lograr controlar aunque se comprenda la gravedad de sus consecuencias.

Ahora bien, aunque sea cierto que una ley no puede abarcar toda la ética ni imponer una eticidad propia —en cuanto que se limita solamente a crear las condiciones para una mejor convivencia civil— y no puede

satisfacer todos los requerimientos de una visión ética como la nuestra, basada en la centralidad de la persona,¹²¹ se hace necesario que tal ley cumpla por lo menos tres condiciones:

A. que se dé *uniformidad intralegislativa*, de manera que no haya contradicciones entre un artículo y otro de la ley y *uniformidad interlegislativa*, de modo que no haya incompatibilidad con otra ley del mismo Estado, ley que de otra forma sería modificada si se reconociera como inicua;

B. que garantice la salvaguardia de los derechos fundamentales constitucionalmente definidos y protegidos, puesto que se consideran básicos para la existencia misma de una sociedad;

C. que cuando confiera legalidad a prácticas que no corresponden al nivel de moralidad de algunos hombres reconozca, no obstante, la posibilidad de objeción de conciencia.

Aplicando lo dicho a la situación italiana, sería necesario:

1. La elaboración de un texto de ley cuyos contenidos estén en armonía sistemática con las demás leyes del Estado. Si, por ejemplo, se introdujera el *principio de salvaguardia de la vida desde la concepción*, prohibiendo en consecuencia la experimentación en embriones humanos y disciplinando desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo los procedimientos de fecundación artificial (compárese con la legislación alemana), consideramos que se hace necesaria también una amplia revisión —solicitada además por muchos otros motivos— de la ley 194/1978.

Efectivamente, si el *principio de salvaguardia de la vida humana desde la concepción*, exigido, entre otros, por la razón y por la Constitución (véase el art. 31), se entiende en sentido *débil*, de manera que el derecho a la protección del recién concebido pueda estar subordinado en algunos casos al derecho de libre elección de la madre, entonces no se hace necesaria una revisión de la ley 194/1978; pero, si el *principio de salvaguardia de la vida humana desde la concepción* se entiende —y este es nuestro pensamiento— en sentido *fuerte*, no es posible garantizar tal protección en un Estado que ha legalizado la interrupción voluntaria del embarazo.

2. Entre los derechos fundamentales hay que defender y respetar, en primer lugar, el derecho a la vida y a la integridad de todo ser humano, nacido o no nacido, desde la concepción hasta la muerte. Si un Estado no protegiera esta situación, o incluso permitiera legalmente el quitar la vida a alguien, perdería no sólo credibilidad sino también la razón mis-

ma de su existencia. Sería irracional, además, que un Estado garantizara to-dos los principios de libertad excepto el derecho a la vida, que es el fundamento de todos ellos. En segundo lugar, la ley civil debe proteger el derecho de todo ser humano a ser concebido y a nacer en el seno de la familia y el matrimonio, evitando que la manía de la investigación o los deseos de unos pocos trastruequen la estructura de la familia y de la misma sociedad. Se sigue de ello que una ley italiana sobre la fecundación artificial debería reconocer:

— *el derecho de cada uno en particular a nacer y ser educado* en el ámbito de una familia estable, con dos padres de sexo diverso. Recordemos a este propósito que con el artículo 29 la República italiana reconoce los derechos de la familia como sociedad natural basada en el matrimonio y que el artículo 1 de la ley 189/1983 afirma el derecho del menor “de ser educado en el ámbito de su propia familia”. Debería, por tanto, estar prohibido el recurrir a la fecundación artificial heteróloga prescindiendo de quién hace la solicitud (pareja casada, pareja de personas que conviven, mujer sola).

— *el derecho de cada uno en particular a la protección de la vida y de la salud*, prohibiendo la manipulación de embriones y su uso en la experimentación. Recordemos a este propósito que el artículo 2 de la Constitución italiana afirma que la República reconoce y garantiza los derechos inviolables del hombre; el artículo 32 habla de la protección de la salud como derecho fundamental del individuo o interés de la colectividad; y el artículo 1 de la ley 194/1978 —con las limitaciones por todos conocidas— garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, reconoce el valor social de la maternidad y “declara” proteger la vida humana desde el inicio;

3. Finalmente, por lo que concierne a la posibilidad de objeción de conciencia, esta se reconoce a quien —médicos y personal sanitario— no quiera tomar parte en procedimientos de fecundación artificial (sean llevados a cabo en la forma homóloga o heteróloga) o en la experimentación en embriones, una vez que estas fueran permitidas por la ley, tal como ocurre con la interrupción voluntaria del embarazo.

Referencias bibliográficas

- ¹ Véase sobre el tema un trabajo nuestro anterior: SGRECCIA, E., DI PIETRO, M.L., *Manipolazioni genetiche e procreazione artificiale: orientamenti giuridici e considerazioni etiche*, Il Diritto di Famiglia e delle Persone 1987, 3/4: 1351-1447.
- ² *Initiative of the M.P. Maria Hosp. et al.: II-3306 of the appendices to the shorthand records of the National Council, XVIIth Legislative Period, for a Federal Law on the Prohibition of embryo manipulation*. Véase también: BERNAT, E., *Regulating the artificial family: an Austrian Compromise*, Int. J. Bioeth. 1992, 3: 103-108.
- ³ Citado por: *Österreichische Richterzeitung* 1987, 65: 220.
- ⁴ *Decret du 23 juin 1988 de la Chancellerie fédérale relatif à l'examen des donneurs de sperme ou, le cas échéant, du sperme donné aus fins de fécondation artificielle* (Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung del 15 de septiembre de 1988, 89/9: 234): el texto traducido al francés lo cita Recueil International de Législation Sanitaire 1990, 41 (3): 488.
- ⁵ *JMZ 3.509/363-I 1/90*, citado por: BERNAT, E. (ed.), *Fortpflanzungsmedizin. Wertung und gesetzgebung* (Juristische schriftenreihe, vol.31). Viena: Verlag Der Österreichischen Staatsdruckerei, 1991: 123-134.
- ⁶ El texto del *Informe Bydlinsky* se cita en: FISCHER, H. (ed.), *Berich des Bundesministers für Wissenschaft und Forschung an den Nationalrat: Zu grundsätzlichen Aspekten der Gentechnologie und humanen Reproduktionsbiologie*, Viena: Eigenverlag, 1986: 13-31.
- ⁷ *Bundesgesetz, mit dem regelungen über die medizinisch unterstützte fortpflanzung getroffen sowie das allgemene burgerliche ggesetzbuch, das ehgesetz und die jurisdiktionsnorm geändert werden*, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 105. Stuck-Ausgegeben AM4, juni 1992, n. 275.
- ⁸ Véase: K.E.M.O. (Kerncommissie Ethiek Medisch Onderzoek), *Annual Report 1989-1990*, La Haya: Health Council of the Netherlands, 1991: 21.
- ⁹ *Proposition de loi sur certains aspects de la bioéthique* (déposée par M. Monfils et al.), 18 juin 1992, 413-1 (SE 1991-1992), RA 15973.
- ¹⁰ *Arrêté n. 12 du 30 mai 1987 relatif à l'insémination artificielle des femmes* (D" rzaven vestnik 24 juillet 1987, 57 (texte n. 2807): 3-4): el texto traducido al francés lo cita Recueil International de Législation Sanitaire 1990, 41/1: 81-84.
- ¹¹ *Loi n. 353 du 3 juin 1987 relative à la création d'un Conseil d'Ethique et à la réglementation de certains expériences biomédicales* (Lovtidende for Kongeriget Danmark 3 de junio de 1987, 44 (parte A): 1225-1337): el texto traducido al francés lo cita Recueil International de Législation Sanitaire 1988, 39: 101-103. Véase también: HOLM, S., *New Danish Law: human life begins at conception*, J. Med. Ethics 1988, 14: 77-78.
- ¹² *Proposta di legge n. 47 del 26 ottobre 1978 tendente ad impiegare l'inseminazione artificiale come mezzo di procreazione*: el texto traducido al italiano lo cita LUZI, F. (a cargo de), *Le nuove tecnologie di riproduzione umana: legislazione e dibattito in alcuni Paesi*, Roma: Senado de la República Italiana, 1986: 537-538.
- ¹³ *Décret n. 88/327 du 8 avril 1988 relatif aux activités de procréation médicalement assistée*, en BYK, C. (ed.), *Etat comparatif des regles ethiques et juridiques relatives à la procréation artificielle - 1988*, Paris: Ministère de la Justice - Direction des Affaires Civiles et du Sceau, 1988: 228-232.
- ¹⁴ *Ley n. 91-1406 del 31 de diciembre de 1991 concerniente a disposiciones diversas en materia social*, art. 73.
- ¹⁵ *Projet de Loi n. 735 relatif au don et à l'utilisation des parties et produits du corps humain, à la procréation médicalement assistée et au diagnostic prénatal ainsi qu'au comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, 25 de noviembre de 1992.

¹⁶ *Projet de Loi n. 2600 relatif au don et à l'utilisation des éléments et produit du corps humain et à la procréation médicalement assistée, et modifiant le code de la Santé Publique; Projet de Loi n. 2599 relatif au corps humain et modifiant le Code Civil*, enregistrée à l'Assemblée Nationale le 25.3.1992.

¹⁷ BENDA, E., *Report Working Group on in vitro fertilization, genom analysis and genetherapy*, Estrasburgo: Ad Hoc Committee of Experts on Progress in the Biomedical Sciences (C.A.H.B.I.), 1986.

¹⁸ BÜNDERSTRATES, *Entschliebung zur extrakorporalen befruchtung*, mayo de 1986.

¹⁹ *Informe del Grupo de Trabajo mixto Gobierno Federal-Länder - 1988*: el texto traducido al italiano lo cita LUZI, F. (a cargo de), *Fecondazione in vitro e tutela dell'embrione nella Germania Federale*, Roma: Senado de la República Italiana, 1991: 195-274.

²⁰ *Disegno di Legge di tutela dell'embrione*: el texto traducido al italiano lo cita Medicina e Morale 1989, 2: 394-396.

²¹ *Embryonenschutzgesetz - ESchG, 13.12.1990*: el texto traducido al italiano lo cita Medicina e Morale 1991, 3: 509-512. Véase también el comentario de DEUTSCH, E., *Fetus in Germany: the fetus protection Law of 12.13.1990*, Inter. J. Bioeth. 192, 3/2: 85-93.

²² Con el término *singamia* se indica "la fusión de las dos respectivas estructuras (presentes en el espermatozoide y en el óvulo) conteniendo los cromosomas a las cuales se les da el nombre de pronúcleos" (SERRA, A., *Embrione umano, scienza e medicina. In margine al recente documento*, La Civiltà Cattolica 1987, II: 247-261.

²³ WARNOCK, M., *A question of life. The Warnock Report on human fertilization embryology*, Oxford: Basil Blackwell, 1985.

²⁴ THE CATHOLIC BISHOP'S JOINT COMMITTEE, *In vitro fertilization: morality and public policy*, march 1983: el texto traducido al italiano a cargo de A. SERRA se cita en Medicina e Morale 1983, 4: 435-448; *Id.*, *Comments on the Warnock Report on human fertilization and embryology*, 1984: el texto traducido al italiano a cargo de M.L. DI PIETRO es citado en Medicina e Morale 1985, 1: 138-180.

²⁵ GENERAL SYNOD (Board for Social Responsibility-B.S.R.), *Evidence to the DHSS (Warnock) Inquiry into human fertilization and embryology*, march 1983, Londres; B.S.R., *Human fertilization and embryology. The response of the B.S.R. of the General Synod of the Church of England to the DHSS. Report of the Committee of Inquiry*, noviembre 1984, Londres; *Id.*, *Personal origins. The Report of a Working Party on human fertilization and embryology*, junio 1985, Londres. Estos tres documentos son ampliamente comentados por: DI PIETRO, M.L., *Tecnologie riproduttive: la posizione della Chiesa Anglicana*, Medicina e Morale 1986, 2: 388-406.

²⁶ Véase por ejemplo: INTERIM LICENSING AUTHORITY (I.L.A.), *Relazione sull'applicazione della FIV e sulle ricerche embrionali*, 1990: el texto traducido al italiano lo cita LUZI, F (a cargo de), *Fecondazione umana e embriologia nel Regno Unito*, Roma: Senado de la República Italiana, 1991: 289-366.

²⁷ *Surrogacy Arrangements Act - 1985*: el texto traducido al italiano lo cita LUZI, F. (a cargo de), *Fecondazione umana e...*, pp. 245-251.

28 *Ibid.*, pp. 255-2586.

29 *Ibid.*, pp. 381-480.

³⁰ "The woman who is carrying or has carried a child as a result of the placing in her of an embryo or of sperm and eggs, and no other woman, is to be treated as the mother of the child" (art. 27, párrafo. 1).

³¹ "A licence cannot authorise... keeping or using an embryo after the appearance of the primitive streak..." (art. 3, párrafo. 2a.).

³² “No surrogacy arrangement is enforceable by against any of the person making it” (art. 32, párrafo 1a.).

³³ “The court may make an order providing for a child to be treated in law as the child of the parties to a marriage if... the child has been carried by a woman other than wife as the result of the placing in her of an embryo or sperm and eggs or her artificial insemination”.

³⁴ “No person who has a conscientious objection to participating in any activity governed by this Act shall be under any duty, however arising, to do so”.

³⁵ Del *Human Fertilization and Embriology Authority* véase por ejemplo: *Code of practice*, Londres 1992, en fotostática.

³⁶ SANTOSUOSSO, F., *Proposte di disciplina della nuova genetica umana del 22 ottobre 1985*, *Giurisprudenza Italiana* 1986 (2), parte IV: 3-72.

³⁷ *D.D.L. su procreazione artificiale omologa* (por iniciativa de C. DEGAN y otros), *Medicina e Morale* 1988, 5: 727-735.

³⁸ El texto lo cita LUZI, F. (a cargo de), *Riproduzione umana assistita e embriologia*, Roma: Senado de la República Italiana, 1991: 157-162.

³⁹ *Ibid.*, pp. 163-166.

⁴⁰ Consideramos que es corto el intervalo de tres meses para evaluar una posible seroconversión. Leamos, en efecto, lo que refiere Gritti: “Después del contagio, el sujeto presenta el virus y sus antígenos (antigenemia) en círculo, estos últimos durante algunas semanas y, a partir de la cuarta semana, pueden aparecer anticuerpos que tienen un tiempo óptimo de aparición en torno a los 3-4 meses (seroconversión)” GRITTI, F.M., *Clinica e aspetti terapeutici delle infezioni da HIV*, en SGRECCIA, E. (a cargo de), *AIDS. Problemi bioetici correlati con la clinica, l'epidemiologia e le implicazioni socio-culturali della sindrome da immuno-deficienza acquisita*, Bologna: Centro di Iniziativa Culturale, 1988: 16).

⁴¹ LUZI, *Riproduzione umana assistita...*, pp. 3-166.

⁴² *Ibid.*, pp. 213-217.

⁴³ *Loi n. 56 du 11 juillet 1986 portant modification de la Loi n. 57 du 19 juin 1969 relative aux hopitaux, etc.* (Norsk Lovtidend 1 re section 28 juillet 1986, 15: 588-589): el texto traducido al francés lo cita *Recueil International de Législation Sanitaire* 1987, 38/1: 63.

⁴⁴ *Loi n. 68 du 12 juin 1987 relative à la fécondation artificielle* (Norsk Lovtidend 26 juin 1987, 13: 502-503): el texto traducido al francés lo cita *Recueil International de Législation Sanitaire* 1987, 38/1: 835-838.

⁴⁵ “Es deber del médico tomar la decisión de iniciar o no los tratamientos de fecundación artificial. Esta decisión debe estar basada en una evaluación médica y psicosocial de la pareja”.

⁴⁶ *Decreto-Ley n. 319/86 del 25 de septiembre de 1986 (Diario Da República 25 de septiembre de 1986, 221 (parte I): 2726)*: el texto traducido al francés lo cita *Recueil International de Législation Sanitaire* 1987, 38/4: 838.

⁴⁷ *Documento del grupo de trabajo constituido en el Ministerio de Justicia - 1985*: un resumen del texto traducido al italiano lo cita LUZI, F. (a cargo de), *Fecundazione assistita e modalità di utilizzazione di embrioni e feti umani in Spagna*, Roma: Senado de la República Italiana, 1990: 40.

⁴⁸ *Relazione della Commissione speciale di studio sulla fecondazione in vitro e sull'inseminazione artificiale, 10 de noviembre de 1986, ibid.*, pp. 41-175.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 60.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 83.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² Basta pensar en el art. 9 de la Constitución española que reitera “el deber de la comunidad de promover la libertad y la igualdad afectiva de cada uno” y el art. 39 que se refiere a la definición

de una estructura familiar flexible, abierta a la maternidad de la mujer fuera del matrimonio, incluso con la adopción.

⁵³ LUZI, *Fecondazione assistita e...*, pp. 166-168.

⁵⁴ *Ley 35/1988 del 22 de noviembre sobre técnicas de reproducción asistida*, Medicina e Morale 1989, 2: 381 ss.

⁵⁵ “Las técnicas de reproducción asistida tienen como finalidad la actuación médica ante la esterilidad humana, para facilitar la procreación cuando otras terapéuticas se hayan descartado por inadecuadas o ineficaces” (art. 1, párrafo 2).

⁵⁶ “Toda mujer podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en la presente ley, siempre que se haya prestado su consentimiento a la utilización de aquéllas de manera libre, consciente, expresa y por escrito. Deberá tener dieciocho años al menos y plena capacidad de obrar” (art. 6, párrafo 1).

⁵⁷ “Generalmente se viene aceptando el término *preembrión*... para designar al grupo de células resultantes de la división progresiva del óvulo desde que es fecundado hasta aproximadamente catorce días más tarde, cuando anida establemente en el interior del útero... y aparece en él la línea primitiva” (*Introducción*, parte 2).

⁵⁸ *Ley 42/1988 del 28 de diciembre sobre donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos*, Medicina e Morale 1989, 4: 787 ss.

⁵⁹ *Legge n. 1140 del 20 dicembre 1984 sull'inseminazione*: el texto traducido al italiano es citado por LUZI, *Le nuove tecnologie...*, pp. 537-538.

⁶⁰ “El niño concebido mediante inseminación a tenor del artículo 3 tiene derecho, apenas alcanzada la madurez suficiente, de conocer los datos referentes al donador anotados en el registro especial del hospital. La *Socialnamnden* está obligada a asistir, bajo solicitud, al menor en la adquisición de la información en cuestión” (art. 4).

⁶¹ *Règlement et Recommendation générales n. 6 du 27 mars 1987 de la Direction nationale de la Santé publique et de la Prévoyance sociale relatifs à l'insemination* (Socialstyrelsaens Forfatningssamling 27/7/87, 34 p.): un resumen del texto traducido al francés lo cita Recueil International de Législation Sanitaire 1988, 39 (1): 86-87.

⁶² *The Swedish in Vitro Fertilization Act - 1988*: texto traducido al italiano en Medicina e Morale 1989, 4: 786 ss.

⁶³ *Relazione del Ministro della Sanità e degli Affari Sociali sulla Legge del 1988 concernente la fecondazione in vitro*: texto traducido al italiano en LUZI, F. (a cargo de), *Procreazione assistita e ricerca embrionale in Svezia*, Roma: Senado de la República Italiana, 1992: 79-82.

⁶⁴ *Règlement et Raccodmandation générales n. 35 du 30 novembre 1989 de la Direction Nationale de la Santé Publique et de la Prévoyance Sociale relatifs à la fécondation extra-corporelle* (Socialstyrelsens Forfatningssamling 8.2.1990, 16 p.): texto traducido al italiano en Recueil International de Législation Sanitaire 1991 42 (1): 88 ss.

⁶⁵ *Legge n. 155 del 1991 concernente provvedimenti a scopo di ricerca oppure trattamento degli ovuli umani fecondati*: texto traducido al italiano en LUZI, *Procreazione assistita...*, pp. 113-114.

⁶⁶ *Raccomandazioni di etica medica sull'inseminazione artificiale del 17 novembre 1981*, en Luzzi, *Le nuove tecnologie...*, pp. 543.544; *Direttive etico-sanitarie per il trattamento della sterilità per mezzo della fecondazione in vitro e del trasferimento di embrioni (1985)*, *ibid*, pp. 545- 550; *Ethical guidelines on medically assisted procreation (1990)*, Bull. Med. Ethics, 1992 (may): 8-10.

⁶⁷ *Directive du 2 février 1987 relative à la fécondation in vitro et au transfert d'embryons pour le traitement de la stérilité humaine*, Recueil International de Législation Sanitaire 1988, 39/1: 87.

⁶⁸ *Ordonnance n. 7 du mars 1989 du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé portant modification de l'Ordonnance n. 12 du 29 septembre 1981 du Ministre de la Santé relative à l'insemination artificielle* (Magyar Kozlöny, 22 mars 1989, 18: 379-380): el texto traducido al francés en *Recueil International de Législation Sanitaire* 1990, 41/1: 87.

⁶⁹ *Arrêté n. 669 du 13 mai 1987 du Ministère de la Santé de l'URSS relatif à l'extension de l'expérience portant sur l'application de la méthode de l'insemination artificielle par donneur sur indications médicales*: un resumen del texto traducido al francés en *Recueil International de Législation Sanitaire* 1989, 40/3: 642-643.

⁷⁰ VICTORIA GOVERNMENT COMMITTEE TO CONSIDER THE SOCIAL, ETHICAL AND LEGAL ISSUES ARISING FROM IN VITRO FERTILIZATION, *Interim Report*, Melbourne, Victoria Government Printing Office, 1982.

⁷¹ *Id.*, *Report disposition of the embryos produced by in vitro fertilization*, Victoria Government Printing Office, 184; *Id.*, *Report on donor gametes in IVF*, Melbourne, Victoria Government Printing Office, 1984.

⁷² *Legge n. 10163/1984 sulla sterilità* (procedura medica): el texto traducido al italiano en LUZI, *Le nuove tecnologie...*, pp. 33-73; *Legge di emendamento sulle procedure mediche per la sterilità*, 1987: el texto traducido al italiano en LUZI, *Riproduzione umana assistita, embriologia e terapia genica*, Roma: Senado de la República Italiana, 1991: 5-13.

⁷³ "En caso de obtención de óvulos del cuerpo de una mujer, nadie deberá hacer o permitir que estos óvulos sean fecundados al exterior del cuerpo de la mujer excepto con la finalidad de implantar los embriones derivados de tal óvulo en el seno de la mujer misma o de otra mujer en el ámbito de un procedimiento conforme con esta ley" (art. 6, párrafo 5).

"Nadie deberá efectuar un procedimiento experimental diverso de los aprobados por el Organó de Control Permanente y del Comité Consultor" (art. 6, párrafo 3) y "Para el procedimiento experimental del que habla el párrafo 3, se entiende un tipo de procedimiento que comporta la ejecución en un embrión de un tipo de investigación que lo perjudicaría, haría al embrión no idóneo para la implantación o reduciría las posibilidades de un embarazo como consecuencia de la implantación del embrión" (art. 6, párrafo 4).

⁷⁴ "En el art. 6 de la ley principal, el párrafo 5 debe ser substituido por lo siguiente: ...en caso de que los óvulos sean obtenidos del cuerpo de una mujer, está prohibido provocar o permitir la fecundación de tales óvulos fuera del cuerpo de la mujer, salvo que... a los fines de un procedimiento del que se habla en el art. 9..." (art. 4); "El procedimiento del que se habla en el presente artículo es un procedimiento experimental referente a la fecundación de un ovocito humano desde el momento de la penetración del semen, pero antecedente y no incluido el momento de la singamia" (art. 9).

⁷⁵ Véase por ejemplo: NEW SOUTH WALES LAW REFORM COMMISSION, *Surrogate motherhood: Australia public opinion*, Sidney, National Library of Australia, 1987.

⁷⁶ *Legge n. 3/1984 concernente il concepimento artificiale*: el texto traducido al italiano en LUZI, *Le nuove tecnologie...*, pp. 81-85.

⁷⁷ Entre los documentos producidos por la *South Australia Health Commission*, véase: *Report on Working Party on in vitro fertilization and artificial insemination by donor*, Adelaida (Australia) 1984.

⁷⁸ *Legge 10 marzo 1988 concernente la disciplina delle tecniche di procreazione e della ricerca su embrioni*: texto traducido al italiano en LUZI, *Riproduzione umana assistita...*, pp. 15-31.

⁷⁹ QUEENSLAND, AUSTRALIA, SPECIAL COMMITTEE, *Report of the special Committee appointed by the Queensland Government to enquire into laws relating to artificial insemination, in vitro fertilization and other related matters*, (2 vols.), 1 de marzo de 1984.

⁸⁰ P.D.L. del 1988 *per il divieto della maternità surrogata*: el texto traducido al italiano en LUZI, *Riproduzione umana assistita...*, pp. 33-36.

⁸¹ Véanse las siguientes recopilaciones sobre el tema: LUZI, *Riproduzione umana assistita...*; *Id.*, *Le nuove tecnologie di...*; BYK, *Etat comparatif des...*

⁸² Cfr.: *Sentenza del 21 settembre 1989*: el texto traducido al italiano en *Medicina e Morale* 1990, 2: 384-402; sobre el tema véase también: DI PIETRO, M.L., *Quale statuto per l'embrione umano? In margine ad una sentenza della Corte dello Stato del Tennessee*, *Il Diritto di Famiglia e delle Persone* 1990, 3: 851-863; *Id.*, *Sette embrioni in cerca di una madre: nuova Sentenza dello Stato del Tennessee*, *ibid*, 1991, 1-2: 102-109; EUSEBI, L., *Diritto alla vita o diritti sulla vita? La soggettività umana dell'embrione in una sentenza paradigmatica del Tennessee*, *ibid.*, pp. 863-870; LEJEUNE, J., *L'embrione segno di contraddizione*, Roma: Orizzonte Medico 1992.

⁸³ *Codice Civile. Disposizioni supplementari*, cap. III: el texto traducido al italiano en LUZI, *Riproduzione umana assistita...*, p. 193-197.

⁸⁴ *Règlement du 27 avril 1987 relatif à la santé publique (Fécondation in vitro)*, Kovetz Ha Takkanot 11.6.1987, pp. 978-998: el texto traducido al francés en *Recueil International de Législation Sanitaire* 1987, 38/4: 832.835.

⁸⁵ *Règlement du 5 octobre 1988 relatif à la santé publique (Banque de sperme)*, Kovetz Ha Takkanot 1.1.1989, 5156: 298: el texto traducido al francés en *Recueil International de Législation Sanitaire* 1988, 39/1: 291-292.

⁸⁶ *Règlement relatif à l'insemination artificielle des personnes et à des aspects apparentés. Avis gouvernemental n. R1182 du 20.6.1986*, (*Government Gazette*, 20.6.1986, vol. 252, 10283: 28-35): el texto traducido al francés en *Recueil International de Législation Sanitaire* 1990, 41 (1): 76-81.

⁸⁷ BIK, C. (a cargo de), *Ethique et droit en Amérique du Nord face au progrès des sciences biologiques et médicales: documents annexes au rapport de mission*, París: Ministère de la Justice, Direction des Affaires Civiles et du Sceau, 1986: 342, 389, 397, 402, 562.

⁸⁸ *Ibid.*, pp. 28-29.

⁸⁹ “*La fécondation artificielle ne peut s'effectuer que sur des femmes mariés*” (art. 4).

⁹⁰ “... el marido podrá consentir, en escritura pública o testamento, que su material reproductor pueda ser utilizado, en los seis meses siguientes a su fallecimiento, para fecundar a su mujer, produciendo tal generación los efectos legales que se derivan de la filiación matrimonial” (art. 9, párrafo 2).

⁹¹ “*Where... the sperm of a man, or any embryo the creation of which was brought about with his sperm, was used after his death, he is not to be treated as the father of the child*” (art. 28, párrafo 6b).

⁹² “estas técnicas [de reproducción asistida] podrán utilizarse también en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético o hereditario, cuando sea posible recurrir a ellas con suficientes garantías diagnósticas y terapéuticas y estén estrictamente indicadas” (art. 1, párrafo 3).

⁹³ “Quien efectúa la fecundación artificial de un óvulo maduro humano con un espermatozoide humano seleccionado con base en su contenido de cromosomas sexuales es castigado con la reclusión hasta de un año o con una multa. La presente disposición no se aplica cuando la selección del espermatozoide, efectuada por un médico, intente prevenir la aparición en el naciente de la distrofia muscular o de otra grave enfermedad hereditaria vinculada con el sexo reconocidas como afecciones graves por la autoridad competente designada por la ley de los *Länder*” (art. 3).

⁹⁴ La prohibición de la fecundación artificial heteróloga para las parejas que conviven no está contenida en la *ley sobre la protección de los embriones* de 1990, sino en el informe del *Grupo de Trabajo mixto Gobierno Federal-Länder* de 1989.

⁹⁵ “Los Centros autorizados y el Registro Nacional adoptarán las medidas oportunas y velarán para que de un mismo donante no nazcan más de seis hijos” (art. 5, párrafo 7).

⁹⁶ “El niño concebido mediante inseminación a tenor del artículo 3 tiene derecho, apenas alcanzada la madurez suficiente, de conocer los datos relativos al donador anotados en el registro especial del hospital...” (Suecia, Ley n. 1140/1984..., art. 4); “La donación será anónima... Los hijos nacidos tienen derecho, por sí o por sus representantes legales, a obtener información general de los donantes que no incluya su identidad. Igual derecho corresponde a las receptoras de gametos” (Estado Español, Ley 35/1988..., art. párrafo 5).

⁹⁷ “*Le personnel de santé a l’obligation de veiller à ce que l’anonymat du donneur de sperme soit préservé. Le donneur de sperme ne doit recevoir aucun renseignement sur l’identité du couple ou de l’enfant*” (art. 10).

⁹⁸ Véase, por ejemplo, el artículo 8, párrafo 1, de la ley española: “Ni el marido ni la mujer, cuando hayan prestado su consentimiento, previa y expresamente, a determinada fecundación con contribución de donante o donantes, podrán impugnar la filiación matrimonial del hijo nacido por consecuencia de tal fecundación”.

⁹⁹ “En el caso en que se haya efectuado la fecundación del óvulo de la madre fuera de su cuerpo con el consentimiento de su cónyuge o persona conviviente, y si respecto a todas las circunstancias es verosímil que la concepción del hijo se realizó por medio de tal fecundación, la persona que ha dado el consentimiento... es considerada el padre del niño” (*Legge n. 712/1988 di modifica del Codice dei Rapporti tra genitori e figli*). “Si la inseminación se ha efectuado en la madre con el consentimiento del cónyuge y del hombre que conviva con ella *more uxorio*, y si con el respecto a todas las circunstancias es verosímil que el hijo haya sido concebido mediante inseminación, en la aplicación de los artículos del 2 al 5, quien ha dado su consentimiento se debe considerar como el padre del niño” (*Legge n. 1139/1984 di modifica del Codice dei Rapporti tra genitori e figli*). Los textos de las dos leyes los recoge LUZI, *Procreazione assistita e...*

¹⁰⁰ “La presente ley regula las técnicas de reproducción asistida humana: la inseminación artificial (I.A.), la fecundación in vitro (F.I.V.) con transferencia de embriones (E.T.) y la transferencia intratubárica de gametos (T.I.G.)...” (art. 1, párrafo 1).

¹⁰¹ Lo dicho hasta ahora no está contenido en algún artículo de la ley sino que se deduce del hecho de que no se persigue penalmente la donación de embriones como si se tratase de un tácito consentimiento para que el sobrante embrional sea puesto en condición de venir a la existencia.

¹⁰² “Se transferirán al útero solamente el número de preembriones considerado científicamente como el más adecuado para asegurar racionalmente el embarazo”.

¹⁰³ “*A person’s gametes must not be used for the purposes of treatment services unless there is an effective consent by that person to their being so used and they are used in accordance with the terms of the consent*” (Gran Bretaña, *Human Fertilization and...*, anexo 3, par. 5); “*An embryo the creation of which was brought about in vitro must not be received by any person unless there is an effective consent by each person whose gametes were used to bring about the creation of the embryo...*” (*ibid*, párrafo 6).

¹⁰⁴ “La donación de gametos y preembriones para las finalidades autorizadas por esta ley es un contrato gratuito, formal y secreto...”.

¹⁰⁵ “*Ces oeufs fécondés ne peuvent être qu’aux fins de réimplantation chez la femme...*”.

¹⁰⁶ “Son infracciones muy graves... obtener preembriones humanos por lavado uterino para cualquier fin” (art. 20, párrafo 2 Bb).

¹⁰⁷ “Está castigado con la reclusión... quien extrae de una mujer un embrión antes de que haya concluido la anidación en el útero a fin de transferir tal embrión en otra mujer o de utilizarlo con una finalidad distinta de la de su supervivencia” (art. 1, párrafo 6).

¹⁰⁸ “El semen se podrá crioconservar en bancos de gametos autorizados durante un tiempo máximo de cinco años” (España, *Ley 35/1988...*, art. 11, párrafo 1); “*The statute of storage period in respect of embryos is such period not exceeding ten years as the licence may specify*” (Gran Bretaña, *Human Fertilization and...*, art. 14, párrafo 3).

¹⁰⁹ Lo dicho se deduce del hecho de que no se prohíbe explícitamente la crioconservación de embriones y se pide que tal procedimiento sólo lo lleven a efecto médicos: “Están reservados al trabajo del médico las siguientes actuaciones... la conservación de embriones humanos así como de óvulos humanos en los cuales hayan penetrado ya o en los cuales se hayan introducido artificialmente espermatozoides maduros” (art. 9).

¹¹⁰ “No se autorizará la crioconservación de óvulos con fines de reproducción asistida, en tanto no haya suficientes garantías sobre la viabilidad de los óvulos después de su descongelación” (art. 11.2).

¹¹¹ “La investigación o experimentación en preembriones vivos sólo se autorizará si se atiende a los siguientes requisitos... que no se desarrollen *in vitro* más allá de catorce días después de la fecundación del óvulo, descontando el tiempo en que pudieron haber estado crioconservados” (España, *Ley 35/1988...*, art. 15, párrafo 1.b); “Los experimentos con fines de investigación o de tratamiento en óvulos fecundados pueden llevarse a cabo no más allá del día catorce después de la fecundación” (Suecia, *Ley n. 115/1991...*, art. 2, párrafo 1); “*A licence cannot authorise... keeping or using an embryo after the appearance of the primitive streak... the primitive streak is to be taken to have appeared in an embryo not later than end of the period of 14 days beginning with the day when the gametes are mixed, not counting any time during which the embryo is stored*” (Gran Bretaña, *Human Fertilization and...*, art. 3).

¹¹² “El óvulo fecundado que ha sido objeto de experimentación debe, después del término indicado en el párrafo primero (esto es, 14 días) ser destruido sin dilación” (Suecia, *Ley n. 115/1991...*, art. 2, párrafo 2).

¹¹³ “La investigación o experimentación en preembriones vivos sólo se autorizará si se atiende a los siguientes requisitos... que se cuente con el consentimiento escrito de las personas de las que proceden, incluidos, en su caso, los donantes, previa explicación pormenorizada de los fines que se persiguen con la investigación y sus implicaciones” (España, *Ley 35/1988...*, art. 15, párrafo 1.a).

¹¹⁴ “*A licence under this paragraph may authorise any of the following... bringing about the creation of embryos in vitro and keeping or using embryos, for the purposes of a project of research specified in the licence*” (anexo 2, art. 3).

¹¹⁵ Véase sobre el tema: DI PIETRO, M.L., *Fecondazione artificiale e frammentazione della maternità: considerazioni etico-giuridiche*, La Famiglia 1992, 154: 5-19.

¹¹⁶ “Será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna en favor del contratante o de un tercero” art. 10)

¹¹⁷ “*No surrogacy arrangement is enforceable by or against any of the persons making it*”.

¹¹⁸ “La filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto”.

¹¹⁹ “*The woman who is carrying or has carried a child as a result of the placing in her of an embryo or of sperm and eggs, and no other woman, is to be treated as the mother of the child*” (art. 27).

¹²⁰ “*The Court may ask an order providing for a child to be treated in law as the child of the parties to a marriage if... the child has been carried by the woman other than the wife as the result of the placing in her of an embryo or sperm or eggs or her artificial insemination...*”.

¹²¹ Véase sobre el tema lo que se dice en SERRA, A., SGRECCIA, E., DI PIETRO, M.L., *Nuova genetica e embrionesi umana*, Milán: Vita e Pensiero, 1990: 271 ss. 122

Algunas consideraciones éticas en torno al concepto de “calidad de vida” como criterio para la asignación de recursos sanitarios

*Dolors Voltas**

Resumen

El problema de administrar correctamente un recurso en cantidades limitadas es muy delicado y desafortunadamente se encuentra en casi todas las actividades humanas, sin embargo, cuando se refiere a los recursos sanitarios adquiere una dimensión más dramática, pues está directamente relacionado con la vida de personas.

En los últimos años se ha citado mucho el criterio de “calidad de vida” para decidir cómo distribuir los recursos sanitarios, pero presenta serias limitaciones desde la perspectiva ética.

Este discurso pretende delinear algunos aspectos éticos que surgen al intentar usar el criterio de “calidad de vida” para distribuir equitativamente los recursos sanitarios limitados.

Introducción

Los países desarrollados están constatando cómo la demanda de servicios sanitarios crece a un ritmo mucho más acelerado que los recursos disponibles. Las causas últimas de este aumento cabe buscarlas, por un la-

* Comisión de Deontología del Col. Legi Oficial de Metges de Barcelona. Congreso Europeo de Bioética, 12-15 de octubre de 1995.

do, en la progresiva sofisticación técnica de la medicina¹ y, por otro, en el progresivo envejecimiento de la población en estos países.

También en España se observa esta tendencia. Actualmente, la población de más de 65 años representa un 11% del total. Las previsiones para el año 2010 elevan este porcentaje al 15%.² El coeficiente de ancianidad alta —porcentaje de ancianos de más de 80 años en relación con todos los que tienen más de 70— pasará del 26% al 34%, es decir, constituirá una tercera parte del total de los que tienen más de 70 años.³ El resto de países europeos posee estructuras poblacionales similares: así, el Reino Unido cuenta con un 16% de habitantes mayores de 65 años, mientras que en Holanda el porcentaje es del 13%.⁴ En este último país, el gasto sanitario que corresponde a las personas mayores de 65 años representa ya un 40% del total y se espera que aumente aún más en los próximos años.⁵

El problema de administrar correctamente una cantidad limitada de recursos es común a otras muchas actividades humanas, aunque, en el caso de la salud, adquiere una dimensión más dramática al estar directamente relacionado con la vida de personas. Lograr una correcta administración de recursos limitados implica tomar decisiones multidimensionales, las cuales requieren aplicar criterios racionales. Desde hace tiempo se ha prestado bastante atención al aspecto económico de la asignación de recursos sanitarios, pero con frecuencia se hace una peligrosa abstracción del aspecto ético.⁶

Descubrir los criterios apropiados es la clave para una asignación correcta de recursos sanitarios. Un criterio muy citado en los últimos años es el denominado “calidad de vida”. Es un criterio de carácter utilitarista —sin duda interesante— para resolver cuestiones en términos de coste-beneficio, sin embargo, cuando pretende presentarse como criterio ético presenta no pocas reservas.

El propósito de esta comunicación no es realizar una exposición de argumentos filosóficos en contra del utilitarismo y, por tanto, también críticos respecto al criterio utilitarista de “calidad de vida” —otros lo han hecho ya⁷—, sino algo más modesto, como es plantear algunos reparos al criterio de “calidad de vida” desde el sentido común y desde la profesión médica, proponiendo como alternativa algunos criterios prudenciales basados en el bien de la persona —no sólo en los análisis coste-beneficio— y en el respeto incondicional a todo ser humano, des-

de la concepción hasta la muerte, y en la consiguiente equidad basada en la igualdad esencial de todos los enfermos.

El concepto de "calidad de vida"

Con frecuencia se ha hecho notar cómo la sociedad neocapitalista, una vez cubiertas las necesidades básicas, ha intentado satisfacer deseos y aspiraciones más elaborados. Esto provoca una espiral de nuevas necesidades y, en consecuencia, se ha introducido el concepto de "coeficiente de insatisfacción". Quizá por esta razón, en 1964, el presidente de los EE.UU., Lyndon Johnson, otorgó carácter emblemático a la expresión "calidad de vida", ya presente en la literatura socio-política desde los años 50, afirmando que los objetivos que él perseguía no podían ser evaluados en términos bancarios, sino en términos de "calidad de vida".

Cuando la OMS definió en 1946 la salud como "un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad", convirtió el bienestar en exigencia de salud. Desde entonces, el término "calidad de vida" tiene en la literatura médica actual un cierto sentido de ausencia de dolor y sufrimiento. De aquí se pasa a afirmar que para el paciente será bueno lo que aumente su estado de bienestar y malo lo contrario. En esta frase, los términos "bueno" y "malo" son sinónimos de algo deseable y rechazable respectivamente en relación al criterio placer/dolor o, de modo más amplio, bienestar/malestar o satisfacción/insatisfacción.

Seguramente todos estaríamos de acuerdo en que la "calidad de vida" es, en efecto, algo deseable. El problema surge cuando este "bien" se toma como el "bien supremo" y, por tanto, como el criterio primordial para tomar decisiones médicas y para asignar recursos.

Afirmar que el placer es un bien —algo "bueno"—, significando que es deseable, no es nada nuevo. Sin embargo, no se debe confundir lo "bueno" en el sentido de "deseable" con lo "bueno" en sentido moral. Hace casi 2 500 años Sócrates y Platón distinguieron cuidadosamente aquello que es placentero de aquello que es moralmente correcto, concluyendo que no siempre coincidían, lo cual es evidente. Con mayor precisión Aristóteles definiría el "bien" como aquello que todos apetecen, señalando a continuación tres tipos de bienes: los placenteros o apeteci-

bles en razón de su agrado, los honestos o morales y los bienes útiles para alcanzar otros bienes (placenteros u honestos).

Actuar moralmente bien a veces es agradable, pero otras veces es doloroso y exige renunciar a otras cosas que, en un determinado aspecto nos producirían mayor placer o menor dolor. A partir de aquí, Aristóteles distinguirá entre bienes reales o morales y bienes aparentes. Estos últimos son bienes que producen agrado o evitan dolor pero no son contrarios al bien moral.

Hoy esta distinción entre el bien moral y el bien placentero a menudo queda desdibujada. Esto hace que sea difícil entender para algunos profesionales que el sufrimiento y la felicidad no se excluyan necesariamente el uno al otro.⁸ La evidencia cotidiana muestra, por el contrario, que son pocos los pacientes que estarían dispuestos a intercambiar un año de vida de “baja calidad” conviviendo con el dolor, por un periodo más corto de tiempo con “buena calidad” de vida sin dolor.⁹

Parece obvio que esta distinción, tan de sentido común, entre el bien moral y lo agradable debe estar en la base de cualquier discusión ética. Identificar el bien moral con el placer, como lo hizo Epicuro en la antigüedad, en los tiempos modernos Jeremy Bentham y, de modo matizado John Stuart Mill y los demás utilitaristas, dificulta enormemente un entendimiento ético.

Con todo, la “calidad de vida” entendida como un cierto grado de bienestar físico, mental y social, siendo en sí misma un “bien placentero” (según la terminología aristotélica), tiene alguna conexión con la moral. El proceso de mejora hasta la plenitud en el hombre es algo interior, asociado con aquello que de más noble hay en el ser humano, manifestado en la capacidad actual o potencial de conocer y amar a otras personas y, sobre todo, al Creador. Sin embargo, un mínimo de bienestar sin duda puede ayudar a conseguir fines superiores.

Por otra parte, como argumenta Williams¹⁰ —aunque sin llegar al fondo de la cuestión— en la medida en que los costos representen sacrificios de salud impuestos a otros no puede ser ético ignorar estos sacrificios.

Ninguno de estos indicadores está exento de complejos problemas metodológicos. Sin embargo, la investigación en este campo de la ciencia estadística es muy activa y es posible que en un futuro cercano

podamos disponer de técnicas estadísticas robustas que permitan extraer conclusiones metodológicamente válidas de ensayos clínicos o estudios epidemiológicos prospectivos.

La ambigüedad del concepto "calidad de vida"

Los anteriores intentos de definir y medir la "calidad de vida" son obviamente de carácter empírico. Y, sin embargo, la "calidad de vida" no es sólo un dato empírico éticamente neutro, ya que la vida humana no es algo meramente biológico. Por ello, la calidad de vida no puede medirse con baremos de los que está ausente una reflexión sobre el significado mismo de la vida. La vida no se deja reducir a calidad de vida porque la vida es algo sustantivo respecto de la calidad.

Por otra parte, añadir al término *vida* la palabra *calidad* resulta peligroso o, al menos, confuso, porque puede inducir a pensar en la existencia de vidas de mayor o menor calidad. Si se demostrara que una vida no tiene *calidad*, con facilidad se acabaría sosteniendo que no vale la pena vivirla o hacer nada por mantenerla.

Desde una perspectiva ontológica, o si se prefiere "transempírica", la persona viva es la substancia, mientras que la calidad, en sus diversas manifestaciones, es uno de los accidentes. Puede haber personas con mayor calidad intelectual que otras, o con mayor cultura, o belleza, o peso, o salud o edad, pero estos u otros cambios en la calidad no alteran la condición de persona. El concepto de persona coincide, pues, con el de "ser humano" sea cual sea su calidad de vida (para hablar con rigor, habría que decir de su bienestar).

La dignidad de todo ser humano y, más en concreto, la dignidad de la vida humana, es un valor incondicionado. Esta afirmación es básica en la ética cristiana y en la mayoría de los enfoques deontológicos actualmente vigentes en la filosofía moral. Está también presente en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en muchas Constituciones contemporáneas. Me atrevería a señalar que es también un postulado de sentido común.

El respeto a la dignidad humana viene a ser un principio ético fundamental. Señala que cualquier ser humano es digno de existir con independencia del momento en que se conciba, de su estado de salud

(sano o moribundo), de su edad (joven o viejo), de su condición social (rico o pobre), de su inteligencia (listo o idiota) o de cualquier otro criterio que podamos llegar a establecer. La vida es el fundamento de otros valores que puede poseer una persona como la belleza, la salud, el bienestar, etc. Sin vida no hay persona.

¿Cómo medir la “calidad de vida”?

En realidad, el concepto de “calidad de vida” es un concepto multi-dimensional y su cuantificación es compleja. A nivel poblacional, la calidad de vida empezó a estimarse a partir de parámetros indirectos tomados de la economía, como el PNB (Producto Nacional Bruto), pero pronto se vio que el PNB es un concepto diverso del de “calidad de vida”, ya que el PNB disminuye en aquellos países que aumentan el gasto sanitario y que, por tanto, aumentan la calidad de vida de la población. En consecuencia, se han propuesto índices alternativos como los de William Nordhaus y James Tobin (Medida del Bienestar Económico) o el de Samuelson (Net Economic Welfare) que tienen en cuenta no sólo los gastos sanitarios sino las connotaciones peyorativas de un mayor desarrollo industrial como pueden ser los costes ecológicos. De todos modos, los modelos macroeconómicos siguen sin incorporar adecuadamente el componente de bienestar que aporta el gasto en el sector sanitario.¹¹

La cuestión que se plantea es cómo medir la “calidad de vida”. A nivel individual, la calidad de vida acostumbra a medirse mediante cuestionarios de manera similar a las técnicas utilizadas en psicometría. Algunos afirman que la esencia de la calidad de vida es la expresión del punto de vista del sujeto y el principal interrogado debe ser él mismo.¹² Se pueden contabilizar más de 40 sistemas o escalas para medir los diversos componentes de la calidad de vida, desde los factores básicos de la vida cotidiana, la actividad instrumental de la vida, e incluso un complejo baremo para valorar la depresión o el bienestar psicológico general. En este sentido, Fayers recomienda emplear cuestionarios validados de entre los muchos existentes, evitando a toda costa crear otros nuevos.¹³

¿A quién compete establecer los parámetros de la calidad de vida, su relevancia y jerarquía? Respecto a los parámetros objetivos—los menos

empleados— es el médico o el especialista quien puede valorarlos mejor. Pero cuando se trata de factores psicológicos —los más utilizados en la práctica—, como la “percepción de sí”, la sensación de bienestar o la expectativa de esperanza respecto de la curación, entonces sólo el sujeto puede valorarlo.

El problema surge cuando intentamos analizar la información obtenida tras aplicar alguno de los diversos métodos de medición de la calidad de vida. Además, hay que tener en cuenta que las publicaciones más recientes que hacen uso de la calidad de vida como medida de utilidad realizan dos o más mediciones de la misma a lo largo del periodo de seguimiento del paciente. Para abordar la interpretación de los resultados se han empleado dos tipos de aproximaciones. El primer tipo consiste en aglutinar la información mediante “índices de aglutinación” (*summary measures*) como la medida de las determinaciones individuales, el área bajo la curva CDV-t (Calidad de Vida vs. Tiempo) o diversos índices ponderados. El otro gran grupo de aproximaciones se basa en la integración de las curvas de supervivencia con las mediciones de la calidad de vida. Un tipo especial de integración es el empleo del parámetro QALY (*Quality Adjusted Life Years*), introducido a finales de los años sesenta, que intenta integrar cantidad y calidad de vida a efectos comparativos. Para calcular los QALYs, el número de años de vida ganados con algún déficit en la salud se multiplica por un factor que los transforma en los años de perfecta salud supuestamente equivalentes a los anteriores.¹⁴

Cuando se niega que todos ser humano —desde la concepción hasta la muerte— tiene una dignidad que le pertenece, puede llegarse a extremos insospechados. Engelhardt,¹⁵ llega a afirmar: “... no todos los seres humanos son personas en términos de la moralidad secular general o al menos no son personas en el sentido estricto de ser agentes morales. Las personas gravemente seniles y los retrasados mentales profundos no son personas... Tampoco lo son quienes padecen graves lesiones cerebrales”. En la misma línea, el conocido promotor de la ética de situación, J. Fletcher¹⁶ afirma que la vida carece de “humanidad” cuando no va acompañada de “bienestar personal” (*personal wellbeing*). Para Fletcher, los criterios mínimos de “humanidad” están relacionados con las funciones racionales, e incluyen: actividad neocortical, inteligencia (los seres humanos con IQ inferior a 40 es dudoso que sean personas, y

en los casos en que están por debajo de 20 hay que presumir que no lo son), comunicación, etc. Para ambos, un “ser humano” no equivale a “persona”, lo que equivale a decir que carece de dignidad y de derecho a la vida.

Es fácil advertir el deslizamiento que supone separar el concepto de “persona” de la noción de “ser humano”. Es la puerta abierta para no respetar a los demás seres humanos de modo incondicional, sino en función de quiénes ejercen dominio. Y esto no deja de ser un modo típico de injusticia —muy grave, por cierto— por el abuso de poder de los fuertes sobre los débiles. ¡Qué lejos está la visión de los autores que acabo de citar de la visión humanista y cristiana de servicio a la vida! Frente al utilitarismo y otros consecuencialismos, Juan Pablo II ha señalado con firmeza que “no se pueden tolerar unilateralismos y discriminaciones, porque la vida humana es sagrada e inviolable en todas sus fases y situaciones. Es un bien indivisible. Por tanto, se trata de “hacerse cargo” de toda vida y de la vida de todos”.¹⁷

La distribución de recursos escasos

El respeto a la dignidad de todo ser humano y la consiguiente igualdad esencial de todas las personas es un criterio del que nunca se puede prescindir. Sin embargo, es necesario reconocer que este respeto incondicional a todos ser humano no resuelve, por sí solo, el problema de la asignación de recursos escasos.

Desde un punto de vista de la asignación de recursos a nivel poblacional o macroeconómico se emplean criterios de evaluación económica global. Algunos¹⁸ definen los estudios económicos de carácter global como aquellos análisis comparativos de pautas de acción alternativas que tienen en cuenta sus costes y sus consecuencias, siempre bajo una óptica del principio de equidad. Existen cuatro tipos básicos de estudios económicos globales: los estudios de minimización de costes, los estudios de coste-eficiencia, los de coste-beneficio y los de coste-utilidad. Es en este último tipo de estudios donde encuentra su aplicación el concepto de “calidad de vida” en relación con los costes asociados a una determinada acción sanitaria.

El empleo de estos u otros estudios adecuados de coste-utilidad, a pesar de sus serias limitaciones metodológicas, proporciona *un criterio*

más en la compleja trama de argumentos que deben sopesarse a la hora de asignar recursos sanitarios a nivel poblacional. Sin embargo, la economía es siempre instrumental respecto a las personas, y no al revés. Por ello, el criterio económico puede ser limitativo, pero no debe ser el único ni el principal criterio.

Si un tratamiento es tan caro que resulta prohibitivo aplicarlo o no hay recursos disponibles para aplicarlo a todos los afectados, el criterio económico es, ciertamente limitativo. Sin embargo, no se debería aceptar fácilmente el argumento de que en un país no hay recursos suficientes para salvar vidas humanas. Una mayor eficiencia en la gestión y una mayor dotación de los presupuestos sanitarios, aun a costa de otros presupuestos, puede resolver la cuestión en muchos casos. Si, a pesar de todo, persiste el problema, el criterio prudencial tradicional de que no hay obligación de aplicar medios extraordinarios para prolongar la vida puede ser suficiente para tomar las decisiones asignativas. Determinar qué puede considerarse "extraordinario" en cada situación es algo a concretar en cada momento y situación, pero nunca de modo utilitario ni con injustas discriminaciones que no respeten la igualdad de todo ser humano y su dignidad fundamental, ni mucho menos actuando de modo partidista, sino atendiendo al bien humano.

De acuerdo con el principio de "equidad" no hay que dar prioridad a un enfermo porque sea más útil que otro, o porque tenga menor edad, o por ser varón o mujer, etc. Ante un tratamiento de coste elevado, pongamos por caso, no puede darse prioridad a quien puede costearlo en detrimento de quien no dispone de recursos, aun cuando ello pueda suponer un ahorro económico.

Dada la limitación de los recursos disponibles, el médico debe aprovecharlos lo mejor posible para el enfermo, sin olvidar que proporcionar estos recursos a un paciente no ha de conllevar el detraerlos de otros pacientes.

Ante el problema de poner límite a la asistencia universal para determinadas necesidades parece justo dar prioridad a aquellos casos que más beneficio puedan obtener de los recursos disponibles, sin menoscabo del principio de equidad. Para Quintana, del Comité de Bioética del Consejo de Europa,¹⁹ lo importante es que se utilice una teoría que englobe una serie de criterios explícitos, que se siga una sistemática cuando deba darse prioridad y que haya transparencia y coherencia en la asignación de recursos asistenciales a nivel individual.

La bioética cotidiana

En el microcosmos de la relación médico-paciente, en contraposición al macrocosmos de la política sanitaria poblacional, las consideraciones en torno a la eficiencia (análisis coste-efectividad, coste-beneficio o coste-utilidad) pasan, aun más, a segundo plano. En este microcosmos, la eficiencia pierde importancia porque se trata de una relación entre personas, repleta de idiosincrasias y que escapan a sencillas fórmulas predictivas como propone, entre otros, Wechsler.²⁰ Médico y paciente deben sopesar todo un cúmulo de factores que afectan al éxito final de las decisiones a adoptar. Thomas J. Smith,²¹ que relata su relación profesional con un paciente afecta de cáncer de mama, nos ofrece un magnífico ejemplo del razonamiento médico que subyace en este tipo de situaciones. En él se constata cómo Smith consideró aspectos médicos, académicos, financieros, administrativos, sociales, éticos y legales antes de comunicar a su paciente los pros y contras de las decisiones terapéuticas válidas en su caso. Juntos, trazaron el camino a seguir.

La "bioética cotidiana"²² se ocupa de la bondad de las decisiones profilácticas, diagnósticas o terapéuticas que debe tomar el médico en su práctica diaria. Debe basarse en una sólida formación científica y humanística del facultativo y presupone la libertad de decisión tanto del médico como del paciente. Como complemento a la formación individual del médico, los comités de bioética de centros hospitalarios y de salud pueden ser un instrumento adecuado para ayudar a resolver, con las máximas garantías de equidad, las situaciones éticas más complejas que puedan presentarse en la práctica clínica.^{22, 23}

El éxito de la bioética cotidiana pasa por considerar al paciente como persona en el sentido más global de la palabra. En este contexto, la calidad de vida y su medicina son sólo un dato más a tener en cuenta, no "el dato" por antonomasia.

A modo de conclusión

El concepto de "calidad de vida" es ambiguo y puede emplearse de modo contrario a la dignidad de la persona humana y sus derechos fundamentales. La problemática específica del empleo de los diversos indicadores

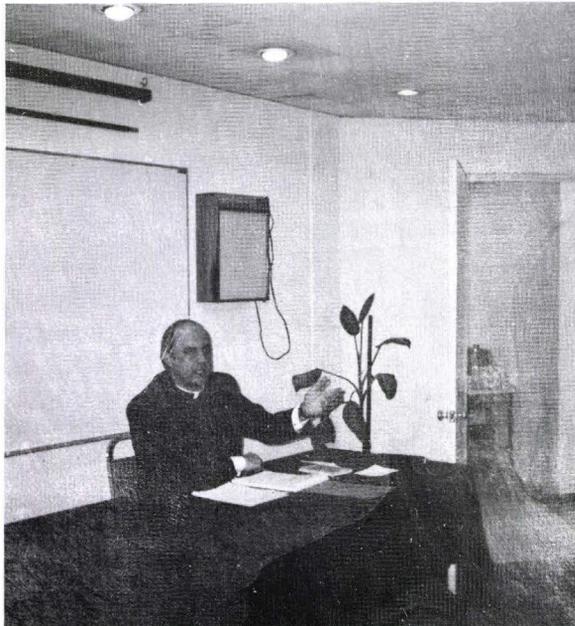
de "calidad de vida" ha sido puesta de relieve por autores como Palazzo²⁴ y Sgreccia,²⁵ entre otros.

Como un criterio económico más y sin darle carácter decisivo, puede ayudar a tomar decisiones en muchos casos. Sin embargo, la sabiduría práctica que busca en cada situación el bien de la persona no es "mecanizable" por muy sofisticados que lleguen a ser los medios de medida con los que se cuenta.

Referencias bibliográficas

- ¹ BERNARD, J. *De la biologie à l'éthique*. Paris: Buchet/Chastel, 1990.
- ² ARBELO, A., et al. *Demografía Sanitaria de la Ancianidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- ³ GARCÍA MONLLEÓ, J., et al. *Necesidades sociosanitarias de los ancianos: un reto para la enfermería*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
- ⁴ WALKER, A., J., GUILLEMARD, A. *Older people in Europe: social and economic policies; the 1993 report of the European Observatory*. Brussels: Commission of the European Communities, 1993.
- ⁵ CBS, *Bevolkingsprognose 1989-2035*. Vooburg: Central Bureau of Statistics, 1989.
- ⁶ HUIJSMAN, R. *Economic evaluation of care for the chronically ill. A literature review*. *European Journal of Public Health*. 5(1), 8-17, 1995.
- ⁷ Para no extenderme citaré sólo dos conocidos autores procedentes de tradiciones diversas, John Rawls de raíces kantianas y John Finnis de corte aristotélico-tomista que coinciden en una dura crítica al utilitarismo. Desde una perspectiva cristiana, el rechazo del utilitarismo y, en general, del consecuencialismo, es patente en la Enciclica *Veritatis splendor*, de Juan Pablo II, n. 71 ss. Madrid, Ediciones Palabra (1993).
- FINNIS, J. *Fundamentals of Ethics*. Oxford: Clarendon Press, 1983.
- JUAN PABLO II, *Veritatis Splendor*. Madrid: Ediciones Palabra, 1993.
- RAWLS, J.A. *Theory of Justice*, Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1971.
- ⁸ SERRANO, M.R. *Calidad de vida: un concepto equívoco*. En Marcuello, C. (d.) *Seminarios de Ética en Enfermería*. pp. 185-191. Navarra: Eunsa, 1987.
- ⁹ BACCHI, M., BERNHARD, L., VAN WEGBERG, B., BACCHUS, L., PEREY, L., WARRICK, M., TOMAMICHEL, M., et al. *Subjective health estimation: Development and validation of a self-rated global indicator for large scale breast cancer trials*. En Buyse, M. (ed.) *Meeting of the International Society for Clinical Biostatistics*. p. 60. Barcelona: ISCB, 1995.
- ¹⁰ WILLIAMS A. *The role of health economics in clinical decision-making: is it ethical?* *Respiratory Medicine*. 85 (Supplement B), 3-5, 1991.
- ¹¹ WILLIAMS A. *The role of quantitative modelling in health care*. *Health Economics*. 4, 1-6, 1995.
- ¹² COX, D.R., FITZPATRICK, R., FLETCHER, A.E., GORE, S.M., SPIEGELHALTER, D.J., JONES, D.R. *Quality-of-life assessment: can we keep it simple?* *Journal of the Royal Statistical Society*. 155, 353-393, 1992.
- ¹³ FAYERS, P.M. *Development and validation of a quality of life instrument*. En Buyse, M. (ed.) *Meeting of the International Society for Clinical Biostatistics*. p. 41. Barcelona: ISCB, 1995.

- ¹⁴ FAIRCLOUGH, D. *Summary measures for comparison of QOL in clinical trials*. En Buyse, M. (ed.) *Meeting of the International Society for Clinical Biostatistics*. p. 59. Barcelona: ISCB, 1995.
- ¹⁵ ENGELHARDT, H.T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós, 1995.
- ¹⁶ FLETCHER, J. *Ethics and Euthanasia*. En WILLIAMS, R.H. (ed.) *To live and to Die: When, Why, and How*. pp. 417-412. Nueva York: Springer Verlag, 1973.
- ¹⁷ JUAN PABLO II (1995) *Evangelium Vitae*. Madrid: Ediciones Palabra.
- ¹⁸ DURMONT, M.F., STODDART, G.L., TORRANCE, G.W. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1987.
- ¹⁹ QUINTANA, O. *Ética, administración y recursos sanitarios*. Quadern CAPS. 19, 73-76, 1983.
- ²⁰ WECHSLER S., BALLAS D., CARDOSO R.H.A. *Bayesian optimization of quality of life*. En BUYSE, M. (ed.) *Meeting of the International Society for Clinical Biostatistics*. p. 76. Barcelona: ISCB, 1995.
- ²¹ SMITH, T. *Which hat do I wear?* JAMA. 270, 1657-9, 1993.
- ²² VOLTAS, D. *Los comités de ética en los hospitales*. En VILARDELL F. (ed.) *Ética y medicina*, pp. 128-157. Madrid: Espasa Calpe, 1988.
- ²³ ABEL, F. *Los comités de ética y su función pedagógica*. Quadern CAPS. 19-26, 1993.
- ²⁴ PALAZZO, F. *Le implicazioni allocative ed etiche dell'uso dei QALYs*. En France, G., ATTANASIO, E. (ed.) *Economia sanitaria*. Milano: Giuffrè, 1993.
- ²⁵ SGRECCIA, E. *Rispetto della vita e ricerca della qualità della vita in medicina. Aspetti etici*. *Dolentium hominum*, n. 28, pp. 154-160. Ciudad del Vaticano. Tipografía Vaticana, 1995.



Prof. Gonzalo Miranda

Documentación

Del Magisterio del Santo Padre

I

El Santo Padre: la dignidad y el apostolado de los que sufren

Juan Pablo II, durante el encuentro con los fieles en la Plaza de San Pedro el 26 de abril de 1994, pronunció la siguiente catequesis:

1. La realidad del sufrimiento está siempre ante los ojos y a menudo en el cuerpo, en el alma, en el corazón de cada uno de nosotros. Al margen de la fe, el dolor ha constituido siempre el gran enigma de la existencia humana. Pero desde que Jesús con su pasión y muerte redimió al mundo, se ha abierto una nueva perspectiva: mediante el sufrimiento es posible avanzar en la donación de sí y alcanzar el grado más alto del amor (cfr. Jn 13, 1), gracias a Aquel que “nos amó y se entregó por nosotros” (Ef 5,2). Como participación en el misterio de la Cruz, el sufrimiento puede ahora ser acogido y vivido como colaboración en la misión salvífica de Cristo. El Concilio Vaticano II ha afirmado esta conciencia de la Iglesia acerca de la especial unión a Cristo que sufre por la salvación del mundo por parte de cuantos están atribulados y oprimidos (cfr. *Lumen Gentium*, 41).

Jesús mismo, al proclamar las Bienaventuranzas, está considerando todas las manifestaciones del sufrimiento humano: los pobres, los hambrientos, los afligidos, los menospreciados por la sociedad o que son injustamente perseguidos. También nosotros, mirando al mundo, descubrimos grandes miserias, en una multiplicidad de formas antiguas y

nuevas: los signos del sufrimiento están por doquier. Hablemos de ellas, pues, en esta catequesis, tratando de descubrir mejor el designio divino que guía a la humanidad por un camino tan doloroso y el valor salvífico que el sufrimiento —como trabajo— tiene para toda la humanidad.

2. En la Cruz se ha manifestado a los cristianos “el Evangelio del sufrimiento” (*Salvifici doloris* 25). Jesús ha reconocido en su sacrificio el camino establecido por el Padre para la redención de la humanidad y ha seguido este camino. Anunció también a sus discípulos que estarían asociados a este sacrificio: “en verdad, en verdad os digo que lloraréis y os lamentaréis y el mundo se alegrará” (Jn 16, 20). Pero esta predicción no es algo aislado, no se agota en sí misma, porque se completa con el anuncio de una transformación del dolor en alegría: “Vosotros os entristeceréis, pero vuestra tristeza se volverá gozo” (Jn 16, 20). En la perspectiva redentora, la Pasión de Cristo se orienta hacia la Resurrección. También los hombres están, pues, asociados al misterio de la Cruz, para participar, en la alegría, en el misterio de la Resurrección.

3. Por este motivo, Jesús no vacila en proclamar la bienaventuranza de aquellos que sufren: “Bienaventurados los que lloran, porque ellos serán consolados... Bienaventurados los perseguidos por causa de la justicia, porque de ellos es el reino de los cielos. Bienaventurados seréis cuando os insulten y persigan y con mentira digan contra vosotros todo género de mal por mí. Alegraos y regocijaos, porque grande será vuestra recompensa en los cielos” (Mt 5, 4. 11-12). No se puede entender esta bienaventuranza si no se admite que la vida humana no se limita al tiempo de la permanencia sobre la tierra, sino que está enteramente proyectada hacia la perfecta alegría y plenitud de vida del más allá. El sufrimiento terrenal, cuando es acogido en el amor, es como una nuez amarga que encierra la semilla de la nueva vida, el tesoro de la gloria divina que se le concederá al hombre en la eternidad. Aunque el espectáculo de un mundo cargado de males y desventuras de todo tipo es a menudo tan miserable, en él se esconde, no obstante, la esperanza de un mundo superior de caridad y de gracia. Esta es la esperanza que se nutre en la esperanza de Cristo. Sostenidos por ella, los que sufren unidos a Él en la fe experimentan en esta vida una alegría que puede parecer humanamente inexplicable. En efecto, el cielo comienza en la tierra, la bienaventuranza es, por así decir, anticipada en las bienaventuranzas. “En las personas santas —decía Santo Tomás de Aquino— se da un inicio de la

vida bienaventurada...” (cfr. *Suma Teológica*, I-II, q. 69, a. 2; cfr. II-II, q. 8, a. 7).

4. Otro principio fundamental de la fe cristiana es la fecundidad del sufrimiento y, por tanto, el llamado, de todos aquellos que sufren, a unirse al ofrecimiento redentor de Cristo. El sufrimiento se vuelve así ofrecimiento, oblación, como ha ocurrido y ocurre en tantas almas santas. Especialmente quienes están oprimidos por sufrimientos morales, que podrían parecer absurdos, encuentran en los sufrimientos morales de Jesús el sentido de sus pruebas, y entran con Él en Getsemaní. En Él encuentran la fuerza para aceptar el dolor con santo abandono y confiada obediencia a la voluntad del Padre. Y sienten nacer desde su corazón la plegaria de Getsemaní: “No sea lo que yo quiero, Padre, sino lo que quieres tú” (Mc 14, 36). Se identifican místicamente con el propósito de Jesús al momento de su arresto: “el cáliz que me dio mi Padre, ¿no he de beberlo yo?” (Jn 18, 11). En Cristo encuentran también el valor de ofrecer sus dolores para la salvación de todos los hombres, habiendo obtenido de la ofrenda del Calvario la fecundidad misteriosa de todo sacrificio, según el principio enunciado por Jesús: “en verdad, en verdad os digo que si el grano de trigo no cae en la tierra y muere, quedará solo, pero si muere, llevará mucho fruto” (Jn 12, 24).

5. La enseñanza de Jesús es confirmada por el apóstol Pablo, que tenía una conciencia muy viva de la participación en la Pasión de Cristo en su vida y de la cooperación que de esa manera podía ofrecer al bien de la comunidad cristiana. Gracias a la unión con Cristo en el sufrimiento, podía decir que completaba en sí mismo lo que faltaba a los padecimientos de Cristo en favor de su Cuerpo, que es la Iglesia (cfr. Col 1, 24). Convencido de la fecundidad de esta unión suya con la Pasión redentora, afirmaba: “en nosotros obra la muerte; en vosotros, la vida” (2 Cor 4, 12). Las tribulaciones de su vida de apóstol no desalentaban a Pablo, sino que corroboraban su esperanza y su confianza, porque advertía que la Pasión de Cristo era fuente de vida: “porque así como abundan en nosotros los sufrimientos de Cristo, así, por Cristo abunda nuestra consolación. Pues si somos atribulados, es para nuestro consuelo y salud” (2 Cor 1, 5-6). Mirando a este modelo, los discípulos de Cristo entienden mejor la lección del Maestro, la vocación a la Cruz, en vistas del pleno desarrollo de la vida de Cristo en su existencia personal y de la misteriosa fecundidad a beneficio de la Iglesia.

6. Los discípulos de Cristo tienen el privilegio de entender el “Evangelio del sufrimiento”, que ha tenido un valor salvífico, por lo menos implícito, en todos los tiempos, porque “a través de los siglos y las generaciones se ha comprobado que en el sufrimiento se esconde una fuerza particular que acerca interiormente al hombre a Cristo, una gracia particular” (*Salvifici doloris*, 6). Quien sigue a Cristo, quien acepta la teología del dolor de San Pablo, sabe que al sufrimiento está ligada una gracia preciosa, un favor divino, aunque se trate de una gracia que sigue siendo para nosotros un misterio, porque se esconde bajo las apariencias de un destino doloroso. Ciertamente no es fácil descubrir en el sufrimiento el auténtico amor divino, que quiere, mediante el sufrimiento aceptado, elevar la vida humana al nivel del amor salvífico de Cristo. La fe, sin embargo, nos hace adherirnos a este misterio y pone en el alma de quien sufre, a pesar de todo, paz y alegría: a veces se llega a decir, con San Pablo: “estoy lleno de consuelo, rebosando de gozo en todas nuestras tribulaciones” (2 Cor 7, 4).

7. Quien revive el espíritu de oblación de Cristo es incitado a imitarlo también en la ayuda a los otros que sufren. Jesús socorrió los innumerables sufrimientos humanos que lo rodeaban. Es un modelo perfecto también en esto. Y él enunció igualmente el precepto del mutuo amor que comporta la compasión y la ayuda recíproca. En la parábola del Buen Samaritano, Jesús enseña la iniciativa generosa en favor de aquellos que sufren. El ha revelado su presencia en todos los que se encuentran en necesidad y en el dolor, de manera que todo acto de ayuda a los miserables llega a Cristo mismo (cfr. Mt 25, 35-40).

Quisiera dejar, a todos vosotros que me escucháis, como conclusión, las palabras mismas de Jesús: “en verdad os digo que cuantas veces hicisteis esto a uno de mis hermanos menores, a mí me lo hicisteis” (Mt 25, 40). Esto significa que el sufrimiento, destinado a santificar a quienes sufren, está destinado a santificar también a aquellos que llevan ayuda y confortación. ¡Estamos siempre en el corazón del misterio de la Cruz salvífica!

(De *Dolentium Hominum*, 1994, 3: 19-30).

II

Juan Pablo II: los enfermos están en el corazón de la Iglesia

El Santo Padre, con ocasión de la Audiencia general del 15 de junio de 1994, dirigió a los peregrinos presentes el siguiente discurso:

1. En la anterior catequesis hemos hablado de los que sufren y del apostolado que pueden desarrollar en la Iglesia. Tomamos hoy en consideración, más particularmente, a los enfermos, porque las pruebas a las que está sometida la salud son, hoy como en el pasado, de gran importancia en la vida humana. La Iglesia no puede dejar de sentir en su corazón la necesidad de la cercanía y de la participación en este misterio doloroso que asocia a tantos hombres de todos los tiempos al estado de Jesucristo durante su Pasión.

Todos en el mundo tienen alguna prueba de salud, pero algunos más que otros, como los que padecen una enfermedad permanente, o están sujetos, por alguna irregularidad o debilidad corporal, a muchos trastornos. Basta entrar en los hospitales para descubrir el mundo de la enfermedad, el rostro de una humanidad que gime y sufre. La Iglesia no puede dejar de ver y de ayudar a ver en estos rostros los rasgos del *Christus patiens*, del Cristo paciente, no puede dejar de recordar el designio divino que guía esas vidas, en una salud precaria, hacia una fecundidad de orden superior. No puede dejar de ser una *Ecclesia compatiens*, una Iglesia compasiva con Cristo y con todos los que sufren.

2. Jesús ha manifestado su compasión por los enfermos y los débiles, revelando la gran bondad y ternura de su corazón, inclinado a socorrer a los que sufren de alma y de cuerpo incluso con el poder que tenía de hacer milagros. Por esto hacía muchas curaciones, tantas, que los enfermos acudían a él para beneficiarse de su poder taumatúrgico. Como dice el evangelista Lucas, las multitudes llegaban a él no sólo para escucharlo, sino también “para hacerse curar de sus enfermedades” (5, 15). En la dedicación con que Jesús quiso liberar del peso de la enfermedad o de la debilidad a aquellos que se le acercaban, él les deja entrever la especial intención de la misericordia divina a su respecto: Dios no es indiferente a los sufrimientos de la enfermedad y da su ayuda a los enfermos, en el plano salvífico que el Verbo encarnado revela y actúa en el mundo.

3. Jesús, en efecto, considera y trata a los enfermos en la perspectiva de la obra de salvación que fue enviado a cumplir. Las curaciones corporales forman parte de esta obra suya de salvación y al propio tiempo son signos de la gran curación espiritual que él trae a la humanidad. Esta intención superior de Cristo aparece de manera evidente cuando a un paralítico, que le han llevado para que lo cure, él ante todo le ofrece el perdón de los pecados; luego, conociendo las objeciones interiores de algunos escribas y fariseos presentes acerca del exclusivo poder de Dios al respecto, declara: “para que sepáis que el Hijo del hombre tiene el poder sobre la tierra de perdonar los pecados, te ordeno —dice al paralítico— levántate, toma tu camilla y vete a tu casa” (Mc 2, 10-11).

En este como en muchos otros casos, Jesús quiere demostrar con el milagro su poder de liberar al alma humana de sus culpas, purificándola. Cura a los enfermos en vista de este don superior, que ofrece a todos los hombres, esto es, la salvación espiritual (*Catecismo de la Iglesia Católica*, n. 549). Los sufrimientos de la enfermedad no pueden hacer olvidar la importancia predominante de la salvación espiritual de toda persona.

4. En esta perspectiva de salvación, Jesús solicita, pues, la fe en su poder de Salvador. En el caso del paralítico, que acabamos de recordar, Jesús responde a la fe de las cuatro personas que le han llevado al enfermo: “vista su fe” dice Marcos (2, 5).

Al padre del epiléptico pide que tenga fe diciendo: “todo es posible para el que cree” (Mc 9, 23). Admira la fe del centurión: “vete, y hágase conforme a tu fe” (Mt 8, 13), y la de la cananea: “mujer, ¡en verdad es grande tu fe! Hágase conforme deseas” (Mt 15, 28). El milagro del ciego Bartimeo es atribuido a la fe: “tu fe te ha salvado” (Mc 10, 52). Una palabra semejante le dirige a la hemorroisa: “hija, tu fe te ha salvado” (Mc 5, 34).

Jesús quiere inculcar la idea de que la fe en él, suscitada por el deseo de curación, está destinada a procurar la salvación que más cuenta, la espiritual. De los episodios evangélicos citados resulta que la enfermedad, en el plano divino, puede revelarse como un estímulo para la fe. Los enfermos son estimulados a vivir el tiempo de la enfermedad como un tiempo de fe más intensa y, por tanto, como un tiempo de santificación y de acogida más completa y más consciente de la salvación que viene de Cristo. ¡Es una gran gracia recibir esta luz sobre la verdad profunda de la enfermedad!

5. El Evangelio atestigua que Jesús asoció a sus Apóstoles a su poder de curar a los enfermos (cfr. Mt 10, 1); más aún, en el adiós que les da antes de la Ascensión, indica en las curaciones que llevarían a cabo una de las señales de la verdad de la predicación evangélica (cfr. Mc 16, 17-20). Se trataba de llevar el Evangelio en el mundo a toda la gente, entre dificultades humanamente insuperables. Por esto se explica que en los primeros tiempos de la Iglesia se produjeran numerosas curaciones milagrosas, subrayadas por las Actas de los Apóstoles (cfr. 3, 1-10; 8, 7: 9, 33-35; 14, 8-10; 28, 8-10). En tiempos posteriores, no han faltado nunca curaciones consideradas “milagrosas”, como lo atestiguan las fuentes históricas y biográficas autorizadas y en la documentación de los procesos de canonización. Se sabe que la Iglesia es muy exigente a este respecto, lo que responde a un deber de prudencia. Pero, a la luz de la historia, no se pueden negar muchos casos que en todos los tiempos prueban la intervención extraordinaria del Señor en favor de los enfermos. La Iglesia, sin embargo, aun contando siempre con tales formas de intervención, no se siente eximida del diario compromiso de socorrer y curar a los enfermos, tanto por medio de las instituciones caritativas tradicionales cuanto con las modernas organizaciones de los servicios sanitarios.

6. Es en la perspectiva de la fe, en efecto, como la enfermedad adopta una nobleza superior y revela una particular eficacia como ayuda al ministerio apostólico. En este sentido, la Iglesia no vacila en declarar tener necesidad de los enfermos y de su oblación al Señor para obtener gracias más abundantes para toda la humanidad. Si a la luz del Evangelio la enfermedad puede ser un tiempo de gracia, un tiempo en el que el amor divino penetra más profundamente en aquellos que sufren, no cabe duda de que, con su ofrecimiento, los enfermos se santifican a sí mismos y contribuyen a la santificación de los demás.

Esto vale, en particular, para aquellos que se dedican al servicio de los enfermos. Tal servicio es un camino de santificación como la enfermedad misma. En el curso de los siglos, ha sido una manifestación de la caridad de Cristo, que es precisamente la fuente de la santidad.

Es un servicio que requiere entrega, paciencia y delicadeza, unidas a una gran capacidad de comprensión y de compasión, tanto más cuanto que, además del cuidado bajo el aspecto estrictamente sanitario, hay que llevar a los enfermos también la confortación moral, como sugiere Jesús: “estaba enfermo... y me visitasteis” (Mt 25, 36).

7. Todo esto contribuye a la edificación del “Cuerpo de Cristo” en la caridad, tanto por la eficacia de la oblación de los enfermos como por el ejercicio de las virtudes en aquellos que los cuidan o visitan. Se actúa así el misterio de la Iglesia madre y ministra de la caridad. Así la representaron pintores como Piero della Francesca: en el *Políptico de la misericordia*, pintado en 1448 y conservado en Borgo San Sepolcro, que representa a la Virgen María, imagen de la Iglesia, en el acto de extender su manto para proteger a los fieles, que son los débiles, los míseros, los desconfiados, el pueblo, el clero y las vírgenes consagradas, como los enumeraba el obispo Fulberto de Chartres en una homilía escrita en 1208.

Debemos comprometernos para que el humilde y afectuoso servicio nuestro a los enfermos participe en el de la Iglesia nuestra Madre, de la cual María es el ejemplar perfecto (cfr. *Lumen Gentium*, 64-65) para un ejercicio eficaz de la terapia del amor.

(De *Dolentium hominum* 1994, 3: 16-17)

III

El Papa: el deseo de los hijos pasa también por la adopción

Juan Pablo II, en la meditación que precedió al rezo del “Ángelus” el 31 de julio de 1994 en Castel Gandolfo, habló a los peregrinos ahí reunidos sobre el deseo de los hijos que puede ser satisfecho también mediante la institución de la adopción. He aquí el texto:

¡Carísimos hermanos y hermanas que habéis llegado a Castel Gandolfo, o que estáis reunidos en la Plaza de San Pedro y que me escucháis a través de la radio y de la televisión!

1. Retomando el tema de la paternidad y de la maternidad responsables, quisiera hoy subrayar una exigencia específica del amor al que los cónyuges están llamados a generar. Estos deben querer al hijo con un amor *gratuito* y *oblativo*, evitando instrumentalizarlo para sus intereses o su propia justificación personal.

Ciertamente, el hijo que nace es también un *don* para los padres. ¿No es cierto quizás que a veces la sonrisa de un bebé es capaz de hacer revivir un amor conyugal un poco cansado y apagado? Pero este don debe ser invocado y acogido con profundo respeto, en la conciencia de la dignidad trascendente de la nueva criatura.

El Concilio enseña que el “hombre es en la tierra la única criatura que Dios ha querido por sí misma” (*Gaudium et Spes*, 24). Todo lo creado, en cierto sentido, tiende al hombre, cuya “genealogía” —como he escrito en la *Carta a las familias* (n. 9)— va más allá de los padres e implica directamente la intervención creadora de Dios. Sólo el hombre, en efecto, es a un tiempo ser corpóreo y espiritual, llamado a un destino eterno y sobrenatural. Los padres deben, por tanto, imitar el *amor gratuito* de Dios, queriendo al hijo “por sí mismo”, en el pleno respeto de su autonomía y originalidad.

2. Desafortunadamente, también en el ámbito delicado de la generación de la vida no faltan síntomas preocupantes de *una cultura de ningún modo inspirada por un verdadero amor*. Esto aparece con evidencia cuando se excluye o hasta se suprime la vida naciente, pero, paradójicamente, tiene una aplicación también en el caso en que se la “pretende” a toda costa, utilizando para este fin medios moralmente desordenados. En efecto, se difunden a un ritmo creciente las tecnologías de la generación humana —como la fecundación artificial o las madres por encargo y similares— que plantean serios problemas de orden ético. Entre otras graves implicaciones baste recordar que en semejantes procedimientos el ser humano *es defraudado* en el derecho a nacer por un acto de amor verdadero y según los procesos biológicos normales, quedando marcado desde el inicio por problemas de orden psicológico, jurídico y social, que lo acompañarán durante toda la vida.

En realidad, el legítimo deseo de un hijo no puede ser interpretado como una especie de *derecho al hijo* que hay que satisfacer *a toda costa*, lo que significaría tratarlo como si fuera una cosa. En cuanto a la ciencia, esta tiene el deber de apoyar los naturales procesos generativos, no la tarea de substituirlos artificialmente. Tanto más cuanto que el deseo de los hijos puede ser satisfecho también mediante la institución jurídica de la adopción, que merece estar cada vez mejor organizada y promovida, y otras formas de servicio y dedicación social, como expresiones de acogida para tantos niños, de otro modo privados del calor de una familia.

3. María Santísima ayude a todos los cónyuges a sentir la grandeza de su misión. Mirando a la Familia de Nazaret, esfuércense los papás y las mamás en desear y acoger a los hijos con gran respeto por su propia

personalidad. Sea el amor gratuito a todo ser humano la fuerza inspiradora para la construcción de una civilización digna de este nombre.

(Del *Osservatore Romano* del 2.8.94)



Prof. Laura Palazzani

REVISTA MEDICINA Y ETICA
PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: \$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dlls.

Otros países: \$ 85 U.S. dlls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: \$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dlls.

Otros países: \$ 30 U.S. dlls.

Deseo recibir la revista Medicina y Etica

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

País: _____

Código Postal: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor enviar cheque a nombre de:

INVESTIGACIONES Y

ESTUDIOS SUPERIORES S.C.

Cheque N° _____

Banco: _____

Cantidad: _____

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